Den nya statliga kunskapen om ADHD

Om SBU:s ensidiga och av läkemedelsindustrin dikterade projektplan för ADHD

1 januari 2010

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en myndighet ”med uppgift att kritiskt granska hälso- och sjukvårdens metoder och utvärdera metodernas nytta, risker och kostnader”. Denna kritiska granskning lyser dock med sin frånvaro i den projektplan för framtagandet av en ”kunskapsöversikt om ADHD” som SBU nyligen presenterat. I stället är planen ensidig och dikterad av läkemedelsindustrins intressen.

Och slutprodukten av projektet kommer att bli en skrift som leder till ännu fler godtyckliga ADHD-diagnoser för barn och vuxna, och med dessa utdelandet av än större mängder skadlig och beroendeframkallande centralstimulantia.

Projektplanen måste dras in och SBU måste sätta samman en expertgrupp utan förutbestämda och för läkemedelsindustrins profiter gynnsamma åsikter.

Regeringen har uppdragit åt SBU att ta fram en kunskapsöversikt om bland annat det som kallas ADHD. I regeringens uppdrag säger socialministern, att översikten ska ”klarlägga det aktuella kunskapsläget”, och att man vill ”åstadkomma en mer kunskapsbaserad psykiatri och belysa inom vilka områden som kunskap saknas eller är bristfällig” **[1]**. SBU har den 27 maj 2009 presenterat en arbetsplan för projektet om ADHD (delprojekt 2) **[2]**, följt av en projektplan för framtagandet av kunskapsöversikten **[3]**. I arbetsplanen återfinns i stort sett samma beskrivning av ADHD och den ”medicinska behandlingen” som i den senare projektplanen.

Nedan följer en genomgång av *några* centrala formuleringar och bedömningar som görs i planerna – vilka i de flesta fall är direkt hämtade från forskare som utför av läkemedelsindustrin betald ”forskning”. De alternativa beskrivningar och bedömningar, som inte direkt gynnar läkemedelsbolagens marknadsföring och försäljning, och som SBU:s experter helt utelämnat, tas också upp.

Syftet är att visa att SBU, genom att använda experter med direkta kopplingar till läkemedelsindustrin eller med åsikter som direkt gynnar ökad försäljning för denna industri, har åstadkommit en ensidig och begränsad plan som kommer att leda till en ”kunskapssammanställning” som enbart gynnar läkemedelsindustrins profitintressen.

SBU slår inledningsvis fast: *"ADHD och autismspektrumtillstånd **kan** visserligen **inte botas** men det är **en allmän uppfattning** att symtomen och problemen kan reduceras..."* (arbetsplanen); *"Tillstånden innebär **i det typiska fallet betydande och mycket svåra funktionsnedsättningar,** som **präglar individen livet ut"*** (projektplanen) [betonat här].

Man har direkt bestämt att det som kallas ADHD inte är ett beteende som har något att göra med sociala förhållanden, med hur barnen bemöts, med undervisningssituationen, med närings- eller kostfrågor. Kort sagt: *det har inget att göra med saker som man verkligen kan göra något åt*. Man vill säga att det som kallas ADHD är en störning i det enskilda barnets hjärna och att den för de flesta är *kronisk*.

Den myndighet som ska bygga sin verksamhet på klara vetenskapliga bevis och som genom kritisk granskning förväntas ”åstadkomma en mer kunskapsbaserad psykiatri” baserar sin plan på vad man anser vara *”en allmän uppfattning”.* Och denna allmänna uppfattning är egentligen *ideologin* inom den av läkemedelsindustrin närda biologiska psykiatrin; det är den som SBU uttrycker som sin egen: Har man väl en gång fått en ADHD-diagnos så kommer man att ”ha ADHD” ”livet ut”; tillståndet kan ”inte botas”.

Det här är naturligtvis det allra mest önskade budskapet för tillverkarna av amfetaminpreparat och andra ”ADHD-medel” – när en person väl fått en ADHD-diagnos så har man en livslång vårdkonsument. Man säljer psykofarmakologisk behandling genom att ”sälja diagnosen”, och att, som SBU, sälja ett godtyckligt definierat tillstånd som allvarligt, kroniskt och behandlingskrävande, är ett för tillverkarna av ADHD-piller ”profitoptimerat koncept”.

Dessutom innebär kronikerdefinitionen ett försvar för ineffektiva åtgärder: tillståndet är så allvarligt och svårbehandlat att även om vi behandlar med ”effektiva och säkra” psykofarmaka så kommer det enbart att ”reduceras”. Med andra ord, misslyckanden att åstadkomma positiv förändring över tid skylls på det allvarliga tillståndet, aldrig på ”medicinen”.

Den bedömning av det kroniska tillståndet som SBU för fram är hämtad från psykiatriska ideologer med nära band till läkemedelsindustrin. Främst bland dessa: psykiatriprofessor Joseph Biederman (mer om honom senare) och hans kollegor Wilens, Spencer, Faraone **[4]**, och psykologiprofessor Russel Barkley.

Men låt oss som jämföra SBU:s kronikerdefinition med vad den biologiska psykiatrins forskare har råkat åstadkomma på annat håll. Vi kan som jämförelse lyfta fram MTA-studien (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD), den största och egentligen enda långtidsuppföljningen av barn med ADHD-diagnos och av olika behandlingsformer. En god anledning att jämföra dess resultat med SBU:s grundläggande bedömningar ovan är att MTA-studien av svenska myndigheter beskrivits som ”…*en milstolpe i barnpsykiatrins utveckling till evidensbaserad disciplin”,* och som *”den största, mest omfattande och inträngande empiriska undersökning av behandling av ADHD hos barn”* **[5]**. Så skrev Björn Kadesjö och Socialstyrelsen 2002. Det är med andra ord en studie som SBU väl känner till och tidigare gärna refererat till.

Men efterhand som resultaten av MTA-studien har publicerats har entusiasmen för att referera till studien uppenbarligen falnat – resultaten har som vi kommer att se visat sig vara rakt motsatta dem som läkemedelsindustrin och amfetaminförespråkande psykiatriker tänkt sig.

När MTA-studien *inleddes* 1992 beskrevs i de bortglömda ansökningshandlingarna långtidsprognosen för ADHD som följer, *“Long-Term Prognosis: Although ADHD is classified as a childhood disorder and is typically identified in the early school years, it has been estimated that* ***70 percent of afflicted children continue to experience the full syndrome in adolescence****.”* **[6]** Med andra ord, så beräknades 70 procent av barnen fortsätta ha *”det fulla syndromet”* när de kom i tonåren (väl i linje med vad SBU beskriver om det kroniska tillståndet, *”som präglar individen livet ut”*).

Om dessa 70 procent var *utgångspunkten*, vad blev då *det faktiska resultatet* när man följt barnen i 8 år?

I MTA-studiens 8-årsuppföljning som publicerades on-line i mars 2009 kom man fram till följande: ***”…only 30% of the MTA children fulfilled DSM-IV criteria for ADHD by the 8-year follow-up.”*** **[7]** Med andra ord, bara 30 % av de barn som från början fått ADHD-diagnosen ”hade ADHD” 8 år senare, när de kom upp *i sena tonåren*. Det här resultatet strider, som man förstår, mot vad MTA-gruppen skrev år 1992, och det strider mot vad SBU publicerar som faktagrund för sin kunskapsöversikt i september 2009. Kände inte SBU till vad man kommit fram till i MTA-studiens i mars publicerade 8-årsuppföljning?

MTA-gruppen beräknade – med utgångspunkt i kronikerdefinitionen – att 70 procent av barnen skulle ha det fulla syndromet (det vill säga leva upp till definitionen av ADHD) några år senare. Men resultatet blev att bara 30 procent av de barn som fått diagnosen några år senare ”hade ADHD”. Och väl att märka: det här var, som det framgår i MTA-studiens uppföljningsartiklar, *helt oberoende av om de fått någon ”behandling” eller ej.* Det här borde naturligtvis vara ett dråpslag för kronikerteorin (en gång ADHD alltid ADHD), och likaså ett svårt slag för läkemedelsindustrins marknadsföringsplaner för vuxna ”med ADHD”. Hur skulle man trolla bort det faktum att 40 procent av de barn som man beräknade skulle fortsätta ha det ”fulla syndromet” bara några år senare inte längre hade det? Hur skulle man förklara att barnen hade ”tillfrisknat” när man samtidigt fick konstatera att de inte fick effektiva behandlingsinsatser?

De ”tillfrisknade barnen” blev ett stort problem för de forskare som lanserat ”kronikerteorin”. Det utbröt en febril verksamhet för att rädda vad som räddas kan. Nu förde man fram idén att barnen, även om de inte längre ”hade ADHD”, i alla fall hade sådana ”svårigheter” att de behövde behandling. Men man kan inte officiellt ge barn och ungdomar amfetaminpreparat mot ”svårigheter”; det behövs en formell psykiatrisk diagnos. Och en av ADHD-diagnostikens fäder, psykologiprofessor Russel Barkley, har försökt hantera det stora problemet genom att föreslå att man ska *göra om* ADHD-definitionen, att man ska minska på det antal beteenden som behövs för att en person ska sägas ”ha ADHD” (se diskussionsdelen i MTA-studiens 8-årsuppföljning **[7]**).

För SBU:s inledande utgångspunkter i projektplanen är resultatet av bland annat MTA-studiens 8-årsuppföljning helt förödande. De diagnosticerade barnen kommer – trots det faktum att de enligt forskarna *fick ineffektiv behandling* – att i många fall ”botas”; enbart 30 % av barnen kommer i tonåren att leva upp till ADHD-definitionen och naturligtvis kommer än färre några år efter det (som vuxna) att uppfylla diagnoskriterierna. Väl att märka är att de ledande forskarna i MTA-studien varit starka förespråkare för en ”neurobiologisk grund” för det som kallas ADHD, för ”kronikerteorin” och för amfetaminbehandlingens välgörande effekter. De faktiska resultaten av MTA-studien går med andra ord inte alls ihop med deras ursprungsteorier.

SBU:s inledande beskrivning av tillståndet som ”kroniskt” är, till och med den biologiska psykiatrins mått mätt, vilseledande och kan inte bilda utgångspunkt för en statlig myndighets utredningsverksamhet. Man har genom denna utgångspunkt velat låta påskina att det som kallas ADHD är en bestämd störning i hjärnan som ”i det typiska fallet” varar livet ut. Att acceptera en sådan spekulation som bevisad kunskap dömer projektet till att vara ensidigt och osakligt.

Vi får i SBU:s arbets- och projektplan vidare veta: *"Cirka 3-4 % av den vuxna befolkningen beräknas ha ADHD..."*

Trots att den opersonliga verbformen ”beräknas” används, som om det skulle råda någon slags självklar enighet om saken, är det återigen främst psykiatriprofessor Joseph Biederman och kollegor som står för bedömningen **[8]**.

I samband med att Biederman presenterade att 4,3 % (8 miljoner) av alla vuxna i USA ”har ADHD” presenterade han också en annan studie, betald av läkemedelsbolaget Shire som tillverkar amfetaminpreparatet Adderall, i vilken man intervjuade 1000 vuxna personer ”med ADHD” om de hade lägre inkomst och högre arbetslöshet än andra. Eftersom några av ”diagnostecknen” på att man ”har ADHD” som vuxen är *just* arbetslöshet och andra sociala problem, så undersökte man i själva verket om en grupp som hade lägre inkomst och högre arbetslöshet hade lägre inkomst och högre arbetslöshet! Och det hade de! Biederman och läkemedelsbolaget extrapolerade hastigt och lustigt sitt resultat till att gälla hela det amerikanska samhället och kom då fram till att den sammanlagda *personliga förlusten* för ”dessa personer” var 77 miljarder dollar – 590 miljarder kronor (590 000 000 000) – om året **[9]**!

Det här är alltså den fantastiska typ av ”forskning” som SBU lagt till grund för bedömningarna i sin projektplan om vad ADHD är och om förekomsten av tillståndet.

Kongressundersökningen av psykiatriprofessor Biederman och kollegor – extrema finansiella förbindelser med läkemedelsindustrin

Att en svensk myndighet, bunden av kraven på opartiskhet och objektivitet, grundar sina bedömningar och utgångspunkter på vad Biederman, Wilens, Spencer och Faraone skrivit är att betrakta som en allvarlig överträdelse av gällande lagar.

Om SBU skaffat en ”jävsdeklaration” av dessa forskare hade myndigheten säkert hållit med om att de var ytterst olämpliga som referenser. Den imponerande listan med intressekonflikter för dessa herrar finns inklippt nedan **[10]**.

Att denna fantastiska lista över finansiella intressekonflikter är långtifrån fullständig och uttömmande har under de sista två åren framkommit i de undersökningar som gjorts av den amerikanska kongressen. Kongressen har velat utröna hur det kommer sig att man i USA tvingats se en kraftig ökning i utskrivningen av psykiatriska preparat till barn, och då främst de allra tyngsta medlen i den psykiatriska behandlingsarsenalen, neuroleptika (antipsykotiska medel), som även i hög grad kommit att ges till barn ”med ADHD”. Uppmärksamheten har i dessa undersökningar fallit på de psykiatriska profiler som *i en strid ström* lagt fram studier som bidragit till explosionen i utskrivning av dessa och andra psykiatriska preparat till barn. De allra främsta av dessa psykiatriker: Biederman, Wilens och Spencer.

För att SBU ska få *en riktigt auktoritativ källa* så bör myndigheten ta del av den amerikanska kongressens egen undersökning av saken, så som den finns publicerad i *Congressional Record* **[11]**. Som framgår av texten hade dr Biederman mottagit mer än 1,6 miljoner dollar av läkemedelsindustrin under åren 2000-2007; pengar som i strid med gällande bestämmelser inte redovisats för universitetet. För dr Wilens visade undersökningen detsamma, också han hade oredovisat tagit emot 1,6 miljoner dollar från industrin. Dr Spencer visade sig ha tagit emot 1 miljon dollar som han inte redovisat.

Enligt rättegångsdokument som gåtts igenom av New York Times har Biederman meddelat sina uppdragsgivare – läkemedelsbolaget Johnson & Johnson (i Sverige Janssen-Cilag) – att han ska genomföra studier som *kommer att visa* ett positivt resultat för bolagets piller, ADHD-drogen Concerta och neuroleptikan Risperdal. Biederman hade med andra ord bestämt slutresultatet av studierna innan de ens börjat **[12]**! Det som framkom i handlingarna fick den amerikanska kongressen att utöka sina undersökningar av Biedermans affärer. Det sjusidiga brevet med frågor som senatens finanskommitté skickade bör ge SBU en god bild av allvaret i denna historia **[13].**

SBU borde rimligtvis ha känt till dessa förhållanden när man grundade sin projektbeskrivning på Biedermans, Wilens och Spencers forskning. Men hur det än var med det har myndigheten nu fått den fulla informationen och kan agera utifrån den. Man kan stryka referenserna till dessa forskare, som formligen *öst ut* studier sponsrade av läkemedelsbolagen; studier som ALLA berättar om en hög andel barn och vuxna ”med ADHD”, om det positiva och ofarliga i att ge psykofarmakologisk behandling till barn och vuxna, om det skadliga i att *inte* ge psykofarmaka till barn och vuxna, och om hur utskrivningen av amfetaminpreparat *minskar* missbruk av illegal narkotika och minskar kriminaliteten.

Har 2 % eller 30 % av barnen ADHD – vad är det de egentligen ”har” och var fick de det ifrån?

SBU anser uppenbarligen att den biologiska psykiatrins spekulationer om vad ADHD är (en kronisk störning i hjärnan) och Biedermans bedömning av hur många vuxna som ”har ADHD” ("Cirka 3-4% av den vuxna befolkningen beräknas ha ADHD...") är en god utgångspunkt för projektet.

Men tänk vilka problem det skulle ha blivit med de 3-4 procenten ADHD-drabbade *vuxna* om SBU också berättat att man i den största undersökningen i Norden kommit fram till att **1,7 procent av *barnen* ”hade ADHD”.** Det skulle liksom inte ha gått ihop – eftersom vuxna ”med ADHD” per definition måste ha haft sina symtom före 7 års ålder. (SBU anger i stället att 3-10 % av barnen uppskattas ha ADHD).

Den studie, ”Barn i Bergen”, i vilken man kom fram till att just 1,7 procent av barnen (8-10 år) ”hade ADHD” är utförd av psykiatriker Einar Heivervang, och där vår egen Christopher Gillberg var medförfattare **[14]**. Det är svårt att förstå att SBU kunnat glömma den studien, den är, som sagt, trots allt den största som gjorts i Norden.

Vi kan konstatera att Biederman gjort en studie på runt 3000 vuxna i USA och att SBU väljer den som utgångspunkt för sina prevalensbedömningar om 3-4 % vuxna med ADHD; vi kan konstatera att SBU samtidigt helt glömt bort studien på 9000 norska barn där prevalensbedömningen var 1,7 % barn ”med ADHD”.

Man kan i och för sig säga att det är ganska många som glömt bort ”Barn i Bergen-studien” trots att den är från 2007. Är inte resultaten i linje med det marknadsföringsmässigt gångbara så blir det inga förstasidor i media eller något omfattande citerande i de vetenskapliga tidskrifter som är beroende av annonsintäkter från läkemedelstillverkarna.

Resultaten av Barn-i-Bergenstudien är intressanta också ur andra aspekter. Med den biologiska psykiatrins synsätt, där ADHD ses som en medfödd ”kronisk neurobiologisk störning”, och där omgivningen och bemötandet av barnen inte anses

ha något att göra med problemens uppkomst, ska naturligtvis andelen barn ”med ADHD” vara opåverkad av sociala omständigheter.

Men på något sätt var man tvungen att förklara att *bara* 1,7 % av barnen i Bergen ”hade ADHD”. Man för lite halvhjärtat fram teorin om genetiska skillnader mellan folk och säger att ”lägre förekomst kan återspegla genetiska skillnader mellan populationer” (”lower prevalence may reflect genetic differences between populations”), men tvingas också konstatera att ”the relatively low prevalence reported here could also reflect less poverty and social stratification in the Nordic countries compared with other economic and political systems”.

Som läsare undrar man försiktigt hur det sistnämnda går ihop med Christopher Gillbergs *definition* av begreppet neuropsykiatriska störningar: *”Tillstånden är antingen ärftligt betingade eller uppstår till följd av skador i nervsystemet som uppkommit under fostertiden eller de första levnadsåren. Det rör sig om medicinska diagnoser som enbart kan ställas av läkare… ”* **[15]** Och: *”Ärftliga faktorer och förvärvad hjärnskada orsakar neuropsykiatriska funktionshinder, ensamma eller i kombination.”* **[16]**

Om de sociala förhållandena är goda i Bergen, med gott om utrymme för barnen i lägenheter och villor, så var det annorlunda i ukrainska Kiev på 1990-talet när en av den amerikanska psykiatrins förgrundsfigurer, psykiatriprofessor Gabrielle Carlson, var del av en forskargrupp som undersökte förekomsten av ADHD hos 600 barn i 10-12-årsåldern. Många av familjerna levde under fattiga förhållanden och hade obehagliga tidigare upplevelser. Och resultatet av undersökningen: **19,8 % av barnen ”hade ADHD”! Bland pojkarna hade otroliga 28,3 % ADHD!** Nästan var tredje pojke levde alltså upp till definitionen av ADHD **[17]**!

I ett kort ögonblick av klarsyn skrev Carlson och medförfattare: ”Det är möjligt att hyperaktivt-impulsivt beteende är tydligare (och mer problematiskt) i överfulla ukrainska lägenheter.” (”It is possible that hyperactive-impulsive behaviors are more evident (and problematic) in crowded Ukrainian apartment buildings.”)

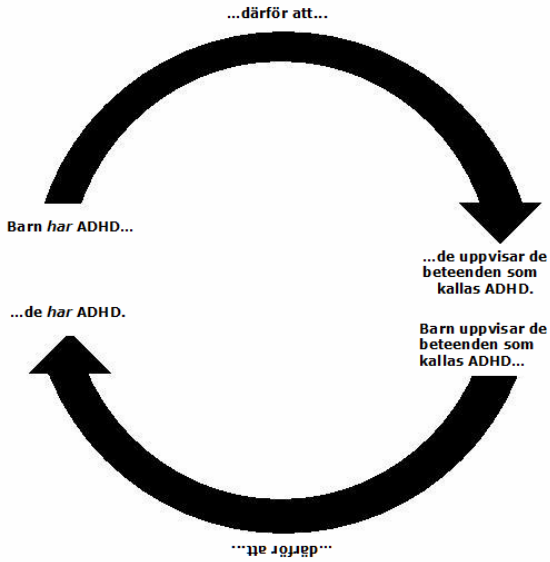
Man kan dra slutsatsen att trångboddheten hade en hel del att göra med att barnen var oroliga eller med att deras beteende sågs som ”hyperaktivt”. Lägenheters storlek kan med andra ord ha en avgörande betydelse för ADHD-tillståndets uppkomst och bedömning. Sällan har den bisarra omvandlingen av sociala problem och andra problem till medfödda störningar i enskilda barns hjärnor varit mer uppenbar än i denna ADHD-studie.

Vi kan alltså säga att barn som lever under goda sociala förhållanden (som barnen i Bergen) uppvisar ett beteende som *i mycket liten grad* anses stämma överens med de psykiatriska diagnoschecklistorna för ADHD. Och vi kan säga att barn som lever under dåliga sociala förhållanden (som barnen i Kiev) uppvisar ett beteende som *i mycket hög grad* anses stämma överens med checklistorna.

Utifrån det ovanstående skulle vi kunna *skriva om* SBU:s bedömning av förekomsten av ADHD hos barn (den var enligt SBU 3-10 %) och i stället skriva: **”Bland barn i skolåldern har prevalensen uppskattats till 1,7 %-19,8 %.”** Och vi skulle kunna tillägga: **För barn som lever under trygga, ordnade förhållanden med båda föräldrarna (Bergen) har förekomsten av ADHD beräknats till 1 %, medan den för pojkar som lever trångbott, under fattiga förhållanden (Kiev) beräknats vara 28 %.**

Men det här skulle samtidigt ha omöjliggjort SBU:s inledande bedömningar om den kroniska störningen i hjärnan. Den normalt läskunnige skulle förstå att förekomsten av ADHD hos barnen i Kiev skulle minska dramatiskt om de bara fick flytta till större lägenheter. Barnen skulle med andra ord ”botas” från sin ADHD bara genom att få lite bättre sociala förhållanden.

Från allt detta kan man säga att det enda som är klart när det gäller vad barnen egentligen ”HAR” är att de uppvisar ett visst antal beteenden som tillsammans definieras som ADHD. Man kan säga:



Och det är i grunden det ”kunskapsläge” om ADHD som SBU borde utgå ifrån.

Avslutningsvis kan sägas att den ansvariga för SBU:s hela psykiatriprojekt, psykiatriprofessor Anna Åberg Wistedt, som också varit ansvarig för informationen om ECT på Vårdguidens sida, låtit informera patienterna om att minnespåverkan vid ECT ”brukar försvinna helt efter en till två veckor och **blir aldrig bestående"** [kursivt här]. **[18]** Det bådar inte gott för SBU:s tilltänkta ”klarläggande av det aktuella kunskapsläget” inom psykiatrin att den ansvariga för projektet sprider en så grovt vilseledande information.

Lika lite kan de osakliga utgångspunkter som SBU valt i sin projektplan om ADHD, och där några tagits upp ovan, leda till annat än en slutprodukt som ytterligare ökar utdelandet av godtyckliga ADHD-diagnoser till barn och vuxna, och med dem skadlig och beroendeframkallande centralstimulantia.

Om uppdraget att ”åstadkomma en mer kunskapsbaserad psykiatri” ska kunna genomföras måste SBU:s ledning dra in och skriva om projektplanen, och sätta samman en expertgrupp utan förutbestämda och för läkemedelsindustrins profiter gynnsamma åsikter **[19]**.

Janne Larsson
skribent
janne.olov.larsson@telia.com

Referenser

[1] Socialdepartementet, *Uppdrag att ta fram kunskapsöversikter samt uppdrag att utbetala medel*, 19 februari 2009, http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/13/37/83/0178a4e1.pdf

[2] SBU, *Arbetsplan för kunskapsöversikter inom området psykiatrisk vård, behandling och rehabilitering*, 27 maj 2009. http://jannel.se/arbetsplan_maj09.pdf

[3] SBU, *Projektplan Neuropsykiatri*, 28 september 2009. http://jannel.se/projektplan%20neuropsykiatri%202009_338.pdf

[4] Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual review of medicine*. 2002;53:113-31. http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.med.53.082901.103945?journalCode=med

[5] Socialstyrelsen, *ADHD hos barn och vuxna*, 2002, (citat ur kapitel 17 MTA-studien); http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2002/2002-110-16

[6] NIH, *Cooperative agreement for a multi-site treatment study of attention-deficit hyperactivity disorder/attention deficit disorder,* NIH GUIDE, Volume 21, Number 9, March 6, 1992, http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-MH-92-003.html

[7] Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, Epstein JN, Hoza B, Hechtman L, Abikoff HB, Elliott GR, Greenhill LL, Newcorn JH, Wells KC, Wigal T, Severe JB, Gibbons RD, Hur K, Houck PR, and the MTA Cooperative Group. The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined type ADHD in the multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* Online ahead of print March 2009. http://journals.lww.com/jaacap/Abstract/publishahead/MTA_at_8_Years__Prospective_Follow_up_of_Children.99835.aspx

[8] Kessler, Biederman, Spencer et al, The Prevalence and Correlates of adult ADHD in the United States, *American Journal of Psychiatry*, 2006, http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/163/4/716

[9] BusinessWeek online, ADHD: *The $77 Billion Curse*, 24 maj 2005, http://www.businessweek.com/technology/content/may2005/tc20050524_1270_tc024.htm?chan=db

[10] **Joseph Biederman, M.D.**, Professor, Department of Psychiatry, Harvard University Medical School; Chief of the Program in Pediatric Psychopharmacology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA. Receives **research support from** the following sources: **Abbott Laboratories**, **Bristol-Myers Squibb, Cephalon, Eli Lilly, Janssen, McNeil-PPC Inc., Neurosearch, New River Pharmaceuticals, Novartis, Pfizer, and Shire Pharmaceuticals**; a **speaker for Cephalon, Eli Lilly, McNeil-PPC Inc., Shire Pharmaceuticals, UCB Pharma, Novartis**; **on advisory boards of Cephalon, Eli Lilly, Janssen, McNeil-PPC Inc., Novartis, and Shire Pharmaceuticals**. (http://www.adhdhome.org/cme_information.html ; accessed 1/16/07) **Research support from Shire, Eli Lilly, Wyeth, Pfizer, Cephalon, Janssen, and Noven. Speakers bureau** for **GlaxoSmithKline, Eli Lilly, Pfizer, Wyeth, Shire, Alza, and Cephalon**. **Scientific Advisory Board for Eli Lilly, Celltech, Shire, Noven, and Alza/McNeil**. (J. Clin. Psychiatry 2002;63:s12**) Research on the effect of long-release Adderall on children with attention-deficit hyperactivity disorder funded by Shire Pharmaceuticals, the maker of Adderall**. (Pediatrics 2002;110:258-66)

Timothy E. Wilens, M.D., Associate Professor of Psychiatry, Massachusetts General Hospital and Associate Professor of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston. **Received research funding from, sat on the speakers bureau of and consulted for Abbott Laboratories, Ortho-McNeil Pharmaceuticals, Cephalon, GlaxoSmithKline, Janssen Pharmaceutica Products, Eli Lilly & Co., Neurosearch, Novartis, Pfizer Labs, Saegis, Sanofi-Synthelabo, and Shire US**. (http://www.medscape.com/viewprogram/4967_pnt; accessed 8/22/06)

Thomas Spencer, M.D., Associate Professor, Department of Psychiatry, Harvard University Medical School, Boston, MA. **Receives research support from Shire Laboratories, Eli Lilly, Glaxo-Smith Kline, Pfizer, McNeil Pharmaceutical, and Novartis**; a **speaker for Glaxo-Smith Kline, Eli Lilly, Novartis, Wyeth Ayerst, Shire Laboratories, McNeil Pharmaceutical**; on the **advisory board for Shire Laboratories, Eli Lilly, Glaxo-Smith Kline, Pfizer, McNeil Pharmaceutical, and Novartis**. (http://www.adhdhome.org/cme_information.html ; accessed 1/15/08) (Evid Based Ment Health. 2004 May;7:50)

Stephen V. Faraone, Ph.D., Clinical Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Harvard Medical School; Co-Director of the Johnson & Johnson Center for Pediatric Psychopathology, Massachusetts General Hospital, Boston. **Research grants, speakers bureau, and consultant for Eli Lilly, McNeil, Novartis, and Shire.** (J. Clin. Psychiatry 2002;63:s12)

[11] Amerikanska Senaten, *Congressional Record*, 4 juni 2008, se sidor S5029-S5033, OBS, använd bläddringsknappen längst ner till höger i det länkade dokumentet http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getpage.cgi?position=all&page=S5029&dbname=2008_record

[12] New York Times, *Drug Maker Told Studies Would Aid It, Papers Say*, 19 mars 2009, http://www.nytimes.com/2009/03/20/us/20psych.html?ref=us

[13] Brev från senatens finansutskott till Harvard om Biedermans affärer, 20 mars 2009, (publicerat av Wall Street Journal), http://s.wsj.net/public/resources/documents/WSJ-Major_Protocol_Violation_Letters032009.pdf
[14] Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, Ullebø AK, Plessen KJ, Bjelland I, Lie SA, Gillberg C. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007 Apr;46(4):438-47.
http://journals.lww.com/jaacap/Abstract/2007/04000/Psychiatric_Disorders_in_Norwegian_8__to.5.aspx
[15] Christopher Gillberg & Sophie Ekman, *Skolan knäcker 120 000 barn. Läkare varnar för nytt hot mot folkhälsan: Barn med psykiatriska problem förnedras dagligen*, Dagens Nyheter 20 mars 1997. Tillgänglig on-line på http://www.informath.org/apprise/a6400/b2024.pdf
[16] Gillberg, *Neuropsykiatriska aspekter*, Socialstyrelsens hemsida, 2000.
[17] Gadow KD, Nolan EE, Litcher L, Carlson GA, Panina N, Golovakha E, Sprafkin J, Bromet EJ. Comparison of attention-deficit/hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukrainian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000 Dec;39(12):1520-7.
http://journals.lww.com/jaacap/Abstract/2000/12000/Comparison_of_Attention_Deficit_Hyperactivity.14.aspx
[18] SVT, Uppdrag Granskning, ECT-granskning, den 18 november 2009, http://svt.se/2.120015/1.1774216/ect_patienter_har_vilseletts_om_allvarliga_biverkningar
[19] Brev från undertecknad till SBU om den värsta överträdelsen av reglerna om intressekonflikter, 14 december 2009, http://jannel.se/SBU.intressekonflikt.vonknorring.pdf