

Kan onda cirklar brytas? Om ADHD med antisocialitet och ADHD-behandling på Norrtäljeanstalten

Ylva Ginsberg

Leg. läkare, specialist i psykiatri, medicine doktor, Karolinska Institutet, Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Box 281, 171 77 Stockholm och PRIMA Barn- och Vuxenpsykiatri, Neuropsykiatriska teamet, Hus 31, Danderyds sjukhus, 182 87 Danderyd. E-post: ylva.ginsberg@ki.se, ylva.ginsberg@primavuxen.se.

ADHD är förenat med genomgripande kognitiva, emotionella och funktionella nedsättningar och psykiatrisk samsjuklighet är mycket vanligt förekommande. ADHD i kombination med tidig debut i uppförandestörning och substansmissbruk ökar kraftigt risken för antisocial utveckling som leder till fängelsepåföljd. ADHD beräknas förekomma hos uppemot 45% av fängelseintagna män. En klinisk prövning av OROS-metylfenidat bland vuxna långtidsdömda män med ADHD och samexisterande tillstånd visade att behandlingen var mycket effektiv och överlag säker, både under kortare tid (5 veckor) jämfört mot placebo och under längre tid (47 veckor) när läkemedel kombinerades med Kriminalvårdens återfallsförebyggande program, skolundervisning och yrkesutbildning, vilka en majoritet av deltagarna genomförde inom den högsäkerhetsklassade Norrtäljeanstalten.

ADHD is associated with pervasive cognitive, emotional and functional impairments and increased rates of coexistent psychiatric disorders. ADHD in the presence of early conduct disorder and substance use disorder substantially increase the risk of later delinquency. Up to 45% of male prison inmates are estimated to have ADHD. In a clinical trial of OROS-methylphenidate in adult male long-term prison inmates with ADHD and coexistent disorders, treatment was highly effective and overall safe, both in the short-term (5 weeks) compared to placebo and in the long-term (47 weeks) when medication was provided alongside cognitive preventive treatment programs, educational activities and vocational training that a majority of participants attended and successfully completed, within a high-security prison setting.

Inledning

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) är ett vanligt utvecklingsrelaterat tillstånd som debuterar i barndomen och ofta leder till kroniska funktionsnedsättande symtom även i vuxen ålder (1). Kärnsymtomen vid ADHD utgörs av regleringssvårigheter avseende uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulser och leder till genomgripande kognitiva, emotionella och funktionella nedsättningar med försämrade prestationer i skola och arbetsliv, vardagsfungerande, upprätthållande av sociala relationer och självskattad livskvalitet (2, 3). Psykiatrisk samsjuklighet är mycket vanlig; 80% av vuxna med ADHD har minst en annan psykiatrisk diagnos, oftast depressions- eller ångestsyndrom, missbruk eller personlighetsstörning (4). Somatiska tillstånd är också överrepresenterade, bl.a. övervikt, migrän och astma (5).

Sambandet mellan ADHD och antisocialitet

Prospektiva kohortstudier av barn, liksom tvärsnittsundersökningar och retrospektiva fall-kontrollstudier av vuxna, talar för att ADHD i barndomen ökar risken 4-9 gånger att begå brott som leder till fängelsepåföljd (6-9). Studierna är tämligen överens om att ADHD tillsammans med uppförandestörning (conduct disorder, CD) och missbruk ger den stora riskökningen (10) och den stora riskgruppen är barn med ADHD som redan före 10 års ålder uppvisar symtom på aggressivitet och antisocialitet (tidig CD). ADHD och tidig CD ökar risken för tidigt debuterande substansmissbruk, misslyckanden i skola och arbetsliv och tillsam-

mans utgör de en stark riskfaktor för kronisk kriminalitet i vuxen ålder (11). Personer med ADHD + CD hade en bredare och allvarigare brottsreper-toar som kvarstod över längre tid än personer med enbart ADHD eller CD.

ADHD hos fängelseintagna

Flera studier beräknade att ADHD är upp emot 10 gånger vanligare hos fängelseintagna män (25-45%) (12) än i normalbefolkningen (2,5-4%) (1). Det är betydligt färre kvinnliga fängelseintagna, men även bland dem är ADHD vanligt, då cirka 30% beräknas ha ADHD (13, 14). Denna stora ansamling av ADHD bland fängelse dömda pekar på potentiellt mycket allvarliga följder av ADHD, både för individen och för samhället, med stort individuellt lidande och avsevärda direkta och indirekta samhällskostnader.

Fängelseintagna med ADHD jämfört med intagna utan ADHD

Psykisk ohälsa och missbruk är överlag mycket vanligt förekommande bland fängelseintagna och intagna med ADHD är den mest belastade gruppen med fler psykiatriska diagnoser, fler rapporter om aggressivitetsrelaterad misskötsamhet, tidigare brottsdebut och fler domar än intagna utan ADHD (12,15). Trots att ADHD är så vanligt och så svårhanterligt i anstaltsmiljö, har de flesta länders rättssystem fram tills helt nyligen förbisett tillståndet, varför intagna med ADHD inte tidigare har kommit i fråga för ADHD-behandling trots omvitnat stora behov (12).

Behandling av ADHD

ADHD är ett heterogent tillstånd där

symtombild och funktionsnedsättningar varierar mellan individer (16). Detta tillsammans med den höga samsjukligheten gör ADHD till ett komplext tillstånd som fordrar komplexa insatser. De flesta internationella behandlingsriktlinjer för vuxna med ADHD rekommenderar s.k. multimodala insatser, med skraddarsyddade farmakologiska och icke-farmakologiska insatser utgående från den enskildes unika behov och förutsättningar (17). Ofta förordas en inledande behandling med metylfenidat för att minska symtombördan av ADHD och därmed öka förutsättningarna att optimalt kunna tillgodogöra sig efterföljande insatser, som t ex psyko-
 edukation, kognitiv beteendeterapi och dialektisk beteendeterapi, vilka idag har ett visst forskningsstöd och som adresserar sociala, beteendemässiga, kognitiva och emotionsreglerande brister vid ADHD, liksom samsjuklighet.

Eftersom man tidigare trodde att ADHD var tidsbegränsat och växte bort innan barnen nådde vuxen ålder, har de flesta kliniska prövningar av centralstimulantia av historiska skäl omfattat barn med ADHD. Under senare år har kontrollerade prövningar bekräftat framförallt korttidseffekter av centralstimulantia som metylfenidat och det icke-centralstimulerande läkemedlet atomoxetin, hos både barn och vuxna med ADHD (18, 19). Det är däremot betydligt mindre känt om effekter och risker av läkemedelsbehandling över längre tid, då flertalet kliniska prövningar har få deltagare och kort uppföljningstid. Dessutom begränsas prövningarna ofta av selekterade patientmaterial då deltagare

med ADHD och uttalad samsjuklighet inte inkluderats trots att flertalet vuxna med ADHD har minst en annan psykiatrisk diagnos (20). Resultaten från prövningarna kan därför vara svåra att överföra till en klinisk ADHD-population och framförallt till en fängelsepopulation med ADHD och en högre förekomst av psykiatrisk samsjuklighet, personlighetsproblematik och tidigare missbrukserfarenhet än hos ADHD-patienter inom allmänpsykiatri.

Kriminalvårdens uppdrag

Kriminalvårdens dubbla uppdrag kan förefalla motsägelsefullt, att både straffa och behandla på samma gång. Deras insatser syftar emellertid till att öka säkerheten i samhället; på kortare sikt genom att hålla dömda personer i förvar och på längre sikt genom att minska återfall i brott. Kriminalvårdens psykosociala insatser som syftar till att öka återanpassningen till samhället och därigenom minska återfallsrisken inkluderar bl.a. ackrediterade och evidensbaserade brotts-, vålds- och missbrukspreventiva program, yrkesutbildning som kakelsättning, golvläggning eller svetsning liksom skolundervisning. Undervisningen vid Kriminalvårdens Lärcentrum bedrivs enligt svensk läroplan och syftar till att förbättra basfärdigheterna i läsning, skrivning och matematik och via Lärcentrum kan intagna komplettera ofullständiga skolbetyg. Gemensamt för behandlingsprogrammen är att de handlar om inläring vilket ställer stora krav förmågor som är nedsatta vid ADHD såsom koncentration, uthållighet och självreglering.

Bakgrunden till avhandlingsarbetet

Upprinnelsen till avhandlingsarbetet var att svensk kriminalvård hade funnit en ”behandlingsresistent” grupp bland de fängelseintagna. Denna grupp bestod av intagna som var rastlösa, aggressiva och okoncentrerade. De satt ofta i isolering p.g.a. misskötsamhet relaterad till aggressivitet och de klarade inte att fullfölja Kriminalvårdens preventiva program. Dessa intagna blev sällan utslussade via öppnare kriminalvårdsformer inför villkorlig frigivning och återföll mycket snabbt i kriminalitet, där brotten med tiden blev allt grövre och ledde till allt längre fängelsevistelser; en ond cirkel var sluten. Kriminalvården som sett denna grupp återkomma många gånger ville förstå om dessa intagna hade ADHD och om det i så fall gick att hjälpa dem mer framgångsrikt än tidigare; var det möjligt att bryta den onda cirkeln?

Under 2005/2006 när forskningsprojektet planerades, var det sällsynt med ADHD-diagnos hos intagna. Desto vanligare var det med diagnoser som depressions- och ångestsyndrom, substansmissbruk och olika personlighetsstörningar.

Avhandlingens övergripande målsättning var att bland 30 långtidsdömda vuxna män på Norrtäljeanstalten med diagnostiserad ADHD, dels karakterisera symtom och funktionella nedsättningar av ADHD och samexisterande tillstånd, dels utvärdera behandling med OROS-metylfenidat, både i jämförelse mot placebo och när läkemedlet kombinerades med Kriminalvårdens psykosociala program som del i

multimodal behandling. Metodvalet motiverades av att man aldrig tidigare utvärderat behandling med metylfenidat under kontrollerade former bland fängelseintagna med ADHD och att resultat från tidigare kliniska prövningar hos vuxna med ADHD utan samsjuklighet kunde vara svåra att generalisera till gruppen fängelseintagna med ADHD och en förmodat mycket hög förekomst av psykiatrisk samsjuklighet och tidigare missbrukserfarenhet.

Metod och material

Datainsamlingen ägde rum under 2006-2010 på Norrtäljeanstalten. Denna riksanstalt med den högsta säkerhetsklassningen, belägen strax norr om Stockholm, har plats för cirka 200 vuxna män, flertalet långtidsdömda för vålds- och/eller drogrelaterade brott. Anstalten inrymmer också en av landets få avdelningar för sexualbrottsdömda män. Forskningsprojektet var ett samarbete mellan Karolinska Institutet, Stockholms läns sjukvårdsområde och Kriminalvården och finansierades främst av Socialstyrelsen men även Stockholms läns sjukvårdsområde, Centrum för psykiatriforskning och Karolinska Institutet Center of Neurodevelopmental Disorders (KIND) bidrog till finansieringen.

Projektet inleddes 2006 med en grundläggande utbildning om ADHD och information om forskningsprojektet riktad till Norrtäljeanstaltens hela personalgrupp. Kriminalvården tillhåll en särskild ADHD-avdelning med 12 platser där vårdarna fick fortlöpande utbildning om ADHD och processhandledning.

En screeningundersökning av möjlig förekomst av ADHD bland intagna på Norrtäljeanstalten genomfördes 2006-2009 med hjälp av självskattningsformulär för ADHD i barndomen (WURS) och aktuell ADHD i vuxen ålder (ASRS-Screener). Screeningen avsåg främst att underlätta rekryteringen till den kliniska prövningen men också att ge en grov uppskattning av förekomsten av ADHD på Norrtäljeanstalten; var ADHD så pass vanligt bland intagna att Kriminalvården behöver beakta ADHD fortsättningsvis eller var frågan av mindre betydelse?

Vi genomförde under 2007-2009 fullständiga neuropsykiatriska utredningar avseende ADHD och eventuell samsjuklighet hos en grupp intagna med positiv screening för ADHD både som barn och vuxna. De intagnas utredningsresultat jämfördes därefter med resultaten för vuxna män med diagnostiserad ADHD från en neuropsykiatrisk enhet i Stockholm och med resultaten för en frisk kontrollgrupp (21).

Totalt 30 intagna män med diagnostiserad ADHD deltog i den kliniska prövningen av OROS-metylfenidat på Norrtäljeanstalten mellan 2007 och 2010. Prövningen inleddes med en randomiserad, dubbelblind, placebo-kontrollerad studie där halva gruppen (15 deltagare) slumpades till placebo medan den andra halvan slumpades till behandling med OROS-metylfenidat (titrerad till 72 mg dagligen) under 5 veckor. Alla deltagare som fullföljde den kontrollerade 5-veckorsstudien kunde fr.o.m. vecka 6 fortsätta i en 47-veckors öppna förlängningsfas där

samtliga deltagare fick OROS-metylfenidat som titrerades individuellt till optimal effekt, maximalt 1,3 mg/kg kroppsvikt och dag. Under den öppna förlängningsfasen kombinerades läkemedel med Kriminalvårdens återfallsförebyggande kognitiva program, skolundervisning och yrkesutbildning. Behandlingseffekterna mättes på flera olika sätt.

Det primära effektmåttet var skillnaden i observatörsskattade ADHD-symtom med skattningsskalan CAARS: O-SV, från studiestart till slutet av vecka 5. Sekundära effektmått inkluderade skattningar av symtom och funktioner; observatörsskattade ADHD-symtom (CAARS: O-SV) under den öppna fasen, självrapporterade ADHD-symtom (ASRS), observatörsskattade globala svårigheter (CGI-S), psykosocial funktionsförmåga (GAF) och självskattad livskvalitet (QOLI) under totalt 52 veckors behandling. Behandlingens säkerhet följdes genom upprepade mätningar av puls, blodtryck och vikt och genom övervakade drogscreeningar i urinen, blodanalyser, rapportering av oönskade effekter och uppmätt följsamhet till behandlingen. Med hjälp av flera neuropsykologiska test mättes effekter av metylfenidat på kognitiva funktioner som arbetsminne, abstrakt verbal förmåga, uppmärksamhet, impulsivitet och motorisk aktivitet.

Resultat

Vid den inledande enkätundersökningen (62% svarsfrekvens) screenade totalt 45% av de intagna på Norrtäljeanstalten positivt för ADHD både som barn och aktuellt som vuxen. Screen-

ingens förmåga att rätt identifiera ADHD uppskattades till cirka 88% eftersom vi behövde utreda 34 intagna med positiv screening för ADHD för att nå rekryteringsmålet om 30 intagna med bekräftad ADHD till den kliniska prövningen. Följaktligen justerade vi ner den av enkätundersökningen indikerade förekomsten av ADHD (45%) till de 40% som vi senare rapporterade (21).

De 30 deltagarna i den kliniska prövningen var mellan 21 och 61 år gamla och deras ADHD var oftast av kombinerad typ. Deltagarna hade dömts till långa fängelsestraff p.g.a. vålds- och/eller drogrelaterade brott. Vid en tillbakablick kunde vi konstatera att skola, sociala myndigheter, skolhälsovård och barnpsykiatrisk vård tidigt varit medvetna om deltagarnas psykosociala belastningsfaktorer, inlärningssvårigheter, utagerande beteende med CD och psykiska ohälsa. Cirka 80% av de intagna hade som barn fått extra stöd i skolan och 60% hade haft kontakt med BUP/skolpsykolog. Det var också vanligt att de haft kontakt med sociala myndigheter, vanligen p.g.a. missbruk och misshandel inom familjen eller p.g.a. tidig debut i missbruk och kriminalitet. Sjukvårdens och socialtjänstens förklaringsmodell att svårigheterna enbart berodde på brister i miljön hade medfört utebliven hjälp och förståelse för deltagarnas ADHD-relaterade funktionsnedsättningar.

Trots massiv problematik och många varningstecken var det bara 2 av 30 som utretts för ADHD före 18 års ålder och bara en av dem som fått be-

handling för ADHD och under en kortare period. Det var vanligt med tidiga skolavhopp och en låg utbildningsnivå trots en genomsnittligt normal begåvningsnivå (estimerat IK, medel =95). Vid den neuropsykiatriska utredningen på Norrtäljeanstalten rapporterade alla 30 deltagare att de haft ett substansmissbruk någon gång under livet (ej pågående missbruk). Blandmissbruk var vanligt förekommande och amfetamin den enskilt vanligaste drogen. Närmare tre av fyra uppfyllde kriterier för förstämningssyndrom eller ångestsyndrom under livet och nästan hälften var under pågående läkemedelsbehandling vid tiden för utredning. Därtill uppfyllde 23% kriterierna för autismspektrumtillstånd (AST) och samtliga dessa fall var nyupptäckta. Psykopati enligt Hares definition, mätt med PCL-R, förekom hos en av tio och psykopati var därmed betydligt ovanligare än AST i denna grupp. Deltagarna uppvisade uttalade kognitiva svårigheter med brister i exekutiva funktioner som mättes med neuropsykologiska test och mer uttalade symtom och funktionsnedsättningar från ADHD, lägre arbetsminneskapacitet och lägre begåvnings- och utbildningsnivå jämfört med vuxna män med ADHD från en neuropsykiatrisk enhet i Stockholm och jämfört med en frisk kontrollgrupp (21).

Den kliniska prövningen visade att behandlingen med OROS-metylfenidat var mycket effektiv, både på kort sikt vid jämförelse mot placebo (5 veckor) och på längre sikt när läkemedel kombinerades med psykosociala insatser (52 veckor totalt). Under de inledande 5 veckorna minskade de observatörs-

skattade ADHD-symtomen (CAARS: O-SV) med närmare hälften hos dem som fick OROS-metylfenidat (72 mg dagligen) medan placeboeffekten var försumbar (22). Effektstorleken var den största som hittills uppmätts i en metylfenidatstudie, Cohen's $d = 2,17$, vilket motsvarar Numbers needed to treat (NNT) = 1,1. Motsvarande effektstorlekar observerades även för de sekundära effektmåtten ASRS, CGI-S och GAF.

Det uppmättes inga skillnader i puls, blodtryck, vikt eller oönskade effekter mellan dem som fick aktivt läkemedel och dem som fick placebo under de inledande 5 veckorna.

Under den efterföljande 47 veckor långa öppna förlängningsfasen fortsatte symtom, global funktionsförmåga, arbetsminne, uppmärksamhet, impulsivitet, motorisk överaktivitet och livskvalitetsmåtten inlärning och mål/värderingar att förbättras. En majoritet av deltagarna påbörjade och slutförde Kriminalvårdens återfallsförebyggande program (23).

Hos ett fåtal av deltagarna ökade puls och blodtryck över tid, dock inte till den grad att det föranledde studieavbrott eller insättande av blodtryckssänkande behandling.

Upprepade, övervakade drogscreeningar i urinen upptäckte inte någon felanvändning av läkemedel eller sidomissbruk under hela studieperioden 2007-2010.

Diskussion

Hypotesen bekräftades att ADHD var vanligt förekommande bland långtidsdömda vuxna män på hövsäkerhetsanstalten Norrtälje. Den genom screening uppskattade förekomsten av ADHD på ca 40% är helt i linje med de 43% som nyligen rapporterades av Billstedt och Hofvander efter att de genomfört 270 fullständiga kliniska utredningar i en nationellt representativ grupp av 18-25 år gamla män som avtjänade fängelsestraff för vålds- och sexualbrott på en anstalt inom Kriminalvården Region Väst (24).

Den grupp om 30 långtidsdömda vuxna (21-61 år) män med bekräftad ADHD som deltog i den kliniska prövningen på Norrtäljeanstalten var uttalat symtomatiska och funktionspåverkade av ADHD och samexisterande tillstånd som bl.a. substansmissbruk och depressions- och ångestsyndrom. Denna höga förekomst av psykisk ohälsa bland fängelseintagna bekräftades i stort av Billstedt och Hofvander (24). Tidigare studier har visat en överrepresentation av AST på SiS-institution (25) och inom rättspsykiatri (26), medan prevalensstudier av AST saknas ifrån fängelser. Vi fann anmärkningsvärt många med AST i vår grupp (23%), medan Billstedt och Hofvander rapporterade AST hos 10%, vilket är betydligt lägre. Å andra sidan motsvarar deras fynd om 10% AST en 10-faldigt ökad förekomst jämfört med i normalbefolkningen.

Många av studiedeltagarna på Norrtäljeanstalten hade en psykosocialt belastad hemmiljö, inlärningssvårigheter,

utagerande beteende med tidig debut i CD, brott och missbruk. Varnings-signalerna var många men trots många kontakter med BUP, skolhälsovård och sociala myndigheter uppmärksammades inte deras utvecklingsrelaterade svårigheter annat än undantagsvis. Ett liknande mönster av psykosociala riskfaktorer observerades också bland de unga vuxna fängelseintagna männen i Västra Götaland. Trots en genomsnittligt normal begåvningsnivå hade många av dem behövt extra stöd i skolan och få hade slutfört gymnasiet.

I gruppen med tidigt debuterande CD sågs oftare ADHD, Tourettes syndrom, förstärknings-, ångest- och psykotiskt syndrom, substansmissbruk, tidig debut i missbruk och brott, fler domar och en bredare brottsrepertoar (24).

Den kliniska prövningen på Norrtäljeanstalten visade sammantaget att behandling med OROS-metylfenidat var praktiskt genomförbar i fängelsemiljö, mycket effektiv och överlag säker, under förutsättning att behandling sker under strikt kontrollerade former, vilket vi önskar understryka. Läkemedelsbehandling ska ses i sitt sammanhang, aldrig vara den enda behandlingen utan alltid kombineras med andra nödvändiga insatser. Kriminalvårdens återfallspreventiva program som fokuserar på inlärning ställer höga krav på förmåga till bl.a. koncentration, arbetsminne och självreglering. För intagna med svår ADHD kan läkemedelsbehandling som förbättrar koncentrationsförmåga, arbetsminne, logiskt tänkande, impuls kontroll och

minskar motorisk hyperaktivitet, vara en förutsättning för att optimalt kunna tillgodogöra sig de preventiva behandlingsprogrammen. Deltagare i den aktuella studien som tidigare, när de varit obehandlade för ADHD, upprepade gånger misslyckats i skolundervisning och programverksamhet, klarade nu under ADHD-behandling att slutföra de preventiva programmen, komplettera sina ofullständiga skolbetyg och genomgå yrkesutbildning; insatser som alla bedöms vara viktiga för att möjliggöra en lyckad återanpassning till samhället.

Utblick mot framtiden

Baserat på de aktuella resultaten föreslår vi att behandling med metylfenidat under strikt kontrollerade former, kan vara en värdefull del av multimodal behandling i fängelser. Eftersom detta är den första kontrollerade prövningen av metylfenidat hos fängelseintagna behöver resultaten bekräftas. Tidigare studier har pekat på ett starkt samband mellan tidigt debuterande CD och kronisk kriminalitet, liksom att ADHD, framförallt i kombination med CD och missbruk, ökar risken för kriminalitet. Hade denna negativa utveckling mot kriminalitet kunnat undvikas om våra studiedeltagare fått hjälp redan som barn? Det kan vi självklart inte veta, men många av våra deltagare reagerade med lättnad när de fick sin ADHD-diagnos då den innebar en ökad självförståelse och en delförklaring (inte ursäkt) till varför saker och ting gått snett i deras liv. Senare när behandlingen minskat deras ADHD-symtom och de kunde börja reflektera över sina liv, drabbades många deltagare av en kris-

reaktion som krävde både tid och bearbetning. Alla deltagare, utan undantag, önskade att de fått sina ADHD-svårigheter bekräftade under barndomen. De frågade sig varför ingen sett och förstått deras svårigheter och de funderade mycket över hur deras liv hade kunnat bli om de fått hjälp redan som barn; hade de klarat att gå i skolan, skaffa arbete, bilda familj och levt ett liv utan missbruk och kriminalitet? De behövde få tid att sörja över livet som aldrig blev innan de kunde acceptera sin situation och börja planera framåt, till ett liv utanför murarna utan missbruk och kriminalitet. Även om de uppskattade den hjälp som de fick, men hade behövt långt mycket tidigare, fanns en oro inför framtiden; skulle de få den hjälp de behövde efter frigivning? Eftersom de åkt ut och in i kriminalvården många gånger var de väl medvetna om vad som behövdes för att lyckas; någonstans att bo, ekonomisk trygghet, struktur på dagen, stöd i drogfrihet, fortsatt ADHD-behandling och ett socialt sammanhang med vänner som inte var missbrukare eller kriminella. Med andra ord, de önskade sig en väl fungerande vårdkedja. Hur väl det har fungerat efter frigivning undersöker vi 12 respektive 36 månader efter avslutad klinisk prövning (pågående). Samtidigt som deltagarna önskade sig en bättre framtid, önskade de att ingen skulle behöva hamna i fängelse i framtiden p.g.a. obehandlad ADHD. Deltagarna ville framföra till "världen utanför" hur viktigt det är att barn med ADHD får förståelse och hjälp för sina svårigheter och att en diagnos i sig inte är stämplande (de upplevde sig redan som stämplade utan diagnos p.g.a. det

avvikande beteendet). Det stigmatiserande blir istället om "samhället står och bara ser på hur barn med ADHD går under utan att hjälpa när hjälp finns att få". För att klara dessa stora utmaningar, både att förebygga kriminalitetsutveckling hos barn med ADHD och att minska återfallsrisken i kriminalitet hos redan drabbade, behöver alla berörda myndigheter, vårdgivare och frivilligorganisationer samarbeta - för individens och för samhällets bästa.

Referenser

1. Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2009;194:204-211.
2. Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, et al. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J Occup Environ* 2005;47:565-572.
3. Hammerness P, Surman C, Miller K. Update on adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2008;8:484-489.
4. Rosler M, Casas M, Konofal E, Buitelaar J. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *World J Biol Psychiatry* 2010;5:684-698.
5. Nigg JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review* 2013;33:215-228.
6. Satterfield J, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: Adolescent and adult criminality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36:1726-1735.

7. Mannuzza S, Klein R, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry* 1998;155:493-498.
8. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: A controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;39:1424-1431.
9. Dalteg A, Levander S. Twelve thousand crimes by 75 boys: a 20-year follow-up study of childhood hyperactivity. *Journal of Forensic Psychiatry* 1998;9:9-57.
10. Lee S, Hinshaw S. Severity of adolescent delinquency among boys with and without attention deficit hyperactivity disorder: Predictions from early antisocial behaviour and peer status. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004;33:705-716.
11. Odgers CL, Caspi A, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Poulton R, Sears MR, Thomsen WM, Moffitt TE. Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:476-484.
12. Young SJ, Adamou M, Bolea B, Gudjonsson G, Muller U, Pitts M, et al. The identification and management of ADHD offenders within the criminal justice system: a consensus statement from the UK Adult ADHD Network and criminal justice agencies. *BMC Psychiatry* 2011;11:32.
13. Edvinsson D, Bingefors K, et al. ADHD-related symptoms among adults in out-patient psychiatry and female prison inmates as compared with the general population. *Ups J Med Sci* 2010;115: 30-40.
14. Konstenius M, Larsson H, Lundholm L, Philips B, van de Glind G, Jayaram-Lindström, Franck J. An epidemiological study of ADHD, substance use, and comorbid problems in incarcerated women in Sweden. *Journal of Attention Disorders* 2012 (Epub ahead of print).
15. Gudjonsson GH, Wells J, Young S. Personality disorders and clinical syndromes in ADHD prisoners. *J Atten Disord* 2010;Oct 26 (Epub ahead of print).
16. Kooij SJ, Bejerot S, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010;10: 67.
17. National Institute for Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London 2009; The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
18. Wilens TE, Morrison NR, Prince J. An update on the pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother* 2011;11:1443-1465.
19. Fredriksen M, Halmoy A, Faraone SV, Haavik J. Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: A review of controlled and naturalistic studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. Aug 20 2012.
20. Surman CB, Monuteaux MC, et al. Representativeness of participants in a clinical trial for attention-deficit/hyperactivity disorder? comparison with adults from a large observational study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1612-16.
21. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindfors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry* 2010;10:112.

22. Ginsberg Y, Lindfors N. Methylphenidate treatment of adult male prison inmates with attention-deficit hyperactivity disorder: randomised double-blind placebo-controlled trial with open-label extension. *The British Journal of Psychiatry* 2012;200: 68-73.
23. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Grann M, Lindfors N. Long-term functional outcome in adult prison inmates with ADHD receiving OROS-methylphenidate. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2012;262:705-724.
24. Billstedt E, Hofvander B. Tidigt debuterande beteendestörning: förekomst och betydelse bland vålds- och sexualbrottsdömda. *Kriminalvården*, www.kriminalvarden.se/publikationer, 2009-115/2013.
25. Ståhlberg O, Anckarsäter H, Nilsson T. Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19:893-903.
26. Anckarsäter, H., T. Nilsson, et al. Autism spectrum disorders in institutionalized subjects. *Nord J Psychiatry* 2008; 62: 160-167.