



Økning i ADHD blant barn og unge

Hvorfor skjer det, og hva er konsekvensen?

Januar 2026

Forord

PricewaterhouseCoopers (PwC) har på oppdrag fra Helsedirektoratet sett på hvilke forhold som driver den observerte økningen i ADHD-diagnoser blant barn og unge, og hvilke konsekvenser dette har. Prosjektet er gjennomført i perioden august 2025 – januar 2026.

Ansvarlig partner for arbeidet har vært Roger Mortensen. Marie Ingvaldsen har vært PwCs prosjektleder. Jan Haavik, professor ved Universitetet i Bergen, og Marie Flataas, psykologspesialist, har vært tilknyttet teamet som underleverandører og bistått med sin kompetanse og innsikt.

Vi takker for et spennende oppdrag og godt samarbeid med oppdragsgiver underveis i prosjektperioden. Vi vil også takke for tilgjengelighet, åpenhet og velvilje fra respondenter og samarbeidsparter i gjennomføringen.

Vi håper rapporten vil være nyttig i det videre arbeidet med vurderingen av virkemiddelbruk innen ADHD hos barn og unge.

8. januar 2026

Roger Mortensen
Oppdragsansvarlig partner

Innhold

Forord	2
Innhold	3
Sammendrag	4
1 Introduksjon	6
1.1 Metodikk og gjennomføring	6
2 Forekomst av ADHD-diagnoser blant barn og unge	10
2.1 Økning i diagnosetall	10
2.2 Fylkesvis variasjon.....	12
3 Driveranalyse: Hvorfor ser vi en økning i diagnosetall og fylkesvis variasjon?	15
3.1 Introduksjon	15
3.2 Avgrensninger	16
3.3 Drivere knyttet til samfunnet	17
3.4 Drivere knyttet til helsetjenesten	32
3.5 Drivere knyttet til individet	40
3.6 Oppsummering av identifiserte drivere	44
4 Konsekvenser	49
4.1 Konsekvenser for samfunnet.....	49
4.2 Konsekvenser for helsetjenesten	50
4.3 Konsekvenser for individet.....	55
4.4 Kommunal ressursbruk og ADHD-insidens	59
4.5 Informantenes beskrivelser av konsekvenser av økningen i ADHD-diagnoser.....	62
4.6 Oppsummering av konsekvenser	67
5 Samhandling rundt barn med ADHD	68
5.1 Gjennomgang av veiledere og normerende produkter	68
5.2 Informantenes opplevelse av samarbeid på tvers.....	72
5.3 Informantenes forslag til tiltak.....	74
5.4 Oppsummering: Samhandling rundt barn med ADHD	76
6 Oppsummerende drøfting	77
Kilder	79
Vedlegg: Metodebeskrivelse til delkapittel 4.4	90
Metodikk	90
Funn	91

Sammendrag

Fra 2010 og frem til rundt 2018 var forekomsten av ADHD-diagnoser blant barn og unge i Norge relativt stabil og lå på omtrent 3-5 prosent. Fra og med 2020 har det skjedd en bratt økning i antall nye diagnoser, spesielt blant barn og unge under 18 år (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Lignende observasjoner er beskrevet i andre land og for andre diagnoser (Pearson, 2025). I samfunnsdebatten har det blitt trukket frem en rekke ulike forhold som forklaring på økningen. PwC har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomgått forskningsartikler, offentlige ytringer fra fagpersoner, tilgjengelig statistikk og intervjuet fagpersoner i skole, kommuner, kommune- og spesialisthelsetjenesten, Statped og Udir og KS for å få innsikt og innspill til våre observasjoner. Helsedirektoratet har underveis i arbeidet med rapporten delt utforming av driverne med oppnevnte brukerrepresentanter.

Vi har identifisert og gjennomgått til sammen 13 drivere knyttet til henholdsvis samfunnet, helsetjenesten og individet. Det er viktig å presisere at ADHD er en kompleks og multifaktoriell tilstand, og at samspillet mellom gener, miljø og sosiale faktorer i praksis er vanskelig å isolere. Flere av de identifiserte sammenhengene er basert på hypoteser eller forskning med premisser som fortsatt er under utvikling, noe som innebærer at enkelte funn og vurderinger må tolkes med forsiktighet.

Blant de 13 driverne er det driveren utvidede diagnosekriterier som vi mener har en sikker dokumentert effekt på økningen i diagnoser. At diagnosekriteriene er endret og utvidet gjør at flere som tidligere ikke kvalifiserte for diagnosen, nå kvalifiserer for den. Ellers har vi vurdert at fem av de identifiserte driverne kan bidra til økt symptomtrykk i befolkningen, det vil si at flere opplever symptomer nå enn tidligere, og/eller at de som får symptomer får sterkere eller flere symptomer nå enn tidligere. Vi har vurdert at 11 av driverne bidrar til eller kan bidra til økt diagnostisering. Det betyr at selv om omfanget av ADHD-symptomer hadde vært konstant i samfunnet, bidrar disse driverne til at flere blir diagnostisert nå enn tidligere. De underliggende årsakene som driver økt diagnostisering har vi identifisert som at samfunnet nå er bedre på å gjenkjenne symptomer enn tidligere, at det har vært en innsnevring i forståelsen av hva som er normal adferd, at noen av de beskyttende faktorene i samfunnet har blitt redusert, og at det i flere sammenhenger blir sett på som attraktivt å få en ADHD-diagnose. Tre av driverne mener vi at både bidrar til økt symptomtrykk og til at flere blir diagnostisert.

Vi har sett på konsekvensen av ADHD og økningen i ADHD-diagnoser blant barn og unge for samfunnet, helsetjenesten, og individet. På samfunnsnivå viser analyser gjort i andre land at det er store samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til ADHD. Kostnadene består av helsehjelp for ADHD-pasienter, helsehjelp til familiemedlemmer relatert til barnets ADHD, tap av produktivitet hos familiemedlemmer, kostnader til utdanning (inkludert ekstraundervisning og utdanningssystemets ressurser) og kostnader til sosiale tjenester for ADHD-pasienter (Le, et al., 2014). Dette er kostnader for individet og samfunnet knyttet til personer som har fått en ADHD-diagnose. Studien ser ikke på kostnader knyttet til at personer

med ADHD-symptomer går udiagnostisert og ubehandlet, men det er grunn til å tro at de individuelle og samfunnsøkonomiske kostnadene av ubehandlet ADHD også er betydelige.

Økningen i ADHD-diagnoser skaper et press på offentlige tjenester. Helsetjenesten opplever en ressursknapphet og mangel på kapasitet til å håndtere økningen. Som konsekvens kan det oppstå ulik praksis for hvem som får utredning og behandling, eller en risiko at andre pasientgrupper blir fortrent og ikke får nødvendig hjelp. Det er noe begrenset forskning på langtidseffekten av å få ADHD-medisiner over tid. Dersom diagnostisering og behandling reduserer risikoadferd og sannsynligheten for annen psykisk uhelse eller rusproblematikk, kan nettoeffekten for samfunnet og helsetjenesten være positiv av at flere nå diagnostiseres og behandles. Enkelt personer som får ADHD-diagnose kan både oppleve forsterket utenforskap, men også at man får bedre forståelse av seg selv som følge av diagnosen.

Et interessant funn gjelder analysen vi har gjort av kommuners ressursbruk knyttet til tidlig innsats og forebyggende aktiviteter og forekomsten av ADHD-diagnoser. Her fant vi at ressurser brukt på råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid, aktivitetstilbud til barn og unge og skolefritidstilbud (SFO) var signifikant negativt korrelert med forekomsten av ADHD-diagnoser blant barn og unge. Analysen er gjort på fylkesnivå på grunn av nivået på data på ADHD-diagnoser, noe som er en betydelig svakhet. Funnet er likevel interessant fordi respondenter vi har snakket med fra barne- og ungdomspsykiatrien i spesialisthelsetjenesten (BUP) trekker frem at de observerer store forskjeller i henvisningspraksis fra ulike kommuner, avhengig av hvordan kommunene har organisert seg og hvordan de jobber med tidlig innsats og forebygging.

Denne analysen har i hovedsak hatt til hensikt å få opp en helhetlig problemforståelse og å se på drivere til utvikling for å gi Helsedirektoratet et bedre grunnlag for å vurdere sin virkemiddelbruk. Vi er ikke bedt om å komme med anbefalinger til Helsedirektoratet, og vi har heller ikke utredet konkrete tiltak. Imidlertid mener vi at innsikten vi nå sitter på gir grunnlag for noen refleksjoner og vurderinger som Helsedirektoratet kan ta med seg i det videre arbeidet.

Økningen i ADHD skaper press på kapasiteten, både i de kommunale tjenestene som møter disse barna og ungdommene, og hos BUP som skal håndtere en voldsom økning i henvisninger. ADHD har store konsekvenser både for den enkelte pasienten og for samfunnet i stort. Vi finner ingen holdepunkter for at disse barna og ungdommene ikke har behov for hjelp og oppfølging. Derimot mener vi at vår gjennomgang peker på et stort mulighetsrom av mulige tiltak, særlig i samspillet mellom skole, PPT, skolehelsetjeneste, andre kommunale tjenester til foreldre, barn og unge, og BUP. Det fremstår som godt dokumentert at tidlig innsats, robuste fagmiljøer og tverrsektorielt samarbeid rundt problemkomplekset vil kunne bidra positivt, både for barna med ADHD og for samfunnet i stort.

1 Introduksjon

ADHD er en forkortelse for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. ADHD er en heterogen og kompleks lidelse, som kjennetegnes av uoppmerksomhet, konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet (RBUP (red), 2024) (Helsenorge, 2023) (Helsedirektoratet, 2022) (U.S. Centers for Disease Control and prevention, 2022) (ICD, 2022). Disse symptomene kan arte seg forskjellig i ulike aldre. For å kunne karakteriseres som en forstyrrelse, må symptomene være klart avvikende i forhold til hva som er vanlig for barnets eller ungdommens alder og utviklingsnivå (RBUP (red), 2024), og føre til betydelige vansker i minst to ulike livsområder som skole, arbeid eller hjemme (ICD, 2022). ADHD knyttes også til funksjonssvikt, komorbide lidelser som angst, depresjon og irritabilitet, vansker med å regulere følelser, sosiale vansker, lærevansker, motoriske vansker, søvnvansker og rusavhengighet (Sørensen, 2025; U.S. Centers for Disease Control and prevention, 2022; ICD, 2022).

Oppdraget og formålet med rapporten er å svare ut Helsedirektoratets behov for et beslutningsgrunnlag for å vurdere sin virkemiddelbruk innen ADHD hos barn og unge. Dette inkluderer 1) å utarbeide en helhetlig problembeskrivelse ved å svare på Utredningsinstruksens første spørsmål: "Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?", basert på innsiktsarbeidet som Helsedirektoratet har gjort og utlede prioriterte problemstillinger, samt 2) utarbeide en driveranalyse. Gjennom oppdraget har PwC og Helsedirektoratet hatt tett dialog, hvor Helsedirektoratet har kommet med innspill og forankret arbeidet til PwC.

1.1 Metodikk og gjennomføring

Den helhetlige problembeskrivelsen og driveranalysen bygger på en kombinasjon av dokumentgjennomgang og kvalitative intervjuer. Dokumentgjennomgangen har inkludert nasjonale retningslinjer, forskningsartikler, fagmøter, presentasjoner og annen relevant litteratur, som er systematisert i et datasett og analysert for å identifisere drivere og konsekvenser.

1.1.1 Dokumentgjennomgang

I den helhetlige problembeskrivelsen og driveranalysen har vi gått grundig gjennom dokumentasjon fra Helsedirektoratet og hentet inn relevante forskningsartikler, inkludert:

- Diagnosemanualene DSM-5 og ICD-11, og Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje
 - Forskningsartikler fra BMJ, European Child & Adolescent Psychiatry, Nature Genetics, Neuroscience and Biobehavioral Reviews og Scientific Reports
- Presentasjoner fra Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16. juni 2025
- Notater fra møter og e-poster mellom PwC og Helsedirektoratet
- Podcast fra NRK 5. august 2025: Blir norsk ungdom psykere?
<https://radio.nrk.no/serie/wonderful-world-festival/sesong/202508/KMTE82005325>
- Foredrag fra Arendalsuka 2025: Hjerneteltet.
<https://vimeo.com/showcase/11847130?video=1112250797>

Fakta, påstander, hypoteser og annen relevant informasjon om ADHD har blitt samlet og strukturert i et datasett for å gi en systematisk oversikt over problemet og drivere. Hver unike beskrivelse (fakta/påstand/hypotese/annen relevant informasjon) har sin egen rad, med tilhørende kategori (observasjon/problem/driver/tiltak), tema, kode, kilde og eventuell kobling til et annet tema.

Videre har vi gruppert temaene (med underliggende koder) for å svare ut identifiserte drivere og identifiserte konsekvenser. Figuren under viser et utklipp av datasettet.

Problemmråde (tilbud)	Problemmråde (nytt)	Kategori	Tema	Kode	Beskrivelse	Kilde	Kobles til
Funksjonsnedsettelse	Samfunnet	Tiltak	Kunnskap	Kunnskap	Øke forståelsen og konsensus omkring hvordan funksjonsnedsettelse skal vurderes. Øke forståelse og ressurser til å ta hensyn til ulike behov gjennom livsløpet	Glede Collett. ADHD Norge	
Helsetjenestens kapasitet	Helsevesenet	Problem	Tjenester	Helsetjenestens kapasitet	Konsekvens for helsetjenestene hvis flere får behandling	Aase. FHI // Wonderful World Festival. NRK	Underdiagnostisering
Helsetjenestens kapasitet	Helsevesenet	Problem	Tjenester	Helsetjenestens kapasitet	Være mindre kapasitet i fremtiden pga eldrebeleg, viktig derfor at man blir mer spisset i tilbudet	Hjernetillett. Arendalsuka	
Helsetjenestens kapasitet	Helsevesenet	Problem	Tjenester	Diskrepans	Risiko ved diskrepans i forventning (helsepolitiske føringer) og faktisk tilbud (spesialisthelsetjenestene). Tiltitt hos befolkning og de som mottar tjenestene. Tiltitt mellom de som gir oppdrag og de som gir tjenestene	Ørbak. OUS	
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Observasjon	Legemidler	Godkjente legemidler	Økning i medikamentell behandling. Bruken av ADHD-legemidler har økt, særlig etter 2020. Økingen i medisinerbruk er særlig tydelig for tenåringsjenter og unge voksne kvinner	Kahn. RBUP // Aase. FHI	
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Problem	Legemidler	Bivirkninger	Stimulerende ADHD-legemidler inneholder stoffer som står på dopinglisten	Hausken Nordberg. Legemiddelindustrien	
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Problem	Legemidler	Bivirkninger	Bivirkningene av ADHD-medisin er vanligvis milde og kan håndteres ved å justere dosen eller bytte medisin	Faranos et al. Neuroscience and Biobehavioral Reviews	
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Problem	Legemidler	Bivirkninger	Nyttige data fra Sverige gir grunn til bekymring for at ADHD-medisiner brukt over tid hos voksne kan øke risiko for høyt blodtrykk og blodårssykdom. Andre registerdata har gjort oss oppmerksom på mulighet for økt forekomst av Parkinsons sykdom etter bruk av ADHD-medisiner, og hos barn og unge finner man at de kan vokse mindre og få lavere sluthøyde som voksne dersom de bruker medikamenter gjennom hele vekstfasen. Vi vet at slike medikamenter virker i hele kroppen og hjernen, at puls og blodtrykk øker, matlysten blir redusert, og at dopamin og andre involverte signalstoff har viktige funksjoner ikke bare knyttet til fokus, impulsivitet og andre ADHD-symptomer, men er involvert i komplekse reguleringsystem i hjernen knyttet til utforskingstrang, kreativitet, vurdering av hva som er viktig og regulering av følelser.	Velken. Dagens Medisin	
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Problem	Legemidler	Bivirkninger	Er ADHD det "samme" gjennom livsløpet? Det er lite fokus på forskjellige behov for behandling og tilrettelegging gjennom livet for personer med ADHD. Diagnosen settes gjennomsnittlig i ca 9/10 års alder - behandling og tilrettelegging på skolen i denne alderen vil ofte ikke være tilstrekkelig i ungdomsalder, overgangen til voksen alder er utfordrende	Sørensen. UIB	
Konsekvens av diagnose	Individet	Problem	Varighet	Livsløp	Forskning som viser både positiv og negativ tilknytning til diagnosen. Positivt i form av selvforståelse. Tilbakemeldinger er blandet	Wonderful World Festival. NRK	
Konsekvens av diagnose	Nøytral	Problem	Tilknytning	Påvirkning på livet	Flere behandlingsmuligheter og god tilgjengelighet, større utvalg av medikamenter, ikke-medikamentelle tiltak: større muligheter for virksom behandling. Valgmulighetene har økt	Haavik. UIB // Hausken Nordberg. Legemiddelindustrien	
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Driver	Tjenester	Behandlingsmuligheter	"Quick-fix" samfunnet, folk kan enkelt ta legemidler med en gang istedenfor å prøve andre alternativer som å drikke vann, mer søvn. Risikovilje	Wonderful World Festival. NRK // Myrlund Larsen. Helsedirektoratet (oppstartsmate)	
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Driver	Tjenester	Behandlingsmuligheter			
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Driver	Rettigheter	Rettigheter	Vi lever i en velferdsstat der en diagnose kan utføse rettigheter, dette kan være et insentiv	Wonderful World Festival. NRK	
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Tiltak	Legemidler	Effekt, godkjente legemidler	Godkjente legemidler: Metyfenidat, Atomoksetin, Lisdeksamfetamin, Deksamfetamin, Guanfacin. Disse overvåkes tilknyttet bivirkninger. Medikamentell behandling er ofte effektiv for ADHD, spesielt med sentralstimulerende midler. Sentralstimulerende legemidler og forbudt narkotikum: Amfetamin, deksamfetamin, deksmetyfenidat, lisdeksamfetamin, metyfenidat	Aas. Direktoratet for medisinske produkter // Kahn. RBUP // Myrlund Larsen. Helsedirektoratet (fagmate)	Bivirkninger
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Tiltak	Legemidler	Effekt	Tross flere titalls år med forskrivning av amfetamin og andre ADHD-medisiner er det fortsatt alvorlige mangler i kunnskapsgrunnlaget, særlig knyttet til langtidseffekter. Slike legemidler gir på kort sikt hos de fleste pasienter økt fokus, bedre selvillit, mindre impulsiv atferd og andre effekter som ved bruk av sjekklister for vurdering av ADHD-symptomer oppfattes som bedring. De fleste mennesker blir mer fokusert og rolige ved bruk av amfetamin i lave doser, og det er ikke uten grunn at jagerflypiloter og studenter tyr til dette. Problemet er at disse effektene avtar over tid.	Velken. Dagens Medisin	

Figur 1-1: Utklipp av datasettet som grunnlag til helhetlig problembeskrivelse og driveranalyse.

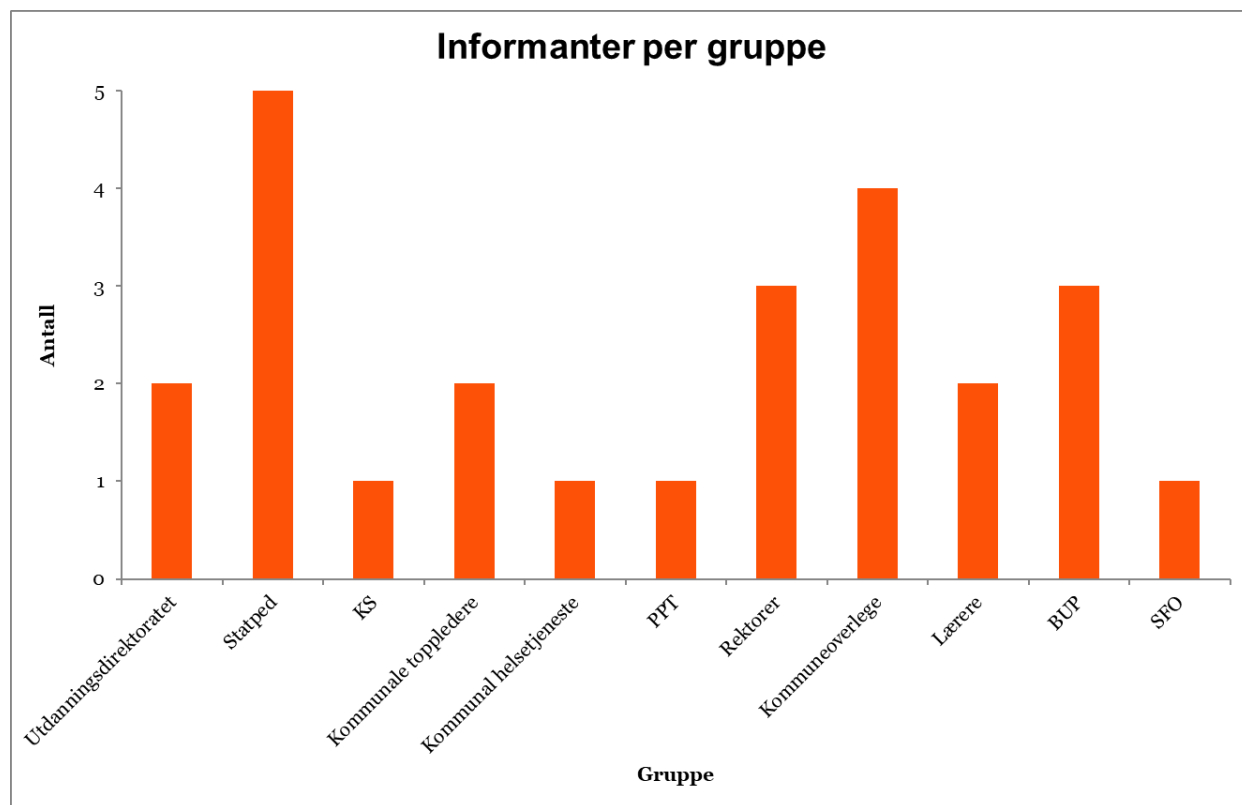
Som en del av analysen kategoriserte vi drivere og konsekvenser i tre hovedkategorier: samfunnet, helsetjenesten og individet.

Videre i driveranalysen tegnet vi årsaks-virkningskjeder for hver identifiserte driver. Disse er beskrevet i kapittel 3.6. I analysen skiller vi på forhold som driver symptomtrykk og forhold som driver økt diagnostisering. Blant forhold som driver økt diagnostisering ble fire underliggende årsaker identifisert på tvers av driverne. Se kapittel 3.6 for en detaljert beskrivelse.

1.1.2 Intervjuer

For å supplere dokumentgjennomgangen og gi et praksisnært perspektiv, har vi gjennomført semistrukturerte intervjuer med nøkkelpersoner fra ulike nivåer i utdannings- og helsetjenesten, samt nasjonale fagmiljøer. Intervjuene ble gjennomført digitalt, med en varighet på ca. 60 minutter når én informant deltok, og 90 minutter når to informanter deltok samtidig. Alle informanter mottok intervjuguide på forhånd, og intervjuguiden sikret sammenlignbarhet på tvers av intervjuene samtidig som det var rom for refleksjon og utdyping.

Utvalget omfatter totalt 25 representanter. Disse kommer fra direktoratsnivå (to fra Utdanningsdirektoratet, fem fra Statped og en representant fra KS, hvor sistnevnte har innhentet informasjon fra sitt nettverk av kommunaldirektører, og derfor omtales som kommunaldirektør i rapporten), to kommunale toppledere, en fra kommunal helsetjeneste, en fra PPT, tre rektorer, fire kommuneoverleger, to lærere, tre ansatte i BUP og en SFO-leder. Informantene kommer fra kommunene Alta, Bodø, Trondheim, Skaun, Bærum, Lier, Tønsberg og Arendal. Deres utsagn representerer deres syn og opplevelser, basert på deres subjektive bakgrunn, og de uttaler seg ikke på vegne av hele organisasjonen de jobber i.



Figur 1-2: Antall respondenter per gruppe

1.1.2.1 Bruk av intervjumaterialet

Informasjonen fra intervjuene er brukt til å gi ytterligere innsikt i konsekvenser av økningen i ADHD-diagnoser. Enkeltsitater og meninger fra intervjuene gjenfinnes i rapporten, der de illustrerer og utdyper sentrale funn. I tillegg er innsikten fra intervjuene særlig løftet frem i:

Delkapittel 4.5: Informantenes beskrivelser av konsekvenser av økningen i ADHD-diagnoser

Delkapittel 5.2: Informantenes opplevelse av samarbeid på tvers

Delkapittel 5.3: Informantenes forslag til tiltak

På denne måten fungerer intervjuene som et kvalitativt supplement til dokumentgjennomgangen og driveranalysen, og bidrar til å belyse hvordan utfordringene oppleves og håndteres i praksis.

Styrker og svakheter ved metoden

Metoden kombinerer dokumentgjennomgang og kvalitative intervjuer, noe som gir både et bredt kunnskapsgrunnlag og praksisnære perspektiver. Dokumentgjennomgangen sikrer systematikk og forankring i nasjonale retningslinjer og forskningslitteratur, mens intervjuene tilfører erfaringer og vurderinger fra aktører på ulike nivåer i utdannings- og helsetjenesten.

Samtidig har metoden noen begrensninger. Utvalget av informanter er strategisk og gir ikke et statistisk representativt bilde av norske kommuner. Det er en viss overvekt av ledelses- og systemnivå, men praktikere og tjenesteytere er også representert (blant annet PPT, kommunal helsetjeneste, lærere, BUP og Statped). Enkelte sentrale tjenester, som barnevern og skolehelsetjeneste, er ikke direkte intervjuet.

Foreldre/pårørende og barn er heller ikke inkludert som informanter. Av hensyn til at målgruppen er barn under 18 år, og i tråd med krav til samtykke og etiske retningslinjer, er det ikke gjennomført intervjuer med barn eller unge med ADHD. Bruker- og pårørendeperspektivet er likevel til en viss grad ivaretatt gjennom Helsedirektoratets løpende dialog og møter med oppnevnte brukerrepresentanter.

Geografisk dekning er også begrenset, og enkelte regioner og småkommuner mangler. Intervjuene reflekterer dessuten situasjonen på det tidspunktet de ble gjennomført, og kan påvirkes av senere endringer i politikk og tjenestestruktur.

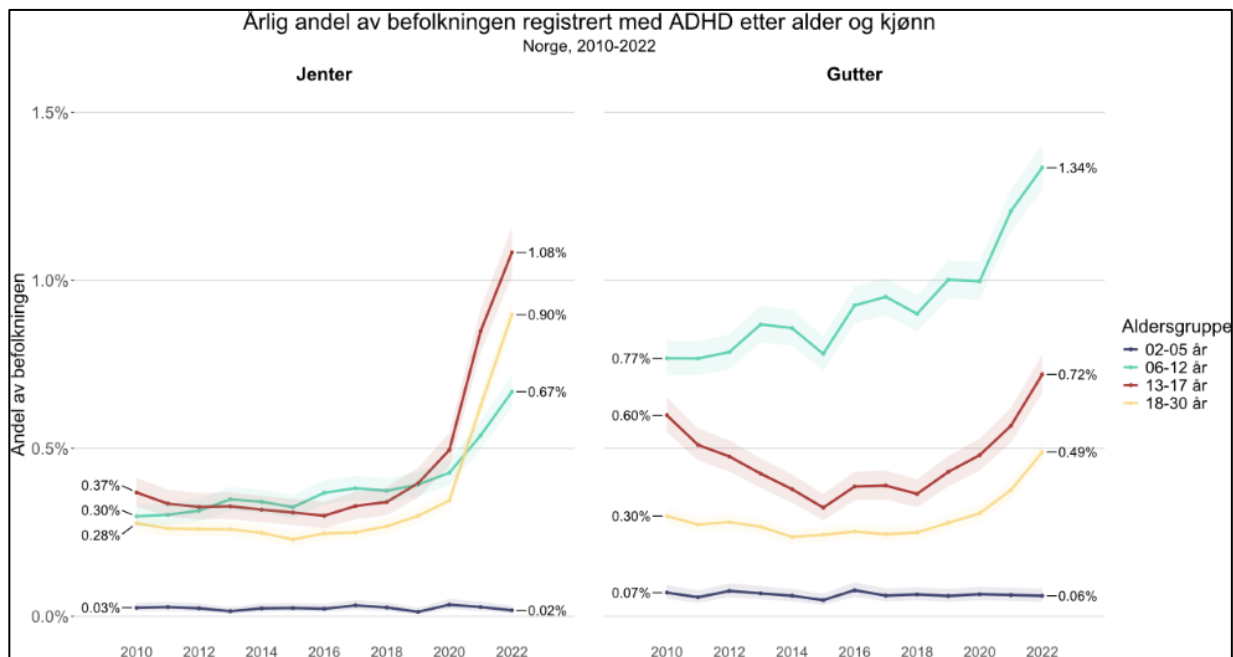
2 Forekomst av ADHD-diagnoser blant barn og unge

Siden 2016 har det vært en betydelig økning av barn og unge som diagnostiseres med ADHD. Helseatlasen viser at det er fylkesvis variasjon innen diagnostikk, poliklinisk behandling og legemiddelbruk ved ADHD i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), u.å.). I 2016 iverksatte Helsedirektoratet en nasjonal faglig retningslinje for ADHD, prioriteringsveileder og pasientforløp som har til hensikt å bidra til jevn og høy kvalitet i pasientforløpet (Helsedirektoratet, 2022). Det har vært en offentlig diskusjon over tid som viser at dette er et komplekst saksområde som ikke kun handler om pasientforløp i helsetjenesten, men også om drivere som finnes i samfunnet for øvrig.

2.1 Økning i diagnosetall

Andelen barn og unge som får diagnosen ADHD har økt betydelig over tid, både blant gutter og jenter. Fra 2010 til 2022 fikk til sammen 4,75 prosent av befolkningen i alderen 2-30 år en ADHD-diagnose i Norge. Blant disse har andelen som får diagnosen økt gradvis med alderen, og det er særlig blant gutter i skolealder at diagnosene er hyppigst (FHI, 2025).

Fra 2010 og frem til rundt 2018 var forekomsten av ADHD-diagnoser relativt stabil blant barn og unge i Norge og lå på omtrent 3-5 prosent. Imidlertid har det vært en markant endring de siste årene. Fra og med 2020 har det skjedd en bratt økning i antall nye diagnoser, spesielt blant barn og unge under 18 år (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Lignende observasjoner er beskrevet i andre land og for andre diagnoser (Pearson, 2025). Figuren under viser økning i årlig andel av befolkningen i Norge registrert med ADHD fra 2010 til 2022.



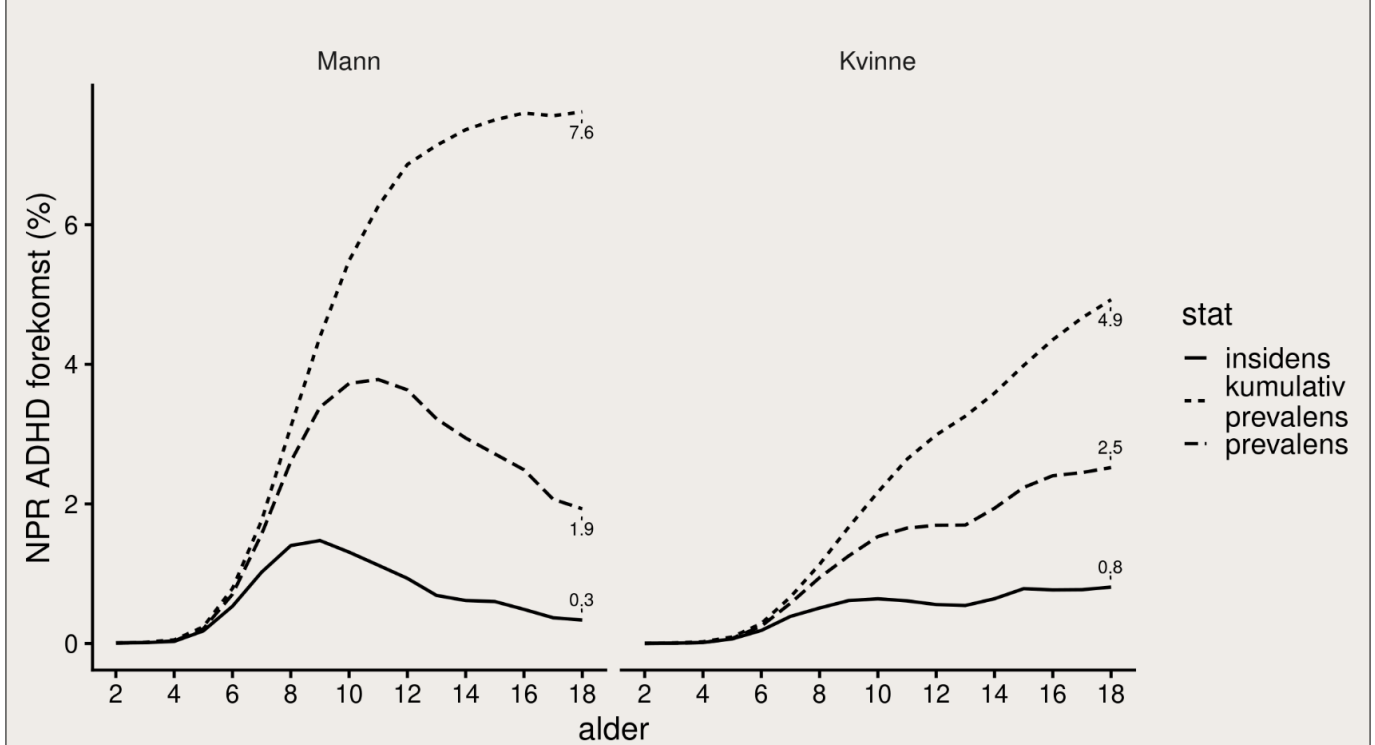
Figur 2-1: Årlig andel av befolkningen registrert med ADHD etter alder og kjønn (FHI, 2025).

Økningen som figuren over viser, merkes tydelig både for gutter og jenter, men er særlig tydelig blant jenter, som tidligere har hatt langt lavere diagnosefrekvens. Gutter 6-12 år har den høyeste forekomsten av nye diagnoser, og doubler seg nesten i perioden fra 2010-2022. Blant gutter i aldersgruppene 13-17 år ser vi også en økning fra 2010 til 2020, men andelen reduseres før den øker igjen fra 2018. Blant jenter var andelen nye ADHD-diagnoser stabil og på omtrent samme nivå i aldersgruppene 6-12 år og 13-17 år i perioden 2010 til 2020, før den har en skarp økning fra 2020 til 2022. I gruppen jenter 13-17 år ser vi en tredobling av diagnoser i 2022 sammenlignet med 2010, og i gruppen jenter 6-12 år ser vi en dobling i samme periode (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Fra 2020 ser vi en skarp økning i ADHD-diagnoser for både jenter og gutter i alderen 6-17 år.

Økningen fortsetter også i 2023-2024. Barn 2-17 år har en årlig insidens som økte fra 0,72 prosent til 0,81 prosent samlet, dette var 0,62 prosent til 0,68 prosent blant jenter og 0,81 prosent til 0,94 prosent blant gutter (FHI, 2025). Samtidig merkes det en nylig utflating i økningen de siste par årene.

Når man ser etter alder, er forekomst av ADHD-diagnoser høyest hos gutter før puberteten, og høyest hos jenter etter puberteten. Forekomst kan skilles mellom insidens og prevalens. Insidens er definert som andel av befolkningen som har fått en diagnose registrert for første gang i spesialisthelsetjenesten, og prevalens er andel av befolkningen som har en diagnose registrert i spesialisthelsetjenesten. Figuren under viser insidens og prevalens av ADHD etter alder for barn og unge i tidsperioden 2019-2023 (Biele, 2023).

ADHD Insidens og prevalens etter alder (2019-2023)



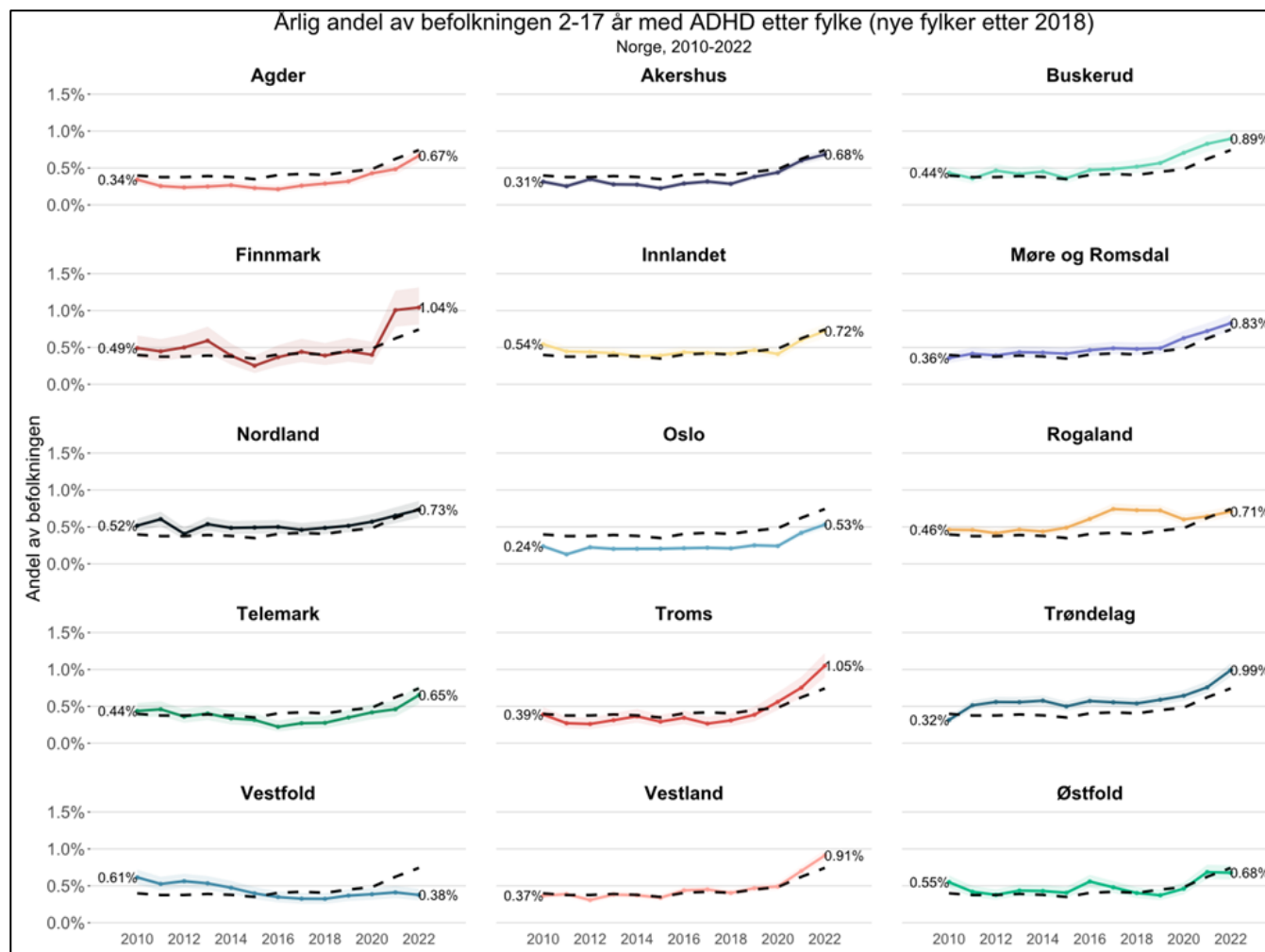
Figur 2-2: ADHD insidens og prevalens etter alder (2019-2023).

I Norsk pasientregister registreres diagnoser som ADHD som en del av pasientens helseinformasjon, og det finnes ikke mulighet for å avregistrere eller fjerne diagnosen. Dette betyr at antallet registrerte diagnoser ikke kan nedjusteres i senere tid.

Diagnostisering og behandling av ADHD har økt i Norge og i de fleste andre sammenlignbare land, blant annet i Europa, i de siste 10-20 årene. Norge har en høy prevalens av ADHD, og en relativ økning sammenlignet med andre land (Haavik, 2025).

2.2 Fylkesvis variasjon

Undersøkelser har avdekket forskjeller i forekomst av ADHD-diagnoser på tvers av fylker i Norge. Figuren under viser årlig nye tilfeller av ADHD-diagnoser for befolkningsgruppen 2-17 år etter fylke i perioden 2010 til 2022, og viser dermed et bilde på fylkesvis variasjon. Landsnittet vises med stiplet linje, og farget linje er unik for hvert fylke (FHI, 2025).

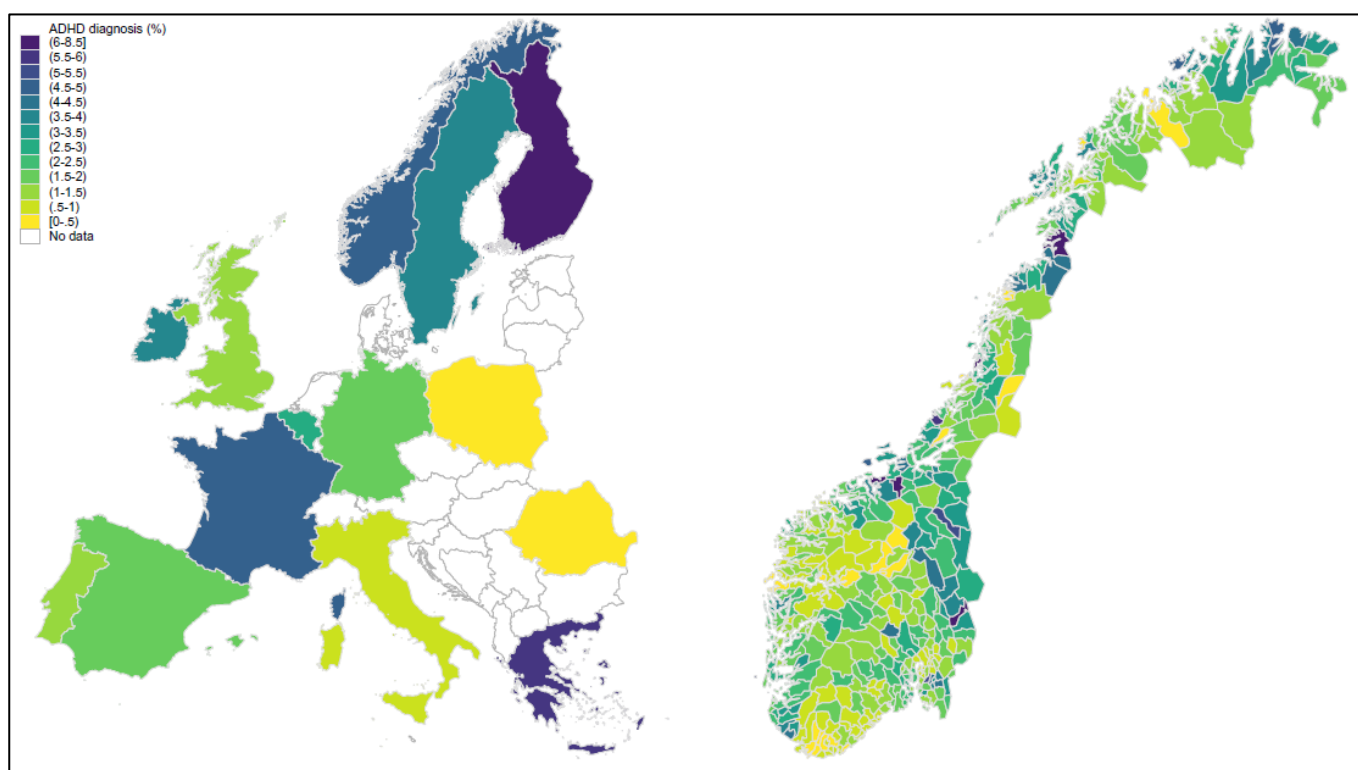


Figur 2-3: Årlig andel av befolkningen 2-17 år med ADHD etter fylke (nye fylker etter 2018) (FHI, 2025).

Figuren viser moderat fylkesvis variasjon av ADHD-diagnosen i Norge. Den fylkesvise variasjonen er høyere i 2022 enn i 2010. I 2010 varierer spennet fra 0,24 prosent i Oslo til 0,61 prosent i Vestfold, en forskjell på 0,37 prosentpoeng. I 2022 er spennet fra 0,38 prosent i Vestfold til 1,05 prosent i Troms, en forskjell på 0,67 prosentpoeng.

Alle fylker har noe variasjon, men har samme trender de siste årene. Alle fylker ser en økning i årlig andel av ADHD-diagnoser blant barn og unge 2-17 år fra perioden 2010 til 2022. Unntaket er Vestfold, som har en nedgang i perioden. Den største økningen ser vi i flere av fylkene i nord, inkludert Trøndelag, Troms og Finnmark. Nasjonalt helseatlas har nylig publisert Helseatlas psykisk helsevern for barn og unge basert på data fra Norsk pasientregister og kommunalt pasient- og brukerregister for perioden 2019-2023 (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), u.å.) Denne analysen avdekker betydelig praksisvariasjon innen ADHD-feltet for 21 ulike fylkesvise opptaksområder i Norge. Sammenlignet med andre diagnoser innen BUP-feltet, synes praksisvariasjonen for ADHD likevel å være mindre enn for de fleste andre diagnoser. For å sette denne variasjonen i perspektiv, kan en sammenligne med andre diagnosegrupper innen psykiatri og somatisk medisin. Ved alle disse diagnosegruppene er det rapportert enkeltdiagnoser med høy praksisvariasjon (Helseatlas i ortopedi for Noreg, 2025; Helseatlas hjerteinfarkt, 2025; Helseatlas dagkirurgi i Norge, 2025).

Den geografiske variasjonen i ADHD-feltet synes ikke å være spesielt stor i Norge sammenlignet med andre land. Nylige publikasjoner viser en stor variasjon mellom ulike land og at den regionale variasjonen innad i andre europeiske land som Tyskland og Spania er større enn i Norge (Pérez-Crespo, Canals-Sans, Suades-González, & Guxens, 2020; Akmatov, et al., 2018). Dersom en studerer mindre opptaksområder, vil en generelt finne større tilfeldig og systematisk variasjon. Widding-Havneraas et al (2022) undersøkte geografisk variasjon i forekomst av ADHD-diagnoser på tvers av norske kommuner i perioden 2011-2016. De fant at variasjon i ADHD-diagnostisering på kommunenivå viser tydeligere forskjeller. Enkelte kommuner og deres tilhørende klinikker viser klart høyere andeler av nye ADHD-diagnoser, mens andre har relativt lave nivåer. I tillegg er det områder som danner klynger av både høy og lav forekomst. Totalt sett tyder observasjonene på at forekomsten av ADHD-diagnoser i denne perioden ikke er jevnt fordelt geografisk, men preget av lokale forskjeller (Widding-Havneraas, et al., 2022). Figuren under viser ADHD-diagnoser blant barn og unge i Europa og på tvers av kommuner i Norge i perioden 2011 til 2016.



Figur 2-4 Til venstre: Geografisk variasjon i ADHD-diagnoser blant barn og unge i Europa. Til høyre: ADHD-diagnoser på kommunenivå i Norge, blant barn og unge 0-18 år i perioden 2011-2016 (Widding-Havneraas, et al., 2022).

3 Driveranalyse: Hvorfor ser vi en økning i diagnosetall og fylkesvis variasjon?

I dette kapitlet presenterer vi en driveranalyse hvor vi systematisk går gjennom de viktigste faktorene som bidrar til økningen i ADHD-diagnoser i Norge, samt den fylkesvise variasjonen i diagnostisering. ADHD utgjør et sammensatt problemkompleks hvor drivere og konsekvenser ikke bare henger tett sammen, men også kan fungere som hverandres forsterkere. Dette innebærer at konsekvenser i noen tilfeller kan bidra til å opprettholde eller eskalere drivere, samtidig som drivere kan føre til nye eller forsterkede konsekvenser. Disse sammenhengene skaper et samspill som gjør det utfordrende å skille og kvantifisere enkeltstående faktorer dyptgående.

Hver driver beskrives og analyseres separat, med tilhørende mulige årsak-virkningskjeder. Kapitlet avsluttes med en oppsummering som integrerer hovedfunnene og gir en helhetlig oversikt over de komplekse samspillsprosessene som ligger til grunn for utviklingen i ADHD-diagnosebildet. Vi supplerer også med informasjon om drivere som våre informanter løfter fram der dette utvider perspektivene fra dokumentstudiene. Disse utvidelsene er ikke tegnet inn i årsak-virkningskjedene, men løftes fram som viktige perspektiver fra praksisfeltet, som kan være hensiktsmessig å undersøke i neste omgang.

3.1 Introduksjon

I driveranalysen identifiserer vi faktorer som bidrar til økningen i ADHD-diagnoser i Norge, samt fylkesvis variasjon. Analysen bygger på en kombinasjon av dokumenterte sammenhenger, ytringer og hypoteser.

For å komme fram til driverne startet vi med en grundig gjennomgang av forskningsstudier som belyser årsaker til økt ADHD-diagnostisering og fylkesvis variasjon. I tillegg så vi til samfunnsdebatten og ytringer som er relevante innen dette temaet. Basert på dette har vi identifisert et sett med drivere, og tegnet årsak-virkningskjeder for hver driver.

Driverne er delt opp i drivere knyttet til samfunnet, helsetjenesten og individet. Vi har også delt opp drivere i forhold som driver symptomtrykk og forhold som driver økt diagnostisering. For forhold som driver økt diagnostisering har vi identifisert fire underliggende årsaker: gjenkjenne symptomer, innsnevret forståelse av normal atferd, redusert beskyttende faktor og diagnoseattraktivitet. For en detaljert beskrivelse av sammenhengene mellom drivere, kategorier og underliggende årsaker, se kapittel 3.6.

For å sikre en felles forståelse av sentrale begreper og konsepter som benyttes i analysen, følger her en ordliste som forklarer viktige uttrykk.

Tabell 3-1: Ordliste for driveranalyse

Ord/uttrykk	Definisjon
Forhold som driver symptomtrykk	Drivere som fører til at flere opplever eller rapporterer ADHD-symptomer som påvirker deres daglige fungering i større grad enn tidligere.
Forhold som driver økt diagnostisering	Drivere som har en effekt på økningen i antall ADHD-diagnoser per år, men ikke nødvendigvis som følge av økt symptomtrykk.
Gjenkjenne symptomer	At symptomer på ADHD i større grad blir gjenkjent og oppdaget av enkeltpersoner, i samfunnet og i helsetjenesten.
Innsnevret forståelse av normal atferd	At man vurderer barn og unge sin atferd ut fra en smalere eller mer rigid standard for hva som anses som normal utvikling og funksjon.
Redusert beskyttende faktor	At det er i mindre grad tilstedeværelse av faktorer som gir barn og unge mulighet til å utvikle egne mestringsstrategier og erfaringer med selvregulering.
Diagnoseattraktivitet	Forhold i samfunnet som gjør en ADHD-diagnose attraktiv.
Drivere knyttet til samfunnet	Årsaker fra et samfunnsperspektiv som har en effekt på økende ADHD-diagnosetall eller fylkesvis variasjon
Drivere knyttet til helsetjenesten	Forhold ved helsetjenesten som har en effekt på økende ADHD-diagnosetall eller fylkesvis variasjon.
Drivere knyttet til individet	Forhold knyttet til enkeltpersoner som har en effekt på sannsynligheten for å bli diagnostisert med ADHD.
Økende diagnosetall	Andelen barn og unge som får diagnosen ADHD i Norge har økt betydelig over tid. Se kapittel 2.1.
Fylkesvis variasjon	Undersøkelser har avdekket forskjeller i forekomst av ADHD-diagnoser på tvers av fylker i Norge. Se kapittel 2.2.
Økt sårbarhet for individet	Årsaker som gir enkeltpersonen en økt risiko for en ADHD-diagnose.
Lavere forekomst	Årsaker som fører til redusert diagnostisering av ADHD-diagnoser, både lavere sannsynlighet for enkeltpersonen og en reduksjon i diagnosetall i Norge.

3.2 Avgrensninger

I driveranalysen har vi forsøkt å isolere drivere. Det er viktig å presisere at ADHD er en kompleks og multifaktoriell tilstand, og at samspillet mellom gener, miljø og sosiale faktorer i praksis er vanskelig å

isolere. Flere av de identifiserte sammenhengene er basert på hypoteser eller forskning med premisser som fortsatt er under utvikling, noe som innebærer at enkelte funn må tolkes med forsiktighet.

Analysen avgrenser seg til perioden 2010 til 2025, da økningen i ADHD-diagnosetall har vært særlig uttalt i denne tidsperioden. Ved å fokusere på denne perioden kan vi tydeligere identifisere og forstå drivere som har bidratt til utviklingen i diagnosetall, samt forklare fylkesvise variasjoner innen et relevant og oppdatert tidsrom. Faktorer og trender utenfor denne perioden omfattes ikke av analysen.

3.3 Drivere knyttet til samfunnet

Ulike samfunnsforhold anses som drivere til både økende ADHD-diagnosetall og fylkesvis variasjon. Med dette menes faktorer fra et samfunnsperspektiv som påvirker disse utviklingene. Vi har identifisert følgende mulige drivere knyttet til samfunnet:

- Forhold ved skolesystemet
- Økt skjermbruk, informasjonstilgang og sosiale medier
- Pandemi
- Tilrettelegging og støtte til personer med ADHD
- Økt tempo og krav til effektivitet i samfunnet
- Mer styrt hverdag
- Redusert stigma

De påfølgende delkapitlene forklarer hver driver i detalj, med tilhørende mulige årsak-virkningskjeder.

3.3.1 Forhold ved skolesystemet

Reform 97, også kjent som seksårsreformen, trådte i kraft i august 1997. Reformen innebar en endring av grunnskoleløpet fra ni til ti år, og en flytting av skolestart fra syv til seks års alder (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 1996). Skolen tar større plass i barnets liv nå enn tidligere, på grunn av flere år på skolen, endrede faglige krav og større krav til egeninnsats tidligere i skoleløpet. Ifølge Giannakopoulos (2025) kan negative skoleopplevelser og utfordrende relasjoner i skolen føre til økt stress og forsterke vansker hos elever med ADHD. Aldersmodenhet og tidspunkt for skolestart løftes fram som en medvirkende skolefaktor. Det er indikasjoner på lavere sannsynlighet for ADHD-diagnose ved senere skolestart (Beck, 2025). Lekende lett skolestart, et pilotprosjekt på fire skoler i Tønsberg som startet i august 2024, er et tiltak iverksatt med bakgrunn i at seksårsreformen førte til at den frie leken, som mange barn har behov for har forsvunnet fra klasserommene (Olsen, 2025).

Informanter vi har intervjuet fra skolesektoren beskriver et tydelig skifte etter seksårsreformen, der den frie leken i småskolen gradvis har blitt redusert. Nær alle av våre informanter deler spontant at barna i dag «leker for lite». Flere forteller at de har innført lek som et målrettet tiltak på sin skole, for å hjelpe

elevene med regulering, konsentrasjon og sosial kompetanse, utover det som læreplanen legger opp til. Informantene peker på at barn i praksis har fått to år mer i et mer teoretisert skolespor, forsterket etter det såkalte «PISA-sjokket», da norske elevers svake resultater i internasjonale tester førte til økt politisk og pedagogisk vektlegging av målbare læringsresultater (Nusche, Earl, Maxwell, & Shewbridge, 2011), noe som oppleves å øke presset for de yngste elevene. Tapet av frilek løftes av flere som en medvirkende årsak til at barn strever mer og vurderes for utredning tidligere.

«Før fikk unger være unger, og de fikk lov til å leke.»

SFO-ansatt om at barn leker for lite

Lærere, rektorer og Statped peker på at tidligere skolestart, mindre frilek og økt fagpress bidrar til manglende mestring hos enkelte elever. Flere informanter fra både kommunal helsetjeneste og BUP beskriver samtidig at noen foreldre oppfatter diagnose som inngang til ressurser, selv om både rektorer og lærere understreker at en ADHD-diagnose i seg selv sjelden utløser ekstra ressurser uten sammensatte vansker.

Over tid har skolen gjennomgått endringer med økte krav til faglig prestasjon, tydeliggjort gjennom stadig mer detaljerte og ambisiøse læringsmål i læreplanene fra LK06 til LK20. Denne utviklingen legger større vekt på selvstendig læring, refleksjon og elevens evne til å planlegge, overvåke og evaluere egen læring (Utdanningsdirektoratet, 2025), altså metakognitive ferdigheter.

«Det er mer abstrakte oppgaver nå, tidligere var oppgavene mer konkrete. Det er problematisk hvis disse ferdighetene ikke er på plass ennå.»

Statped-ansatt om endrede skolekrav

“Hvis du ser på læreplanen for hva man skal ha nådd av mål etter andre klasse, har lærerne det fryktelig travelt. Vi har noen kompetansemål som er ganske harde. Man skal ha lært å lese etter andre klasse. Det er en tøff situasjon man setter både lærere og barn i”.

SFO-ansatt om kompetansemål i skolen

Ulik modenhet ved skolestart skaper et misforhold mellom krav og kapasitet i småskolen. Endringer i skoledagen kan være spesielt krevende for umodne gutter. Det er også stadig flere med negative erfaringer på skolen som kjedsomhet, stress/press, å grue seg, manglende mestring, mobbing, og mindre oppfølging (Giannakopoulos, 2025).

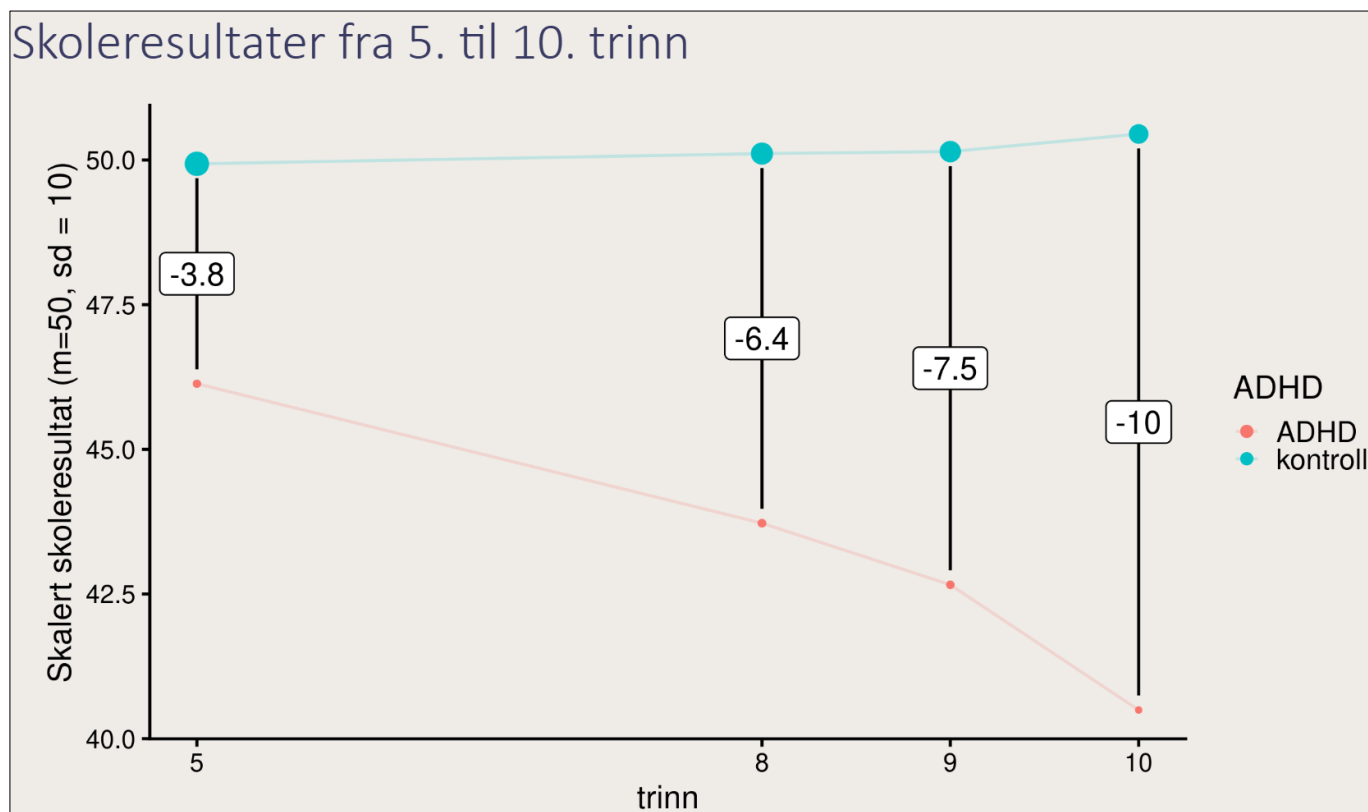
Krav til faglig prestasjon kan også være en forklaring på hvorfor barn født senere i kalenderåret i noen studier har en høyere sannsynlighet for en ADHD-diagnose. Å være født senere i kalenderåret gjør at

barnet er yngre og sannsynligvis mer umodent sammenlignet med jevnaldrende i samme klasse, som kan være opptil 12 måneder eldre.

«Vi så at halvparten av de som ble henvist med disse vanskene [konsentrasjonsvansker, psykososiale vansker eller samspillsvansker] var født i oktober, november og desember. Ingen var født i januar, februar eller mars.»

PPT-ansatt om sammenheng mellom fødselsmåned og henvisninger

Denne relative aldersforskjellen kan føre til at barnet som er født senere i kalenderåret har mindre utviklet kognitiv, sosial og motorisk modenhet når skolen starter. Som følge av dette kan barnet ha større vansker med skoleprestasjoner, oppleve økt stress og lavere selvfølelse sammenlignet med eldre klassekamerater (Bachmann, Risnes, Bjørngaard, Schei, & Pape, 2022). Skoleresultater fra 5. til 10. trinn viser at forskjellen mellom barn med og uten ADHD øker utover skoleløpet, hvor barn med ADHD presterer dårligere. Figuren under viser denne forskjellen (Biele, 2023).



Figur 3-1: Skoleresultater fra 5. til 10. trinn. Forskjellen mellom barn med og uten ADHD øker over skolegang, selv om vi kan anta at barn med større problemer blir diagnostisert tidligere. Kilde: Biele 2023.

Økt skolerelatert stress beskrives å bidra til utrygghet og manglende mestring, og dermed høyere symptomtrykk og synlighet av vansker i klasserommet (Giannakopoulos, 2025).

Skolen krever at elever kan opprettholde konsentrasjon over lengre tid, følge instruksjoner, organisere oppgaver og regulere egen atferd i en strukturert setting. For barn med ADHD, som har utfordringer med

oppmerksomhet og impulsivitet, kan disse kravene være særlig vanskelige å møte. Vansker med konsentrasjon i skolemiljøet kan derfor føre til at ADHD-symptomer blir tydeligere.

Forventninger om høyt karaktersnitt og tydelige kompetansemål bidrar til at noen foreldre og elever søker en forklaring og formell dokumentasjon for tilrettelegging (f.eks. individuell tilrettelagt opplæring og fritak), der diagnose oppleves som nødvendig (Øen, 2025). I denne sammenhengen omtales diagnosen også som «attraktiv», fordi den kan gi tilgang til tiltak og støtte som ellers kan være vanskeligere å få, i en hverdag hvor lærere har mindre tid til individuell oppfølging av elever (Mezzanotte, 2020). PPT (Pedagogisk-psykologisk tjeneste) spiller en viktig rolle for elever med ADHD ved å kartlegge deres behov i skolesituasjonen og gi anbefalinger om tilrettelegging og spesialundervisning. Tjenesten bidrar med utredninger, råd og støtte til både skole og foreldre for å sikre at eleven får et godt læringsmiljø tilpasset sine utfordringer (Utdanningsdirektoratet, 2024). Omtrent åtte prosent av grunnskoleelever får individuelt tilpasset opplæring (Utdanningsdirektoratet, 2025), og barn som får ekstra støtte i norsk har ofte også ADHD-liknende symptomer (Wang, Wang, Sandsør, Lekhal, & Melby-Lervåg, 2025). Langtidseffekten av medikamentell behandling av ADHD er derimot en liten, men klinisk ubetydelig effekt på akademiske prestasjoner (Pérez, Øvergaard, Frigessi, & Biele, 2025).

“Mange tror det utløser mer ressurser i klasserommet når et barn blir diagnostisert med ADHD. Det gjør det ikke.”

Gjennomgående sitat fra flere av informantene i skolesystemet

Ansatte i barnehage og skole er ofte de første til å foreslå utredning ved utfordrende atferd i klasserommet og fungerer i praksis som en forlengelse av det medisinske feltet (te Meerman, Batstra, Grietens, & Frances, 2017). Denne portvokterrollen kan i seg selv virke drivende ved å senke terskelen for henvisning og gjøre skolen til en aktiv pådriver i utredningsløp, med varierende praksis etter kompetanse og lokale rammer. Økt kunnskap blant lærere om ADHD-symptomer kan bidra til at de i større grad gjenkjenner symptomer og foreslår henvisning. Samtidig nyanseres dette av noen av våre informanter fra intervjuene. De nevner eksempler der lærere og foreldre kan oppleve samme barn helt ulikt, fordi barnet kan klare å kompensere på skolen, og fremstår «eksemplarisk», mens det «faller sammen», og i verste fall utagerer hjemme.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC forhold ved skolesystemet som en mulig driver for økende diagnosetall, både som et forhold som driver symptomtrykk og et forhold som driver økt diagnostisering. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i Reform 97, endringer i skolen og krav til faglig prestasjon, og hvordan dette fører til økende diagnosetall.



Figur 3-2 Årsak-virkningskjede for driveren forhold ved skolesystemet. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.3.2 Økt skjermbruk, informasjonstilgang og sosiale medier

Nyere forskning peker på et mulig gjensidig forsterkende forhold mellom ADHD og bruk av sosiale medier. ADHD kjennetegnes av symptomer som impulsivitet, oppmerksomhetsvansker og et høyt behov for stimulering, egenskaper som gjør det utfordrende å begrense bruken av raske, belønningsdrevne plattformer. Barn og ungdom med ADHD-symptomer viser oftere høy eller problematisk bruk av sosiale medier sammenlignet med jevnaldrende uten slike symptomer (Thorell, Burén, Ström Wiman, Sandberg, & Nutley, 2024).

Noen studier tyder på at hyppig eksponering for digitale medier kan forsterke ADHD-relaterte vansker. En toårig oppfølgingsstudie av ungdommer uten initielle symptomer viste at hyppig daglig bruk av digitale medier var assosiert med en signifikant økning i ADHD-symptomer ved oppfølging (Ra, et al., 2018). Det pekes også på at høy skjermbruk for 4- til 8-åringer fører til lavere emosjonsforståelse senere (Skalická, Hygen, Stenseng, Kårstad, & Wichstrøm, 2019).

Samtidig viser nyere norske befolkningsdata at høy bruk av sosiale medier ikke nødvendigvis er forbundet med sosial tilbaketrekning eller lav livskvalitet. I NOVA-rapporten *Fritidsprofiler blant ungdom* (Bakken, Abildsnes, & Sletten, 2024) beskrives en stor gruppe ungdom som kombinerer høy bruk av sosiale medier med høy fysisk aktivitet, tett sosialt samvær og gjennomgående høy livskvalitet. Dette indikerer at sosiale medier inngår i ulike fritidsmønstre, der konsekvensene i stor grad avhenger av kontekst, regulering og samspill med øvrige aktiviteter.

Samlet antyder dette en gjensidig forsterkende mekanisme, der ADHD-symptomer disponerer for intensiv og belønningssøkende bruk av sosiale medier, mens plattformenes raske og fragmenterte stimuli igjen kan forsterke symptomer på uoppmerksomhet og impulsivitet. Over tid kan slike dynamikker bidra til økt synlighet av ADHD-symptomer, og dermed høyere etterspørsel etter utredning og diagnoser.

Nær alle informanter fra intervjuene trekker fram barnas skjermbruk som noe de oppfatter som en klar driver av oppmerksomhetsvansker. Både fordi barn ikke lenger er vant med å kjede seg, men også fordi de ikke klarer å følge med på undervisning eller andre ting som krever vedvarende mental anstrengelse over tid.

“...vi må jo tilpasse oss at barna i dag trenger noe annet (...) de gamle bokstavlekene fenger ikke lenger (...) de kjeder seg fort.”

Kommunaldirektør om endringer de observerer hos barn

Flere poengterer at tid foran skjerm også fratru barna tid til sosial ferdighetstrening. Noen av våre informanter legger spesielt vekt på både barnets og foresattes bruk av skjerm som et hinder for utvikling av basale ferdigheter i selvregulering. Her poengteres også foreldrenes skjermbruk, fordi foreldrene ikke blir tilgjengelige for å hjelpe barnet med å regulere sine følelser, og lære barnet de ferdigheter det trenger for å forstå og håndtere sine egne opplevelser i møte med verden.

«Nå klarer barna å holde på oppmerksomheten i veldig kort tid, det er en stor forskjell fra før».

Lærer om opplevd endring i barns oppmerksomhetsspenn over år i klasserommet

Sosiale medier fremstår også som en mulig driver ved at innhold om ADHD i sosiale medier øker synligheten av diagnosen, senker terskelen for å identifisere seg med symptomer og kan få flere til å oppsøke utredning. Det beskrives at omtale av ADHD i sosiale medier særlig kan bidra til at flere jenter kjenner seg igjen og søker hjelp (FHI, 2025). Plattformene fungerer som arenaer for både selvdiagnostisering og erfaringsdeling, noe som kan øke etterspørselen etter formelle vurderinger (Haavik, 2025).

«Barn og unge som tror de har ADHD fordi ... de har sett noen TikTok-videoer»

PPT-ansatt om sosiale medier som arena for selvdiagnostisering

Flere kilder peker på kvalitetsutfordringer i innholdet, og analyser av populære ADHD-videoer på sosiale medier viser høy andel misvisende eller overforenklet informasjon, samt ekkokammer-effekter som kan bekrefte forhåndsoppfatninger (de Vries, Batstra, & van Assen, 2025; Schiros, Bowman, & Antshel, 2025). Slike mekanismer kan øke selvtilliten i egen tolkning samtidig som faktisk kunnskap svekkes, og dermed drive selvscreening og kontakt med helsetjenesten (Karasavva, et al., 2025; Schiros, Bowman, & Antshel, 2025). Samtidig fremheves det at sosiale medier også kan ha positive effekter ved å styrke helsekompetanse gjennom å gjøre helsetjenesten og faglig informasjon mer synlig og ved å redusere opplevd skam gjennom fellesskap og normalisering (Karasavva, et al., 2025).

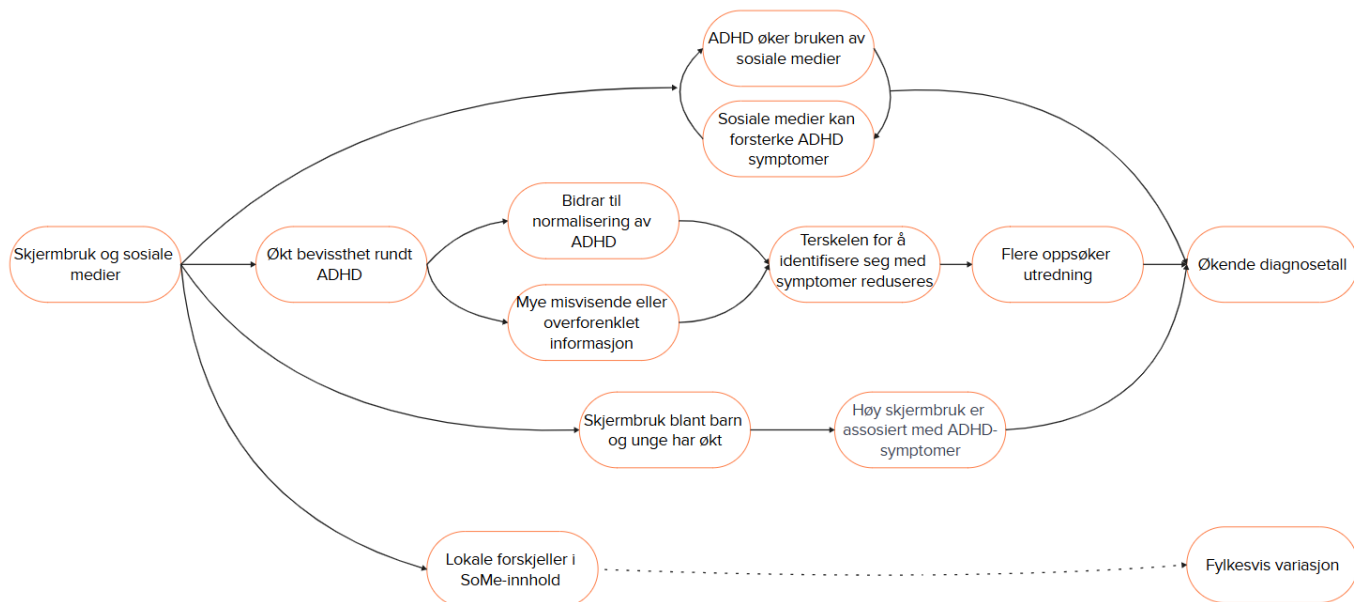
Flere studier, peker på at høy skjermbruk er assosiert med ADHD-symptomer som konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet hos barn og unge (Wallace, Boers, Ouellet, Afzali, & Conrod, 2023; Lissak, 2018). Dette kan henge sammen med at kort, raskt skrollbart innhold gir hyppige belønningssignaler uten å kreve vedvarende oppmerksomhet, noe som kan heve terskelen for å holde fokus i mindre stimulerende aktiviteter og dermed forverre uoppmerksomhet og distraksjon (Wallace, Boers, Ouellet, Afzali, & Conrod, 2023).

«Det er helt klart et kortere oppmerksomhetsspenn hos de fleste elever enn det var for 10 år siden, kanskje de siste 5 årene ... Vi er vant til stadige oppdateringer på mobilen. Unger er vant til korte frekvenser hvor fokuset raskt skifter til noe annet. Man opplever aldri å bli lei... Det skal skje fort, og det skal skje mye. Det skjer stadig bytter, noe de har vært vant til siden de var bittesmå».

På samme måte kan høytempo digitalt innhold aktivere hjernens belønningssystemer og forstyrre søvn, en faktor som er knyttet til mer ADHD-lignende atferd hos utsatte barn (Lissak, 2018). Dette er imidlertid en kompleks årsakssammenheng: Barn og unge med ADHD trekkes ofte selv mot skjermer og har generelt høyere skjermtid enn jevnaldrende, muligens fordi de opplever mestring og umiddelbar stimuli som passer deres behov (Stenseng, Hygen, & Wichstrøm, 2020). En norsk langtidsstudie fant ingen tegn til at mye dataspilling i seg selv utløser flere ADHD-symptomer; tvert imot økte ikke forekomsten av ADHD, angst eller depresjon hos 6–10-åringer som spilte mye dataspill, men barna som hadde mange ADHD-symptomer fra før, endte opp med å spille mer enn andre (Stenseng, Hygen, & Wichstrøm, 2020). Dette kan tyde på at en underliggende ADHD-sårbarhet bidrar til økt skjermbruk, snarere enn at skjermbruken direkte forårsaker ADHD, og enkelte digitale aktiviteter kan gi positive mestringsopplevelser for barn med ADHD.

Mer tilgjengelig informasjon og generelt høy tillit til helse- og forvaltningsinstitusjoner senker terskelen for å gjenkjenne symptomer, søke hjelp og akseptere utredning (Haavik, 2025). Organisasjoner som ADHD Norge bidrar med erfaringsdeling og kompetansestøtte til brukere og pårørende, som kan øke etterspørselen etter utredning og tilrettelegging (Mandahl, 2025). Samtidig understrekes at kunnskap alene ikke nødvendigvis endrer praksis. Implementering og lokale rammer påvirker hvordan innsikten faktisk tas i bruk (Langeland, et al., 2025). Som driver kan økt og bredt distribuert helsekunnskap dermed bidra til flere henvisninger og diagnoser, men med mulige geografiske variasjoner avhengig av hvor kompetansen og tilliten er sterkest. Økt helsekompetanse i befolkningen kan også føre til høyere tillit til helsetjenesten, ved at folk lettere forstår medisinsk informasjon, behandlingstilbud og helsetjenestens rolle. Økt kompetanse kan også gi bedre kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, samt økt evne til å navigere i systemet. Dette kan skape trygghet og forståelse, som igjen bygger tillit til helsetjenesten, og kan føre til at folk i større grad oppsøker helsetjenesten for utredning.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC økt skjermbruk, informasjonstilgang og sosiale medier som en mulig driver for økende diagnosetall, både som et forhold som driver symptomtrykk og et forhold som driver økt diagnostisering. Et gjensidig forsterkende forhold mellom ADHD og bruk av sosiale medier bidrar til dette, der ADHD øker risikoen for problematisk bruk, mens hyppig eksponering for raske og belønningsdrevne plattformer kan forsterke ADHD-symptomer. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i økt bevissthet rundt ADHD, misvisende eller overforenklet informasjon, forverring av symptomer og lavere terskel for å søke utredning, og hvordan dette fører til økende diagnosetall.



Figur 3-3: Årsak-virkningskjede for driveren økt skjermbruk, informasjonstilgang og sosiale medier. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.3.3 Pandemi

Under Covid-19-pandemien ble barns hverdag dramatisk endret, noe som har sammenfalt med en tydelig økning i ADHD-diagnoser. Norske tall fra Folkehelseinstituttet viser en markant økning i ADHD-diagnoser blant barn og unge i denne perioden (FHI, 2023). Ekspertene peker på at pandemiltak som skolelukking, fjernundervisning, økt skjermtid, økt krav til selvstyring og sosial isolasjon, skapte omfattende miljøendringer som kan ha forsterket ADHD-symptomer og ledet til flere henvisninger for utredning (FHI, 2023). Det er også rapportert at personer med ADHD hadde økt risiko for å få Covid-19 (Heslin, et al., 2023). Selv om gjennomgått covid-19-infeksjon og tiltakene som ble innført under pandemien kan ha hatt betydning for risikoen for ADHD (Lu, et al., 2025; Kumar & Kundu, 2023), viser andre studier at observerte endringer i ADHD-forekomsten ikke nødvendigvis kan tilskrives pandemien, men også kan reflektere forhold ved datagrunnlaget og studiedesign (Zemer, et al., 2024).

Pandemien førte til utstrakt bruk av digital undervisning og mer tid foran skjerm. For elever med ADHD ble hjemmeskole spesielt krevende, fordi mangel på faste rutiner og fravær av skoleassistanse gjorde det vanskeligere å konsentrere seg (FHI, 2023). Mer tid brukt på digitale medier utenom undervisning var knyttet til høyere grad av ADHD-symptomer (Sriwaranun et al., 2023). Fjernundervisning uten struktur og redusert fysisk aktivitet fjernet rammer mange elever trengte for å håndtere hverdagen, og gjorde det vanskelig å opprettholde oppmerksomheten.

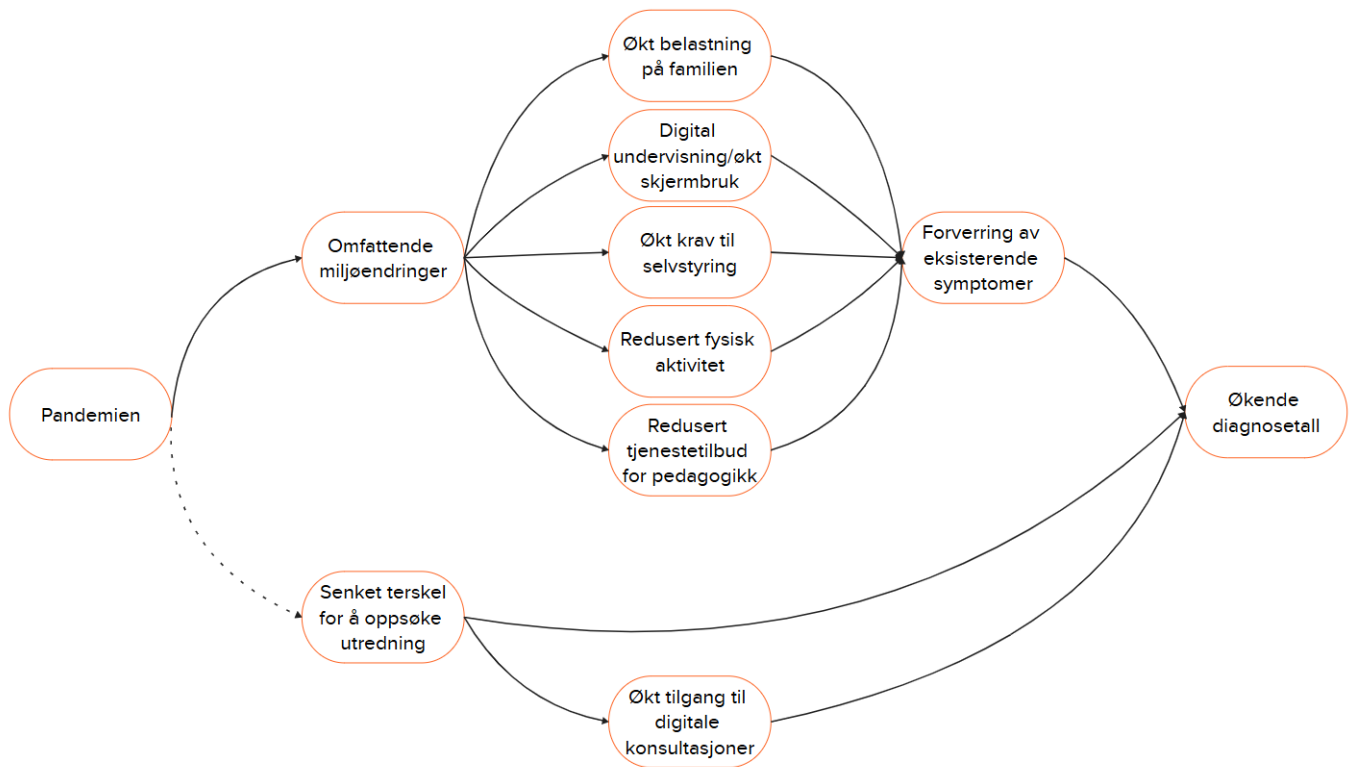
Bortfall av vante rammer påførte også familiene ekstra belastninger. Intervjuer med foreldre til barn diagnostisert med ADHD beskriver brudd i familiens strukturer, med brudd i sosiale og pedagogiske støttesystemer (Graham, 2023). Økt usikkerhet ble ytterligere forsterket av økonomisk og arbeidsmessig stress, mange familier rapporterte mer ustrukturert oppdragelse, hyppigere foreldrekonflikt og generelt

kaos hjemme (FHI, 2025). Dette kan delvis være genetisk betinget, fordi ADHD-symptomer hos foreldre som har diagnosen kan ha innvirkning på organisering og struktur i hjemmet. Tilbudet av terapeutiske og pedagogiske tjenester ble delvis redusert under pandemien, noe som forverret situasjonen for sårbare barn (Skrove, et al., 2021).

Pandemien kan også ha senket terskelen for utredning og diagnose. Økt søkelys på psykisk helse under pandemien, kombinert med lettere tilgang på helsehjelp via digitale konsultasjoner, gjorde det enklere å få symptomer vurdert enn tidligere. I Norge har FHI antydnet at økt bevissthet om ADHD hos jenter kan ha bidratt til at flere jenter nå får diagnose (FHI, 2023). Samtidig tilbrakte foreldre og barn større deler av hverdagen sammen, noe som kan ha gjort eksisterende utfordringer tydeligere og mer synlige. I praksis kan dette bety at mange barn som «gikk under radaren» før pandemien, nå ble oppdaget i en situasjon med høyere familietilstedeværelse og lærerovervåking hjemme (FHI, 2023).

Samlet tyder funnene på at pandemien fungerte som en katalysator for flere eksisterende risikofaktorer. Kombinasjonen av isolasjon, brudd i rutiner, økt skjermbruk, økt krav til selvstyring og redusert støtteapparat gjorde at barn med sårbarhet for oppmerksomhetsvansker fikk sterkere symptomer og større synlighet. Norske rapporter viser at barn med behov for tilrettelegging ble særlig rammet av bortfall av oppfølging og struktur (FHI, 2023; Utdanningsdirektoratet, 2021). En finsk registerstudie viser også en markant økning i nye ADHD-diagnoser etter pandemien, tolket som et resultat av endrede levekår og læringsmiljø (Auro, Holopainen, Perola, Havulinna, & Raevuori, 2024). Pandemien skapte dermed ikke nødvendigvis flere tilfeller, men forsterket og synliggjorde eksisterende vansker (inkludert grensetilfeller) og bidro til flere henvisninger og utredninger blant barn og unge.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC pandemien med tilhørende tiltak som en mulig driver for økende diagnosetall, både som et forhold som driver symptomtrykk og et forhold som driver økt diagnostisering. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i omfattende miljøendringer som økt skjermbruk, redusert fysisk aktivitet og økt belastning på familien, samt senket terskel for utredning gjennom digital konsultasjon. Disse mekanismene har bidratt til forverring av eksisterende symptomer og flere henvisninger til utredning, noe som samlet har ført til økende diagnosetall.



Figur 3-4: Årsak-virkningskjede for driveren pandemi. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.3.4 Tilrettelegging og støtte til personer med ADHD

Det finnes flere former for støtte og tilrettelegging for personer med ADHD. Disse har som formål å utjevne ulemper og gjøre det enklere for personer med ADHD å fungere i utdanning, arbeid og samfunnsliv. I perioden 2010–2025 har det vært en gradvis styrking av slike ordninger (Nav, 2025; Utdanningsdirektoratet, 2024).

I skole og utdanning kan elever med ADHD få individuell tilrettelegging i undervisning, praksis og eksamen, og Lånekassen tilbyr tilleggsstipend og forlenget låneperiode for studenter som på grunn av helseutfordringer ikke kan arbeide ved siden av studiene (Lånekassen, 2025) (Universitets- og høyskoleloven, 2024, ss. § 10-5). Selv om diagnosen ikke automatisk utløser rettigheter, fungerer den i praksis som en nødvendig forutsetning for å få tilgang til flere av ordningene (St. Olavs hospital, 2025).

Nav kan også bidra med tiltak og hjelpemidler ved en ADHD-diagnose. For eksempel endret Nav praksis i 2019 slik at barn med ADHD automatisk får grunnstønad for slitasje på klær uten å dokumentere utgifter (Nav, 2025).

En ADHD-diagnose er også nødvendig for å få tilgang til medikamentell behandling gjennom blåreseptordningen. Refusjonsreglene har vært relativt stabile i perioden 2010-2025, men diagnosen

fungerer som inngangsport til legemidler som kan redusere symptombyrden (Helsedirektoratet, 2019; Helse Bergen, 2023).

For personer med kjent ADHD er formålet med disse ordningene å utjevne en ulempe. Samtidig kan ordningene fremstå som attraktive for personer som opplever oppmerksomhetsvansker og strev med å fungere i et samfunn med stadig høyere krav. En ADHD-diagnose kan dermed oppfattes som nødvendig for å få tilgang til tilrettelegging i utdanning, fra Nav og i behandling. Dette kan motivere flere til å oppsøke utredning for ADHD.

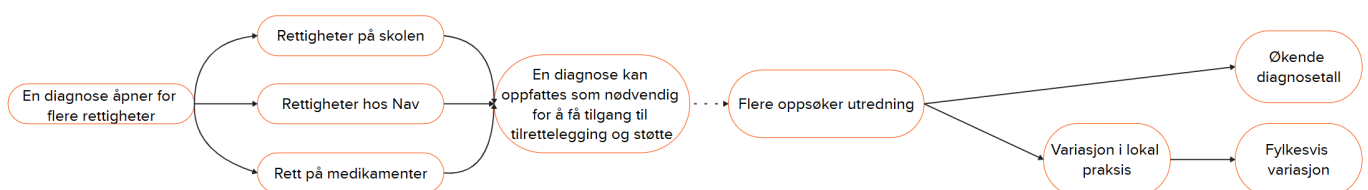
Når diagnosen fungerer som inngangsbillett til begrensede ressurser, kan dette også bidra til regionale forskjeller. FHI viser fortsatt fylkesvise variasjoner i ADHD-diagnoser (FHI, 2025), noe som kan reflektere ulik lokal praksis for hvem som får diagnosen.

Fra intervjuene vil vi trekke fram et annet aspekt ved søkelys på tilrettelegging og støtte; der både helsetjeneste og skole opplever at foreldre har stor oppmerksomhet på sitt barns rettigheter. Flere har eksempler fra skolen der foreldre har urimelige forventninger til hva slags tilpasninger som kan gjøres for sitt barn på bekostning av fellesskapet. Dette aspektet kan delvis ses i sammenheng med forhold ved skolesystemet, omtalt i delkapittel 3.3.1, der økte krav i skolen kan gjøre at flere strever med å få fullt utbytte av dagens allmennpedagogiske tilbud med sterkt teoretisk fokus. Dette vil naturlig nok medføre press på å få riktig tilpasset hjelp og opplæring. Samtidig har vi fått eksempler på krav og forventninger som går langt utover faglige tilpasninger. Det er vanskelig for oss å vurdere hvor representative disse eksemplene er. En annen dreining flere peker på, er at det oppleves et klart skifte i autoritet og makt mellom foreldre og skole. Spesielt trekkes det fram flere eksempler på at foreldre ikke korrigerer, men heller forsvarer egne barn ved uheldige episoder, fra «småtteri» til vold mot medelever eller ansatte.

“Før sto foreldrene med lua i hånda ... I dag står foreldrene med advokat i baklomma.”

Rektor om skift i autoritet, makt og fokus på individuelle rettigheter

I lys av det kunnskapsbaserte grunnlaget vurderer PwC tilgang på tilrettelegging og støtteordninger som en mulig driver for økt diagnostisering. Figuren under viser en mulig årsak–virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i at en ADHD-diagnose åpner for rettigheter på skolen, hos Nav og for behandling, og hvordan dette kan bidra til økende diagnosetall og fylkesvise variasjoner.



Figur 3-5: Årsak-virkningskjede for driveren tilrettelegging og støtte til personer med ADHD. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stipt linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.3.5 Økt tempo og krav til effektivitet i samfunnet

Det moderne samfunnet preges av høyt tempo, mange samtidige aktiviteter og stadig økende krav til selvregulering og oppmerksomhet. Barn og unge forventes å håndtere mer informasjon, flere oppgaver og hyppigere skifter i fokus enn tidligere. Helsedirektoratet beskriver at evnen til å planlegge, organisere og holde oppmerksomheten over tid er grunnleggende for å mestre skole og hverdagsliv, og at barn med vansker på disse områdene ofte opplever nederlag og stress (Helsedirektoratet, 2023). Statped peker på at dagens samfunn stiller høye krav til «eksekutive funksjoner, kognitiv fleksibilitet og selvstendighet» – ferdigheter som er utfordrende for mange med ADHD-trekk (Statped, 2025).

Når tempoet øker, forsterkes misforholdet mellom barns utviklingsnivå og de kravene som stilles i skole og fritid. Utdanningsdirektoratet viser til at skolen har blitt mer digital, prosjektbasert og selvstyrt, noe som gir mindre tydelige rammer og høyere krav til egenledelse (Utdanningsdirektoratet, 2021). For mange barn kan dette føre til en vedvarende opplevelse av å henge etter, spesielt når forventningene til faglig og sosial mestring øker samtidig. Det moderne prestasjonssamfunnet synliggjør i økende grad forskjeller i tempo, utholdenhet og organisering, noe som gjør at flere barn og unge fanges opp av diagnosekriteriene.

“...vi observerer jo klasser der elevene må skifte oppgave hvert tredje minutt, og for de barna som strever med nettopp kognitive skifter, blir jo denne variasjonen bare en ekstra belastning”

Informant fra Statped

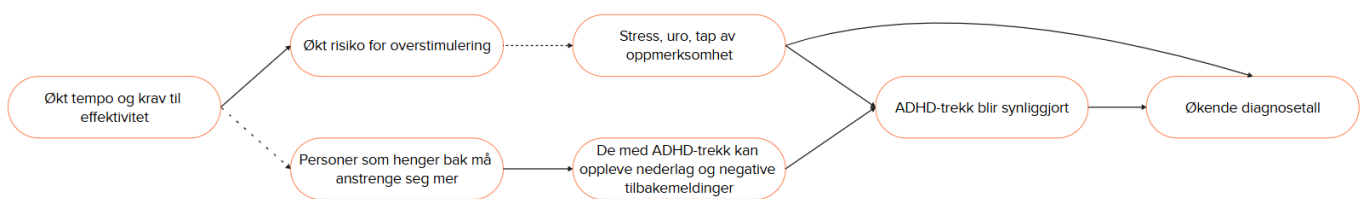
Når barn gjentatte ganger mislykkes med å holde tritt, kan nederlagsfølelse og stress bidra til at oppmerksomhetsvansker forsterkes. Bufdir peker på at barn som stadig opplever å ikke mestre, får økt risiko for lav selvfølelse og psykiske tilleggsvansker (Bufdir, 2025). Dette skaper en sirkel hvor kravene i seg selv bidrar til at vansker blir mer synlige. Foreldre og lærere tolker da ofte manglende mestring som tegn på underliggende vansker, og flere barn blir henvist til utredning.

Overstimulering oppstår når hjernen må håndtere flere sanseinntrykk og krav enn den klarer samtidig. I dagens digitale og hektiske hverdag er det kanskje lettere å bli overstimulert enn tidligere (Nav, 2025). Barn og unge omgis av konstante inntrykk fra skjermer, støy og aktiviteter, både i skolehverdagen og på fritiden. Mange samtidige stimuli og hyppige skifter i fokus gjør det vanskelig å sortere inntrykkene, noe som raskt kan utløse stress, uro eller tap av oppmerksomheten (NHI, 2025). Overstimulering kan vise seg ved at barnet blir irritabelt, utmattet eller trekker seg unna situasjonen. Selv barn uten ADHD kan føle seg overveldet av den konstante informasjonsstrømmen, men barn med oppmerksomhetsvansker er særlig utsatt (Bruknapp, 2023). Høyt tempo og mange inntrykk betyr dermed at små vansker forsterkes og blir mer synlige.

Selv om høyt tempo og mange samtidige inntrykk kan skape stress og forsterke oppmerksomhetsvansker hos enkelte barn og unge, er det viktig å understreke at ADHD-gruppen er svært heterogen. Mange barn

og unge med ADHD beskrives ofte som å ha et høyt behov for variasjon, aktivitet og stimulering, og kan oppleve understimulering, snarere enn overstimulering, som den største utfordringen. For disse barna kan for lav grad av stimuli føre til rastløshet, motivasjonstap og økt urolig atferd (Helsedirektoratet, 2022)

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC økt tempo og krav til effektivitet i samfunnet som en mulig driver for økende diagnosetall, som et forhold som driver symptomtrykk. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i økte krav til effektivitet og oppmerksomhet, flere samtidige aktiviteter og høyere forventninger til selvregulering. Dette kan føre til at barn og unge med ADHD-trekk må anstrenge seg mer, de kan bli enten overstimulert eller understimulert, opplever nederlag og negative tilbakemeldinger, og at ADHD-trekk blir tydeligere og oftere oppdaget.



Figur 3-6: Årsak-virkningskjede for driveren økt tempo og krav til effektivitet i samfunnet. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.3.6 Mer styrt hverdag

En mer styrt hverdag fremstår som en driver ved at barn og unges daglige rammer i økende grad preges av planlagte aktiviteter og stramme oppmerksomhetsregimer. Det tillegges økende vekt på vedvarende, fokusert oppmerksomhet og evnen til å produsere oppmerksomhet “på forespørsel”, med mindre rom for ustrukturert aktivitet og egenlek (Watzl, 2025). Samfunnsendringer som ensretter livet til barn, inklusive hvordan mestringsarenaer og fritidstilbud organiseres, kan dermed gjøre oppmerksomhets- og reguleringsvansker mer synlige og opplevde, og senke terskelen for å søke utredning (FHI, 2025).

Videre trekkes mangelen på ustrukturert lek og egenstyrt aktivitet frem som en mulig forklaring på at oppmerksomhetsvansker blir mer synlige i dagens barndom. Fri lek gir barn viktige muligheter til å utvikle selvregulering, impuls kontroll og sosial forståelse, som er ferdigheter som kan dempe risiko for konsentrasjonsvansker (Whitebread, Basilio, Kvalja, & Verma, 2012). Når hverdagen i større grad preges av organiserte aktiviteter, stillesitting og skjermbruk, reduseres rommet for slik spontan utfoldelse. Barn som tilbringer mer tid i ustrukturert lek og utendørs miljøer viser bedre evne til både vedvarende oppmerksomhet og selvregulering, noe som understøttes av funn fra norske friluftsbarnhager, der barn viser høyere grad av konsentrasjon og sosial ro i lek (Lysklett & Berger, 2017). Mangelen på slike arenaer kan dermed bidra til at variasjon i barns naturlige aktivitetsnivå og oppmerksomhet i større grad tolkes som symptomer på ADHD, og dermed indirekte drive flere

utredninger og diagnoser. Dette er forenelig med holdninger som kommer tydelig fram fra våre informanter i intervjuene, som problematiserer fravær av den frie leken i barns liv, både hjemme og på skolen.

Foreldre har ofte en avgjørende rolle, både i å organisere barnas hverdag og i å initiere og følge opp en eventuell ADHD-utredning. LINEUP-studien fra Lillehammer viser at foreldre og barn rapporterer om lik symptomgrad hos barnet ved diagnosetidspunktet, men at foreldrene etter to år opplever større bedring enn hos barna enn det barna opplever selv (Skogli, Orm, Fossum, Andersen, & Øie, 2022). Dette kan gjenspeile foreldrenes tillit til diagnose og behandling, og understreker hvordan voksne, som både styrer barnets hverdag og vurderer effekten av tiltak, også påvirker forståelsen av barnets utvikling.

Som driver kan en styrt hverdag forsterke misforholdet mellom krav og kapasitet i hverdagsarenaer, med flere situasjoner der uoppmerksomhet, uro eller impulsivitet blir problematisert og dokumentert. Dette samspiller med forhold i hjemmet (struktur/organisering) og med skolepresset beskrevet tidligere, og kan bidra til flere henvisninger og økt etterspørsel etter tilrettelegging (FHI, 2025).

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC en mer styrt hverdag som en mulig driver for økende diagnosetall, som et forhold som driver økt diagnostisering. Redusert beskyttende faktor er den underliggende årsaken som fører til at en styrt hverdag er et forhold som driver økt diagnostisering. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i stadig flere planlagte aktiviteter, stramme oppmerksomhetsregimer og mindre rom for ustrukturert lek, og hvordan dette fører til at oppmerksomhetsvansker blir mer synlige og diagnosetallene øker.



Figur 3-7: Årsak-virkningskjede for driveren mer styrt hverdag. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.3.7 Redusert stigma

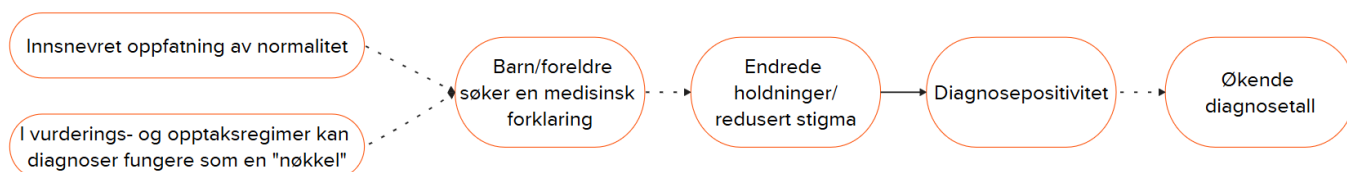
Stigma løftes frem som en samfunnsdriver med to sider. På den ene siden beskrives en diagnosepositivitet der ADHD-diagnosen kan oppleves som attraktiv fordi den gir en forklaring og legitimitet; dette kan øke etterspørselen etter utredning (Køhn, 2025). Samtidig peker materialet på en innsnevring i forståelsen av hva som oppfattes som «normalt», noe som kan bidra til at variasjon i oppmerksomhet og atferd i større grad tolkes som uttrykk for en diagnose (Haavik, 2025). De som viser symptomer uten å ha blitt diagnostisert, kan bli mistenkeliggjort eller bagatellisert (Collett, 2025), som kan gjøre at barn/unge og foreldre søker en medisinsk forklaring for å redusere skam og ansvarliggjøring.

I skolehverdagen kan disse mekanismene forsterkes av vurderings- og opptaksregimer der diagnoser kan fungere som en «nøkkel» til tiltak (Mezzanotte, 2020), slik kan stigma og diagnoseattraktivitet samvirker som drivere for henvisning og diagnostisering.

“Tidligere gråt foreldrene hvis barna fikk en ADHD-diagnose, nå gråter de hvis de ikke får den.....”

Sitat fra ulike informanter fra BUP

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC redusert stigma som en mulig driver for økende diagnosetall, som et forhold som driver økt diagnostisering. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med enkeltfaktorene innsnevret oppfatning av normalitet og vurderings- og opptaksregimer der diagnoser kan fungere som en «nøkkel», og hvordan dette fører til økende diagnosetall.



Figur 3-8: Årsak-virkningskjede for driveren redusert stigma. Heltrukket linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.3.8 Bedre overlevelse blant tidlig fødte og færre hjerneskader

Lav fødselsvekt og/eller for tidlig fødsel er en kjent risikofaktor for ADHD, muligens uavhengig av genetisk risiko (Haavik, 2025). To mekanismer kan knytte dette til økt diagnostisering av ADHD: For det første har overlevelsen blant svært tidlig fødte økt (Helse Sør-Øst, 2023), slik at flere barn i en kjent risikogruppe når alder for debut av symptomer på ADHD. For det andre har disse barna ofte tettere oppfølging og systematisk screening, i tråd med nyfødteveilederen kapittel 9.12 (Norsk barnelegeforening, 2024), som øker sannsynligheten for at regulering- og oppmerksomhetsvansker identifiseres og henvises. Selv om andelen premature fødsler ikke ser ut til å ha økt (FHI, 2021), kan kombinasjonen av bedre overlevelse og mer strukturert oppfølging bidra til høyere diagnostisk aktivitet. Flere fagmiljøer har påpekt at dagens system i liten grad tar høyde for ulik nevrobiologisk modning innen en alder eller et årskull (Valum, 2022), og at barn i praksis vurderes opp mot samme forventninger. Premature barn kan derimot oppleve en forsinket modning (Lindhjem, 2016).

På den andre siden er det nå færre barn som får hjerneskade under svangerskap eller i løpet av barnets første to leveår (FHI, 2018). Ettersom ADHD forekommer hyppigere hos personer med hjerneskade (Halvorsen, Hankø, Johnsen, & Bjørngaas, 2025; Halvorsen, Hankø, Johnsen, & Bjørngaas, 2025), taler dette for at færre barn skulle få ADHD.

Vi har vi ikke grunnlag for å konkludere at dette er en mulig driver, grunnet mekanismer som taler både for og mot et bidrag i økningen av ADHD-diagnoser.

3.4 Drivere knyttet til helsetjenesten

Ulike forhold ved helsetjenesten anses som drivere av både økende ADHD-diagnosetall og fylkesvis variasjon. Vi har identifisert følgende mulige drivere knyttet til helsetjenesten:

- Utvidede og endrede diagnosekriterier
- Varierende kapasitet i offentlig tjenestetilbud og private leverandører
- Praksisvariasjon
- Legemiddelindustriens insentiver til å fremme medikamentell behandling
- Over- og underdiagnostisering i forskjellige grupper

De påfølgende delkapitlene forklarer hver driver i detalj, med tilhørende mulige årsak-virkningskjeder.

3.4.1 Utvidede og endrede diagnosekriterier

Endringene i diagnosekriteriene for ADHD i DSM-5 i 2013 ble i stor grad motivert av en økende erkjennelse av at enkelte barn og unge med betydelige funksjonsvansker ikke ble fanget opp av de tidligere, strengere kriteriene (Sanders, Thomas, Glasziou, & Doust, 2019). Den ICD-10-baserte diagnosen «hyperkinetisk forstyrrelse» stilte krav om både oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet, noe som ekskluderte mange med ensidige symptombilder. Det oppsto derfor behov for en bredere og mer nyansert forståelse av hvordan ADHD kan arte seg, og hvem som har nytte av utredning og tiltak. Samtidig ble det tydelig at vurderingene i stor grad hviler på funksjon, altså hvordan symptomene påvirker barnets hverdag, fremfor kun symptomantall (Koutsoklenis & Honkasilta, 2023). DSM-5 endringene bygger derfor på en justert faglig oppfatning av hvem som kan ha ADHD, og hvordan klinisk skjønn og kontekstuelle vurderinger bør inngå i diagnostikken. Endringer i diagnosekriteriene for ADHD har bidratt til at flere barn og unge faller inn under diagnosen.

DSM-5 (2013) innførte flere viktige justeringer: For det første stilles fortsatt krav om minst seks av ni symptomer på enten uoppmerksomhet eller hyperaktivitet/impulsivitet, men for ungdom fra 17 år er fem symptomer tilstrekkelig (Helsedirektoratet, 2022). Symptomene må ha vart i minst seks måneder, vise seg i to eller flere settinger, være klart avvikende for alder og påvirke funksjon i hverdagen. Kritisk er også at DSM-5 hevet aldersgrensen for symptomdebut fra innen 7 år til innen 12 år (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). I praksis betyr dette at barn som først utvikler merkbare symptomer i skolealder (fremfor småbarnsalder) nå kan få ADHD-diagnosen. Disse endringene gjør at DSM-5 favner et større antall barn enn den eldre ICD-10-baserte «hyperkinetisk forstyrrelse» gjorde (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025; Helsedirektoratet, 2022). FHI påpeker at DSM-5 lar diagnosen stilles selv om kun symptomer på ett domene er til stede (for eksempel bare oppmerksomhetsvansker), noe som ville vært utilstrekkelig etter ICD-10. Folkehelseinstituttet konstaterer at slike endringer i kriteriene gir

flere ADHD-diagnoser selv om den reelle forekomsten ikke øker (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Implementeringen av de oppdaterte kriteriene kan variere mellom regioner, fagmiljøer og personer, noe som kan bidra til fylkesvise forskjeller i diagnostisering og i hvor stor grad barn og unge fanges opp innenfor den utvidede definisjonen av ADHD, et tema som omtales mer omfattende i delkapittel 3.4.3.

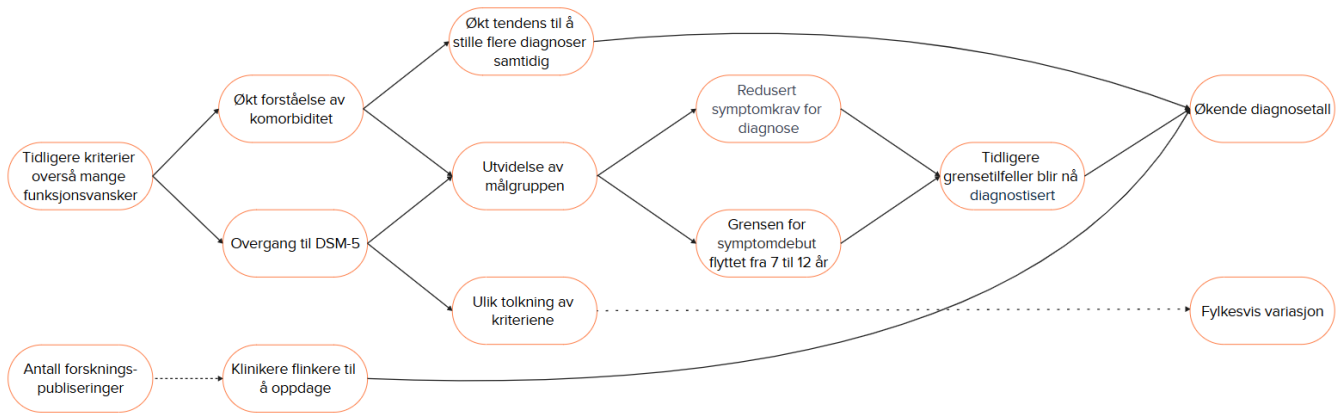
De oppdaterte kriteriene har særlig betydning for diagnostikk av jenter og barn med milde symptomer. Jentebarn har ofte en fremtredende oppmerksomhetsvanske uten uttalt hyperaktivitet, noe som tidligere gjorde ADHD-symptomene mindre synlige. Andelen gutter med ADHD har tradisjonelt vært omtrent fire ganger så høy som hos jenter, delvis fordi jenter oftere utviser uoppmerksom oppførsel fremfor markant uro (Hannås & Weidle, 2025; Faraone, et al., 2021). DSM-5 tok hensyn til blant annet dette ved å vektlegge at noen symptomer kan debutere senere, særlig hos jenter (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Økt bevissthet om slike kjønnsmønstre har ført til at flere jenter nå blir fanget opp. Kjønnsforskjellen i ADHD-diagnoser har begynt å jevne seg ut, og andelen unge jenter med diagnosen har økt de siste årene (Hannås & Weidle, 2025).

Økt forståelse av komorbiditet gjør at barn henvist for andre problemer nå systematisk undersøkes for ADHD. Norske retningslinjer understreker at «ADHD forekommer hyppig sammen med en rekke andre tilstander» (Helsedirektoratet, 2022), og at svært få har ADHD uten tilleggsvansker. Om lag to av tre skolebarn med ADHD oppfyller også kriterier for minst én annen diagnose (lærevansker, angst, atferdsvansker mv.) (Ørstavik, et al., 2016). I praksis betyr dette at barn henvist for angst, skolevegring eller lærevansker i større grad blir vurdert med tanke på ADHD. Samtidig støtter rettighetssystemet dette, ved mistanke om ADHD har barnet krav på utredning i spesialisthelsetjenesten (Helse Stavanger, 2025).

Det er en markant økning i forskningspubliseringer om ADHD siden ca. år 2000, noe som kan bidra til større oppmerksomhet og diagnostisk sensitivitet (Haavik, 2025). Forskning og publisering av nye resultater bidrar til at klinikere får oppdatert kunnskap om ADHD, symptomer og diagnostiske kriterier. Dette kan styrke deres evne til å gjenkjenne og diagnostisere tilstanden på en mer presis og evidensbasert måte.

Det løftes en hypotese om at klinikere er blitt flinkere til å oppdage ADHD, særlig hos jenter og unge kvinner, i takt med økt kompetanse hos helsepersonell, skole og pårørende (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Hvis klinikere og andre personer rundt barnet har blitt flinkere til å oppdage ADHD-symptomer, vil dette føre til økende diagnosetall. I lys av kunnskapsbasert grunnlag, vurderer PwC utvidede og endrede diagnosekriterier som en sikker driver for økende diagnosetall, som et forhold som driver økt diagnostisering og muligens bidrar til fylkesvis variasjon. Figuren nedenfor viser en årsak-virkningskjede for driveren, basert på en videreutviklet forståelse av hvordan ADHD arter seg. Denne forståelsen ledet til oppdateringen til DSM-5 som utvider målgruppen og reduserer symptomkravet for diagnose, ved å heve aldersgrensen for symptomdebut fra innen 7 til innen 12 år og åpne for diagnoser

der bare ett av hovedområdene er berørt. Det åpnes for mer fleksibel vurdering av funksjonsnedsettelse på tvers av settinger, og det legges større vekt på klinisk skjønn. Disse endringene gjør at flere barn og unge, særlig jenter og barn- og unge med mildere symptomer, nå fanges opp og diagnostiseres. Variasjon i hvordan kriteriene tolkes og anvendes mellom regioner og fagmiljøer kan videre bidra til fylkesvise forskjeller i diagnosetall.



Figur 3-9: Årsak-virkningskjede for driveren utvidede og endrede diagnosekriterier. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.4.2 Varierende kapasitet i offentlig tjenestetilbud og private leverandører

Tjenestetilbudet for ADHD-utredning i Norge er todelt, med ulike terskel og kapasitet i det offentlige og private. I offentlig spesialisthelsetjeneste (BUP/DPS) kreves henvisning fra fastlege og et alvorlig symptomnivå for at barnet skal få utredning. Den nasjonale prioriteringsveilederen sier at spesialisthelsetjenesten bør konsentrere seg om utredning av de som har betydelige funksjonsproblemer på skole, arbeid og i hjemmet (Helsebiblioteket, 2024). Private klinikker tilbyr derimot ADHD-utredning uten krav om henvisning eller omfattende funksjonssvikt. De kan starte utredningen raskt, men det er viktig å merke seg at den endelige ADHD-diagnosen for barn og unge må stilles og registreres av spesialister i spesialisthelsetjenesten.

Det er løftet en bekymring i samfunnsdebatten om at avslag fra den offentlige spesialisthelsetjenesten med begrunnelse i prioriteringsveilederen kan føre til at pasientene går til private tilbydere (Lunde A., 2025). En slik struktur gir tydelige sosioøkonomiske forskjeller. Ressurssterke familier med privat helseforsikring eller penger til å betale får raskere utredning gjennom private tilbud, mens mindre ressurssterke familier er avhengige av det offentlige systemet. En som enten har penger eller en god helseforsikring kan utredes enten privat eller offentlig, mens de som ikke har de samme mulighetene kan kun gå via det offentlige. Det offentlige systemet kan henvise avviste pasienter til private utredninger, som imidlertid kan koste titusener av kroner. Utredning for ADHD er en prosess som krever betydelig innsats fra familien. Foreldre må koordinere skjemaer, samtaler med skole, møter med fastlege og spesialisthelsetjeneste, og være i stand til å følge opp lange og komplekse utredningsløp. Erfaringer og

fagmiljøer peker på at det ofte er ressurssterke foreldre som makter å navigere denne prosessen (Skjeldrup, 2025), mens familier med færre ressurser i større grad er avhengige av det offentlige systemets kapasitet og prioriteringer. Dermed får de som evner det, både økonomisk og organisatorisk, et betydelig fortrinn i å få rask utredning og diagnose, mens andre må klare seg med ventetid som ofte er på omtrent tre måneder (Helsenorge, 2025).

Fastlegen har en sentral rolle som portvokter. Flere kilder understreker at en grundig henvisning fra fastlegen er avgjørende: Fastlegen skal selv foreta en omfattende kartlegging før henvisning (Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, 2025). Samtidig er det store variasjoner mellom fastleger. Hver fastlege har vanligvis få ADHD-pasienter og svært varierende kompetanse på området (Kaspersen & Hansen, 2015). Dette kan føre til forskjeller i hvem som henvises videre, noe som også informanter fra våre intervjuer har observert. Flere foreldre opplever også at BUP kan avslå henvisning dersom de ufullstendig beskriver barnets problemer eller de fremstår mindre alvorlige. Mange avslag ved BUP skyldes enten mangelfulle henvisninger eller at symptomene vurderes som for milde (RBUP (red.), 2024). I praksis betyr dette at selv om foreldrene opplever klare utfordringer, risikerer henvisningen å bli avvist dersom barnets fungering, målt i tradisjonelle termer, ser tilsynelatende akseptabel ut.

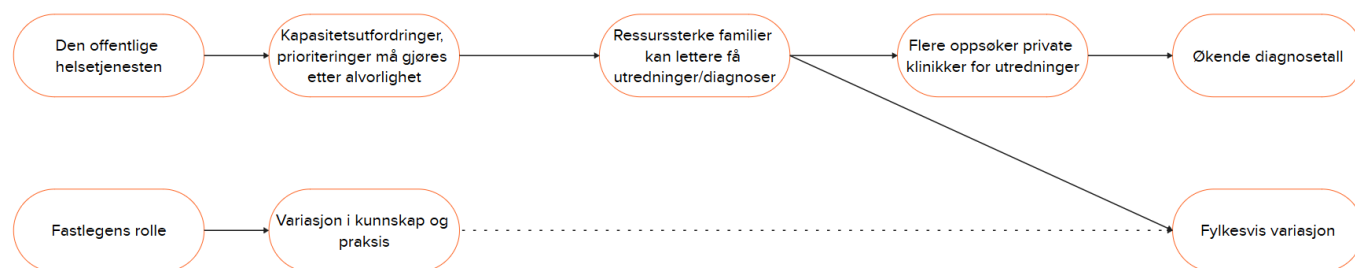
Informantene fra BUP beskriver at fastlegene ofte fungerer som passive formidlere av informasjon fra kommunale tjenester – typisk PPT, skolehelsetjenesten, helsestasjon og andre kommunale tjenester rettet mot barn og familier. Dokumentasjonen som følger henvisningene kan være omfattende, ofte over hundre sider, og flere informanter påpeker at de selv må innhente tilstrekkelig informasjon for å kunne gjøre en forsvarlig vurdering dersom henvisningene ikke er tilstrekkelige, noe som belaster kapasiteten i BUP.

I tillegg fremhever spesialisthelsetjenesten at Statsforvalterens praksis og forventninger varierer mellom embetsområdene, noe som medfører ulike tilsyns- og dokumentasjonskrav mellom fylkene, og som samtidig kan bidra til ulike praksis mellom helseforetak. Samlet illustrerer dette at både lokale kommunale tjenester og tilsyns- og kontrollorganet utøver sin praksis med det som oppleves som betydelig variasjon, noe som påvirker hvordan barn og familier blir fulgt opp på tvers av systemet.

Kapasitetsutfordringer i BUP og DPS har de siste årene blitt forsterket av en markant økning i ADHD-henvisninger. Flere spesialisthelsetjenester melder om betydelig press, med lange ventetider og økt arbeidsbelastning som resultat (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Når barn først kommer inn i systemet, prioriteres medikamentell behandling oftere som et raskt og tilgjengelig tiltak. En større andel av barn med ADHD-diagnose i Norge får nå sentralstimulerende medisiner (FHI, 2024), og noen fagpersoner uttrykker bekymring for at dette kan senke terskelen for både utredning og diagnosestilling (Kirkaune Sandven, Sangar, Lunde, Thomassen Furunes, & Sæther, 2024).

I sum betyr dette at tjenestestrukturen, med lange køer, geografiske forskjeller og ulike foreldrekompetanse, bidrar til en skjevhet i hvem som får diagnosen, og hvordan den stilles.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder vurderer PwC varierende kapasitet i offentlig tjenestetilbud og private leverandører som en mulig driver for økende diagnosetall, som et forhold som driver økt diagnostisering og bidrar til fylkesvis variasjon. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i kapasitetsutfordringer i det offentlige helsetjenesten, variasjon i fastlegenes kunnskap, holdninger og praksis, og et todelt system der private klinikker tilbyr raskere ADHD-utredning uten henvisning. Ressurssterke familier har lettere tilgang til utredning og diagnose, mens andre møter lange ventelister og høy terskel for henvisning. Samlet bidrar dette sannsynligvis til økende diagnosetall og geografiske forskjeller i hvem som får utredning og diagnose.



Figur 3-10: Årsak-virkningskjede for driveren varierende kapasitet i offentlig tjenestetilbud og private leverandører. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.4.3 Praksisvariasjon

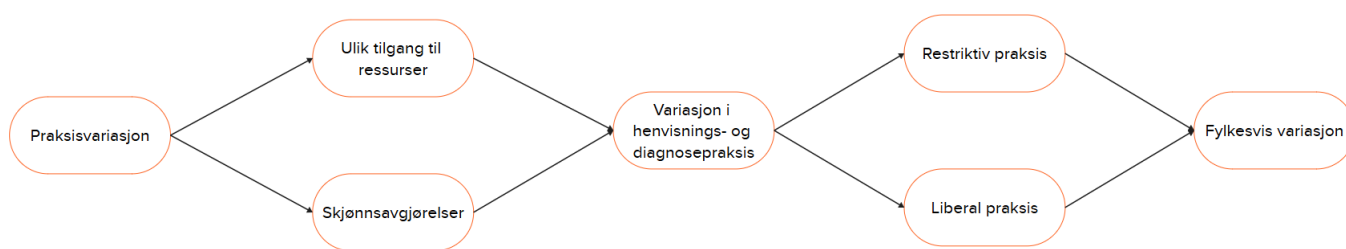
Alle pasienter har krav på individuell vurdering. Diagnoser og behandling er et resultat av en samhandling mellom pasient og helsevesen, der ønsker, ressurser, kompetanse og holdninger kan variere. Det er ikke grunn til å anta at forekomsten av ADHD er nøyaktig den samme i alle deler av landet, både på grunn av genetisk og stokastisk variasjon. Selv om det finnes nasjonale og internasjonale veiledere, kan man heller ikke legge til grunn at alle klinikere har nøyaktig samme praksis, eller at ressurser er jevnt fordelt over hele landet. Samlet sett, kan dette resultere i både ønsket og uønsket praksisvariasjon. Slik praksisvariasjon er dokumentert innen alle områder av somatisk medisin og psykiatri. «Helseatlas» ble opprettet i 2015 og sammenlikner bruk av helsetjenester for befolkningen i ulike geografiske områder på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den siste rapporten fra Helseatlas viser at det i 2022 var «middels geografisk variasjon» i pasientraten for ADHD, stor variasjon for angstlidelser og liten geografisk variasjon for autisme (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), u.å.).

Tidligere norske data har også avdekket fylkesvise forskjeller i hvor mange barn og unge som får ADHD-diagnose. For eksempel varierte den registrerte forekomsten blant skolebarn i ulike fylker fra om lag 1,1–1,5 % opp til 3,5–5,5 % i perioden 2008–2016 (Surén, et al., 2013; Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Denne variasjonen er trolig ikke bare relatert til forskjeller i barnas symptomer, og forskerne påpeker at det kan reflektere ulik praksis i diagnosearbeidet (Surén, et al., 2013). En norsk studie fremhever at klinikernes «restriktive» eller «liberale» holdning kan bli avgjørende for om et barn får diagnosen (Lyhmann, et al., 2022). Studien fant betydelig variasjon i disse holdningene blant barne-

og ungdomspsykiatere. Variasjonene kunne ikke forklares ut fra faglig bakgrunn eller beliggenhet, noe som tyder på at uformelle praksiskulturer og individuell vurdering bidrar til forskjellene. Et eksempel er uformell praksiskultur og individuell vurdering i relasjon til førerkortvurderinger. Enkelte kan ha vegring mot å sette diagnoser siden det kan få konsekvenser for førerkortstatus gjennom strengere krav og begrensninger.

Også ulik tilgang på ressurser og utredningstilbud kan forsterke praksisvariasjonen. Selv om barne- og ungdomspsykiatritjenesten er universelt tilgjengelig og gratis i Norge, finnes det regionale forskjeller i kapasitet, ventetider og antall spesialister. Internasjonal forskning peker på at områder med flere barnepsykiatere og pediatere har høyere ADHD-diagnosefrekvens (Akmatov, et al., 2018). I Norge etterlyser helsemyndighetene mer kunnskap om nettopp regionale ulikheter i ressurser og kapasitet (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025), da slike forhold kan påvirke henvisningsmønstre og diagnosevolum.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag, vurderer PwC praksisvariasjon som en mulig driver for fylkesvis variasjon. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i ulik tilgang til ressurser og forskjeller i skjønnsutøvelse. Diagnosen stilles i stor grad basert på klinisk vurdering, noe som gjør den følsom for lokale praksiskulturer og individuelle fortolkninger. Restriktiv praksis kan føre til lavere forekomst, mens liberal praksis kan bidra til økende diagnosetall. Samlet reflekterer dette hvordan ulik diagnose- og henvisningspraksis kan skape fylkesvise forskjeller. Også ulik tilgang på ressurser og utredningstilbud kan forsterke praksisvariasjonen. Selv om barne- og ungdomspsykiatritjenesten er universelt tilgjengelig og gratis i Norge, finnes det regionale forskjeller i kapasitet, ventetider og antall spesialister. Denne typen variasjon oppstår ikke nødvendigvis fordi fagpersoner tolker diagnosekriteriene ulikt, men fordi strukturelle forhold påvirker hvor mange som faktisk blir utredet og diagnostisert.



Figur 3-11: Årsak-virkningskjede for driveren praksisvariasjon. Heltrukket linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.4.4 Legemiddelindustriens insentiver til å fremme medikamentell behandling

Det er kommersielle aktører som produserer og selger ADHD-medisiner. De opererer i farmasøytisk industri, som i stor grad består av virksomheter med mål om å generere overskudd for sine aksjonærer eller eiere. Det kan dermed ha et insentiv om å enten øke pris eller øke salgsvolumet av legemidlene, noe

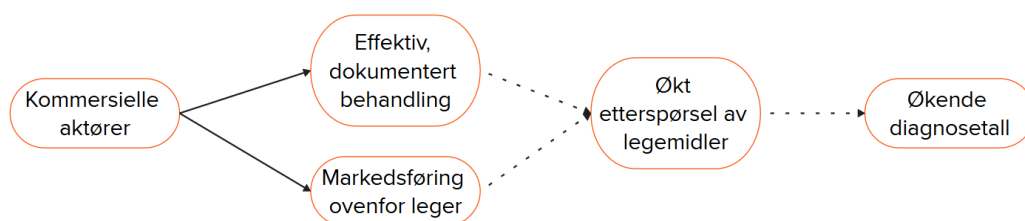
som gjør legemiddelindustrien til en mulig driver for ADHD-diagnostisering. Vi vurderer at driveren kan virke gjennom flere mekanismer.

For det første kan publikasjonsbias ha en effekt, ettersom studier som viser positive resultater, for eksempel at et medikament virker godt, får mer oppmerksomhet enn studier med negative eller nøytrale resultater (Staff, 2015). Evidensbasert medisin (EBM) kan ha en liknende effekt ved at randomiserte kontrollerte studier (RCT) ses på som gullstandarden. RCT-er er kostbare og støttes ofte av industrien, som kan føre til en overvekt av industrifinansierte studier i kunnskapsgrunnlaget. Disse studiene kan ha et bias for gunstige resultater for legemiddelindustrien (Lundh, Lexchin, Mintzes, Schroll, & Bero, 2017). For legemiddelindustrien er det en fordel når diagnoser ses på biologisk (Rzeszutek & Wolańczyk, 2025), ettersom fokuset på tiltak vil være medisiner fremfor forebyggende, samfunnsrettede tiltak. For å redusere publikasjonsbias, er det krav om forhåndsregistrering av kliniske utprøvinger og at resultatene blir publisert uansett utfallet av studien.

Legemiddelindustrien kan markedsføre ADHD-medisiner til leger i Norge (Direktoratet for medisinske produkter, 2023), og har et insentiv til å gjøre dette for å opprettholde eller øke etterspørsel av deres legemidler.

Kombinasjonen av at det finnes effektiv, dokumentert behandling og markedsføring ovenfor leger kan føre til økt etterspørsel av legemidler blant befolkningen og økt kunnskap hos leger, noe som kan føre til flere diagnoser for å få tilgang til behandling. Innsnevret forståelse av normalitet kan også bidra til økt etterspørsel av legemidler når diagnosen ses på som biologisk, siden personer som opplever problemer søker til legemidler som kan redusere plagene.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder vurderer PwC legemiddelindustriens insentiver til å fremme medikamentell behandling som en mulig driver for økende diagnosetall. Innsnevret forståelse av normal atferd og diagnoseattraktivitet er de underliggende årsakene som fører til dette. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i kommersielle aktører, og hvordan dette fører kan føre til økende diagnosetall.



Figur 3-12 Årsak-virkningskjede for driveren legemiddelindustriens insentiver til å fremme medikamentell behandling. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.4.5 Over- og underdiagnostisering i forskjellige grupper

Mange, kanskje alle, kan gjenkjenne enkelte symptomer som ligner på ADHD, slik som uro, konsentrasjonsvansker eller impulsivitet, fordi disse atferdene også kan forekomme normalt i varierende grad hos barn og unge (Mjølstad, 2025) (Barkley, 2015). Når slike symptomer blir kjent og gjenkjent i bredere lag av befolkningen – blant foreldre, lærere eller andre voksne – øker sannsynligheten for at flere blir henvist til utredning. Økte henvisninger kan igjen føre til et høyere antall ADHD-diagnoser, siden flere barn blir vurdert nærmere av helsepersonell.

Dette fenomenet har vi også møtt i intervjuene. Informantene beskriver hvordan oppmerksomheten kan skifte, og at endret fokus påvirker hva som blir sett, henvist og diagnostisert.

«Hvorfor intervjuer dere oss om ADHD? Nå er det autisme som gjelder!»

Et utsagn flere kommunalt ansatte på ulike nivå melder

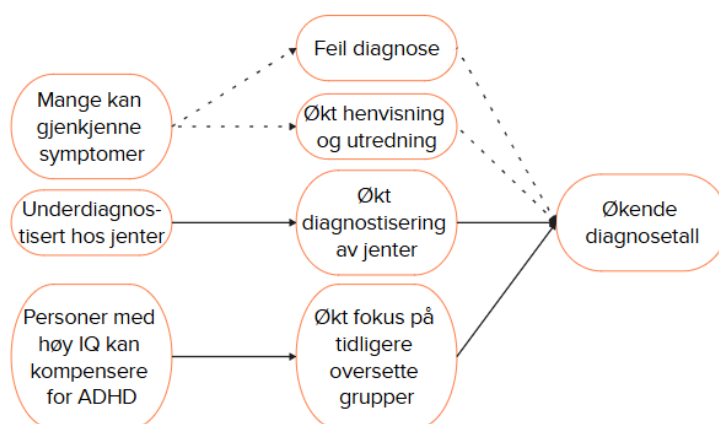
En plausibel slutning det er mulig å dra fra intervjuene, er at man også ser mer av det man kjenner til og er oppmerksom på. En hypotese er at noen kanskje har feil diagnose (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Dette kan føre til at flere har fått en ADHD-diagnose enn som egentlig skal ha det, eller at noen som skulle hatt ADHD-diagnosen ikke får den.

ADHD har lenge vært underdiagnostisert hos jenter. Tradisjonelt har ADHD blitt sett på som en «guttediagnose», siden gutter ofte viser mer tydelig hyperaktivitet og uro, noe som lettere fører til henvisning til utredning. Jenter og kvinner har ofte mer skjulte symptomer, som vansker med oppmerksomhet og konsentrasjon, noe som kan bli oversett eller feiltolket (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). De siste årene har forekomsten av ADHD-diagnoser økt mest blant jenter (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025) noe som tilsier at gapet mellom jenter og gutter tettes. Økt bevissthet og bedre kunnskap om hvordan ADHD kan arte seg hos jenter har ført til at flere jenter nå blir fanget opp og diagnostisert. Denne utviklingen bidrar til en samlet økning i antallet ADHD-diagnoser, og reflekterer en mer balansert forståelse av tilstanden på tvers av kjønn.

Personer med høy IQ eller store personlige ressurser kan kompensere for ADHD-symptomene over lang tid. Nyere forskning tyder på at barn med høyere IQ i gjennomsnitt får ADHD-diagnosen senere enn jevnaldrende med lavere IQ (Hare, et al., 2024). Et høyt evnenivå kan kompensere for funksjonssvikten slik at symptomene ikke gir tydelige utslag i hverdagen, noe som igjen bidrar til at diagnosen ofte først stilles senere i livet.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder vurderer PwC over-/underdiagnostisering i forskjellige grupper som en mulig driver for økende diagnosetall, som et forhold som driver økt diagnostisering. Å gjenkjenne symptomer er den underliggende årsaken som fører til at over-/underdiagnostisering er et

forhold som driver økt diagnostisering. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren og hvordan dette fører til økende diagnosetall.



Figur 3-13 Årsak-virkningskjede for driveren over-/underdiagnostisering i forskjellige grupper. Heltrukket linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.5 Drivere knyttet til individet

Ulike forhold ved individet anses som mulige drivere til økende ADHD-diagnosetall og fylkesvis variasjon. Noen av faktorene knyttet til individet forklarer snarere en økt sårbarhet eller lavere forekomst for diagnostisering.

Det er kun levevaner som vurderes som en mulig driver knyttet til individet. Genetikk, sosioøkonomi og foreldre med innvandrerbakgrunn diskuteres, men vurderes ikke som drivere.

De påfølgende delkapitlene forklarer hver driver i detalj, med tilhørende mulige årsak-virkningskjeder.

3.5.1 Levevaner (endringer knyttet til kosthold, søvn og overvekt)

Unge nordmenn har et dårligere kosthold nå enn før. I en rapport fra Norkost 4, som sammenligner 2010/11 med 2024, viser at unge spiser mer kjøtt og mindre grovbrød, fisk og poteter (Hjetland & Nerbøberg, 2024). En annen studie viser at ungdom i Norge generelt har moderat kostholdskvalitet som ikke fullt ut følger de norske kostrådene (Groufh-Jacobsen, et al., 2023). Kostholdsfaktorer/mikrobiom er en mulig miljøfaktor også etter justering for genetisk risiko (Haavik, 2025). Det er en hypotese at regulert kosthold kan bidra til en nedgang i symptomer, men effekten er uklar (Køhn, 2025).

Kombinasjonen av dårligere kosthold sammen med økt risiko for ADHD-diagnose ved kostholdsfaktorer kan dermed være en årsak til økende diagnosetall.

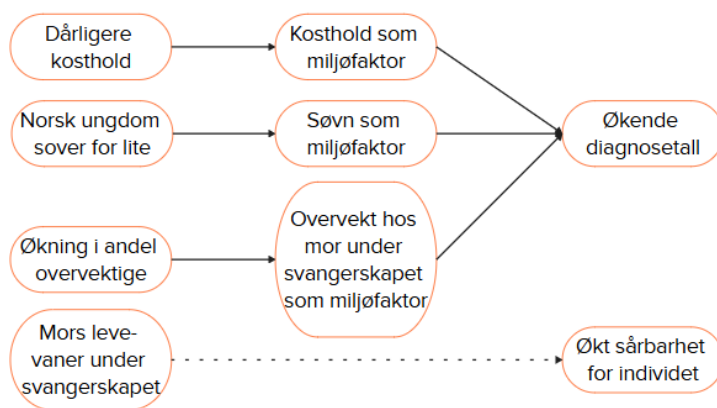
Norsk ungdom sover for lite. På videregående sover tre av fire elever mindre enn det som er anbefalt, og 60 prosent av de som deltok i undersøkelsen pekte på at skjermbruk er en viktig grunn til at de får for lite søvn (Bierud, 2024). Mangel på søvn nevnes som en mulig faktor for ADHD-diagnoser (Lund, 2025), og

det er dokumentert god effekt og pålitelig forskning på søvntiltak ved en diagnose (Køhn, 2025). Kombinasjonen av lite søvn blant unge i dag og mangel på søvn som en mulig miljøfaktor kan dermed være en årsak til økende funksjonsvansker som igjen fører til diagnosetall.

Andelen overvektige nordmenn har økt de siste 60 årene. Blant barn og ungdom har andelen med overvekt og fedme vært stabil siden 2010. Til sammen har mellom 15 og 21 prosent av barn og ungdom mellom 8 og 15 år overvekt og fedme (Meyer, 2023). At andel overvektige nordmenn har økt i befolkningen er likevel relevant, ettersom overvekt hos mor under svangerskapet er en antatt miljøfaktor som kan øke risikoen for en ADHD-diagnose for barnet (Haavik, 2025), og kan dermed føre til økende diagnosetall.

Mors levevaner under svangerskapet, inkludert kosthold og røyking kan være miljøfaktorer som øker sårbarheten for en ADHD-diagnose for barnet (Solberg, et al., 2024). Samtidig pekes det på at koblingen med røyking mer sannsynlig skyldes arvelighet, i form av at det er mer sannsynlig at en mor som har ADHD røyker (Haavik, 2025). Til forskjell fra de andre enkeltfaktorene under levevaner, har trenden for røyking vært nedadgående i befolkningen, spesielt fra 1990-tallet fram til i dag (Vedøy & Sæbø, 2023). Dermed er det usannsynlig at maternell røyking fører til den økende ADHD-diagnostiseringen av barn og unge.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC levevaner som et mulig forhold som driver symptomtrykk. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med enkeltfaktorene kosthold, søvn, maternell overvekt og maternell røyking, og hvordan dette fører til økende diagnosetall.



Figur 3-14 Årsak-virkningskjede for driveren levevaner (endringer knytt til kosthold, søvn og overvekt). Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.

3.5.2 Genetikk

Tvillingstudier har vist en relativt høy grad av arvbarhet av ADHD, på omtrent 70-80 prosent (Haavik, 2025). Det er også en økt frekvens av mange typer genetiske varianter ved ADHD, og det er i tillegg

mange genetiske varianter som er assosiert med ADHD-symptomer (Haavik, 2025; van der Laan, et al., 2025).

Høy arvbarhet og økt frekvens av genetiske varianter er derimot mekanismer som isolert sett ikke kan forklare økningen i ADHD-diagnoser. Dette skyldes at genetiske varianter er stabile i en populasjon over korte tidsperioder som noen tiår. Genetiske endringer skjer gjennom evolusjonære prosesser over mange generasjoner, og vil derfor ikke føre til raske endringer i forekomsten av ADHD.

3.5.3 Sosioøkonomi

Årsaken til at ADHD varierer med familiens inntektsnivå er sammensatt. ADHD hos foreldre kan ha påvirket utdanningsnivå, i form av lavere utdanning, som fører til lavere inntektsnivå og mindre stabilitet i arbeidslivet (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025).

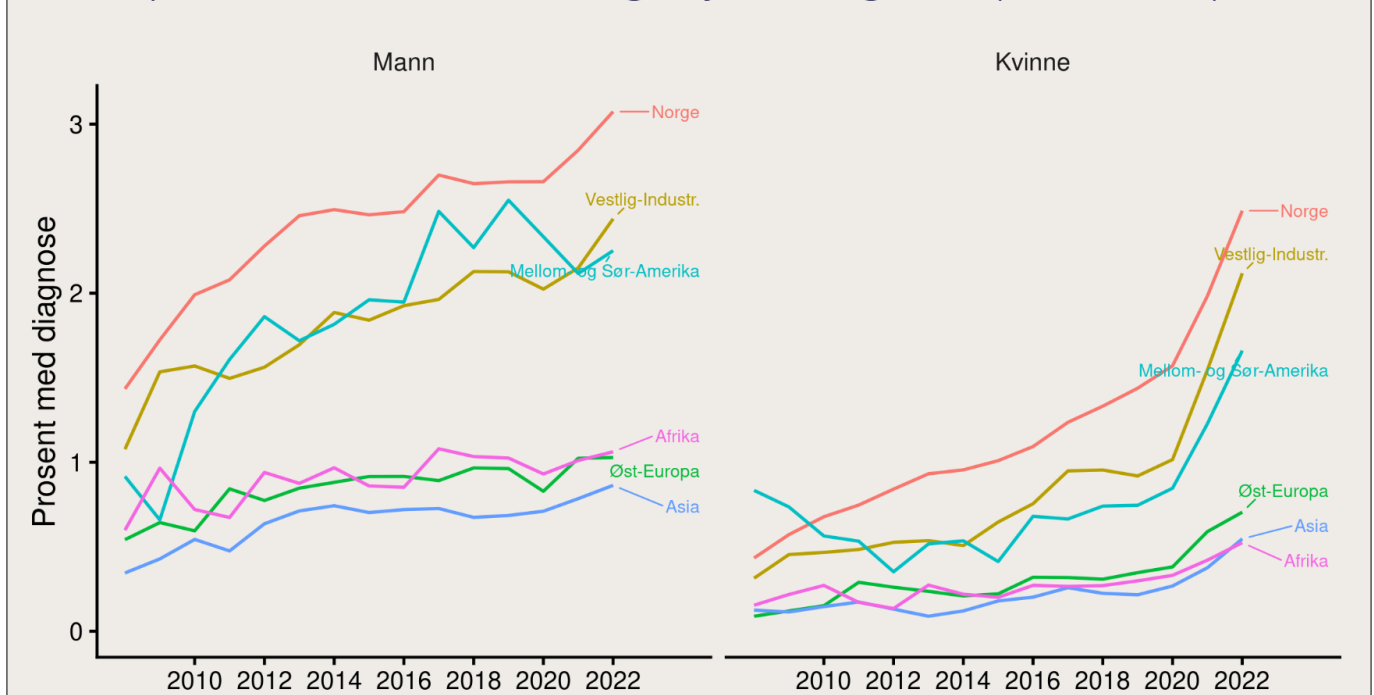
Samtidig kan ADHD ha ført til vanskeligere oppvekstforhold for barnet (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Disse to faktorene sammen kan forklare høyere forekomst av ADHD-diagnoser ved lavere inntektsnivå hos foreldre.

Det er generelt en ganske lik økning i ADHD-diagnoser uavhengig av inntektsnivå (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025) som er et argument for at sosioøkonomi ikke er en driver av den observerte økningen i ADHD-diagnoser.

3.5.4 Foreldre med innvandrerbakgrunn

Det er kulturelle forskjeller i normer og holdninger til psykisk helse-spørsmål hos innvandrere, særlig fra Asia og Afrika og Øst-Europa. Figuren under viser disse forskjellene (Biele, 2023).

ADHD prevalens etter mors migrasjonsbakgrunn (alder 6-18)



Figur 3-15: ADHD-prevalens etter mors migrasjonsbakgrunn (alder 6-18). Barn med migrasjonsbakgrunn fra Asia, Afrika, Øst-Europa får sjeldnere ADHD-diagnoser.

Dette gjelder blant annet stigma og holdning til medikamentell behandling. Dette kan føre til at færre som har symptomer kontakter BUP. I tillegg er det forskjell i helsekompetanse og hvor man oppsøker hjelp for innvandrere, som også kan føre til at færre tar kontakt med BUP. Videre kan språkbarriere være en annen årsak til at færre innvandrere oppsøker BUP (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025).

For innvandrere som kontakter BUP, kan helsepersonell ha oppfatninger som påvirker deres kliniske vurderinger når det gjelder pasienter med innvandrerbakgrunn (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025).

Kombinasjonen av at færre pasienter med innvandrerbakgrunn oppsøker BUP og helsepersonells oppfatninger kan bidra til at det er en lavere forekomst og mindre økning av ADHD-diagnoser for barn med to utenlandsfødte foreldre.

«Foreldre som er etnisk norske, kan kanskje oftere være mer pådrivere for at barnet deres skal få en diagnose, mens ikke-etnisk norske foreldre kanskje ikke alltid presser like mye på. Vi har ingen tilmeldte saker som gjelder elever med bekymringsfullt skolefravær og nevroutviklingsforstyrrelser som er flerspråklig».

Informant fra Statped som undres over ulik forekomst

Dermed er det en mulig sammenheng mellom foreldre med innvandrerbakgrunn og lavere forekomst av ADHD-diagnostisering. Samtidig har det vært en økning i antall innvandrere i Norge i perioden 2010-

2025 (SSB, 2025), og dermed vil foreldre med innvandrerbakgrunn være en forklaring på en nedgang i ADHD-diagnoser, og ikke økningen som er observert i samme periode.

3.6 Oppsummering av identifiserte drivere

Basert på gjennomgangen av mulige drivere har PwC sortert driverne i to hovedgrupper: 1) forhold som driver symptomtrykk og 2) forhold som driver økt diagnostisering. Noen av driverne er vurdert å både gi økt symptomtrykk og økt diagnostisering.

Med forhold som driver symptomtrykk menes drivere som fører til at flere opplever eller rapporterer ADHD-symptomer som påvirker deres daglige fungering i større grad enn tidligere. En hypotese er at personer som tidligere ikke ville ha blitt vurdert for diagnose, har nå fått høyere symptomtrykk, og derfor blir diagnostisert (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025). Hvis symptomtrykket i befolkningen har økt, vil flere vurderes for ADHD, som vil være en mulig forklaring på økningen i antall ADHD-diagnoser per år.

Med forhold som driver økt diagnostisering menes drivere som har en effekt på økningen i antall ADHD-diagnoser per år, men ikke som følge av økt symptomtrykk. Vi viser til fire underliggende årsaker her:

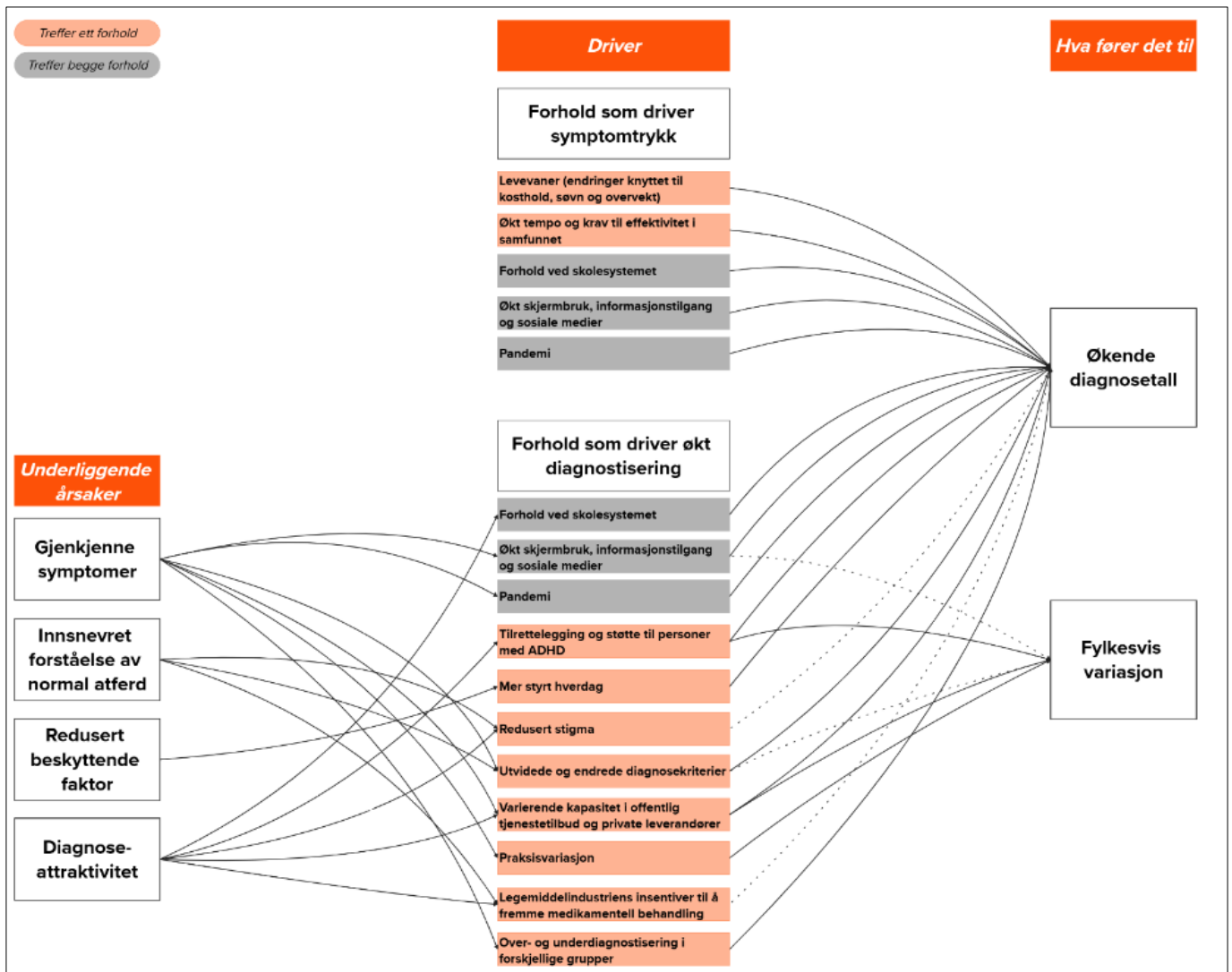
Gjenkjenne symptomer, som innebærer at symptomer på ADHD i større grad blir gjenkjent og oppdaget av enkeltpersoner, i samfunnet og i helsetjenesten.

Innsnevret forståelse av normal atferd, som innebærer at man vurderer barn og unge sin atferd ut fra en smalere eller mer rigid standard for hva som anses som normal utvikling og funksjon. Barn forventes nå i større grad å utvikle grunnleggende kognitive, sosiale og emosjonelle ferdigheter allerede i tidlig alder. De skal gradvis lære selvregulering av oppmerksomhet, aktivitet og impulser, og begynne å utvikle sosial kompetanse som samarbeid og vennlighet (NOU 2019:3, 2019). Innsnevret forståelse av normal atferd kan føre til at flere barn som viser variasjoner i oppmerksomhet, impulsivitet eller aktivitet blir oppfattet som avvikende eller symptomatiske, selv når atferden kan være innenfor et normalt spektrum.

Redusert beskyttende faktor, som betyr at det er i mindre grad tilstedeværelse av faktorer som gir barn og unge mulighet til å utvikle egne mestringsstrategier og erfaringer med selvregulering, som kan forebygge ADHD-symptomer.

Diagnoseattraktivitet, som handler om at det er forhold i samfunnet som gjør en ADHD-diagnose attraktiv. Dette kan føre til at flere oppsøker utredning.

Driverne under «forhold som driver økt diagnostisering» kan også ha en effekt på fylkesvis variasjon, som illustrert i Figur 3-16.



Figur 3-16 Overordnet modell av underliggende årsaker og drivere som fører til økende antall ADHD-diagnoser per år og fylkesvis variasjon.

I arbeidet med analysen har vi gjennomgått en omfattende mengde med forskningslitteratur, i tillegg til at vi har sett på meninger og ytringer som har blitt løftet i samfunnsdebatten. Tabellen under oppsummerer vår vurdering av driverens effekt økende diagnosetall og fylkesvis variasjon basert på kunnskapsbasert grunnlag.

Tabell 3-2: Vurdert effekt av drivere basert på kunnskapsbasert grunnlag

Driver	Kategori	Effekt på hva	Grad av effekt	Kilder: Kunnskapsbasert og forskning	Kilder: Hypoteser og ytringer
Utvidede og endrede diagnosekriterier	Helsetjenesten	Økende diagnosetall, fylkesvis variasjon	Dokumentert sikker effekt	(Sanders, Thomas, Glasziou, & Doust, 2019), (Koutsoklenis & Honkasilta, 2023), (Helsedirektoratet, 2022), (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025), (Hannås & Weidle, 2025), (Faraone, et al., 2021), (Helsedirektoratet, 2022), (Ørstavik, et al., 2016), (Helse Stavanger, 2025)	
Forhold ved skolesystemet	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 1996), (Beck, 2025), (Olsen, 2025), (Utdanningsdirektoratet, 2025), (Bachmann, Risnes, Bjørngaard, Schei, & Pape, 2022), (Utdanningsdirektoratet, 2024), (Pérez, Øvergaard, Frigessi, & Biele, 2025), (Nusche, Earl, Maxwell, & Shewbridge, 2011), (Giannakopoulos, 2025), (Mezzanotte, 2020)	(Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025), (Øen, 2025), (Køhn, 2025)
Økt skjermbruk, informasjonstilgang og sosiale medier	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Thorell, Burén, Ström Wiman, Sandberg, & Nutley, 2024), (Ra, et al., 2018), (Haavik, 2025), (de Vries, Batstra, & van Assen, 2025), (Schiros, Bowman, & Antshel, 2025), (Karasavva, et al., 2025), (Wallace, Boers, Ouellet, Afzali, & Conrod, 2023), (Lissak, 2018), (Stenseng, Hygen, & Wichstrøm, 2020), (Bakken, Abildsnes, & Sletten, 2024), (Mandahl, 2025), (Langeland, et al., 2025)	(FHI, 2025)
Pandemi	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(FHI, 2023), (Heslin, et al., 2023), (Zemer, et al., 2024), (Sriwaranun et al., 2023), (FHI, 2025), (Skrove, et al., 2021), (FHI, 2023), (Utdanningsdirektoratet, 2021), (Auro,	(FHI, 2023)

Driver	Kategori	Effekt på hva	Grad av effekt	Kilder: Kunnskapsbasert og forskning	Kilder: Hypoteser og ytringer
				Holopainen, Perola, Havulinna, & Raevuori, 2024), (Lu, et al., 2025), (Kumar & Kundu, 2023)	
Levevaner (endringer knyttet til kosthold, søvn og overvekt)	Individet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Hjjetland & Nerbøberg, 2024), (Groufh-Jacobsen, et al., 2023), (Haavik, 2025), (Bierud, 2024), (Køhn, 2025), (Meyer, 2023), (Solberg, et al., 2024), (Vedøy & Sæbø, 2023)	(Køhn, 2025), (Lund, 2025)
Tilrettelegging og støtte til personer med ADHD	Samfunnet	Økende diagnosetall, fylkesvis variasjon	Dokumentert mulig effekt	(Lånekassen, 2025), (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2025), (St. Olavs hospital, 2025), (Nav, 2025), (Helsedirektoratet, 2019), (Nav, 2025), (Utdanningsdirektoratet, 2024), (Arendalsuka, 2025), (FHI, 2025), (Selmer, 2025),	
Variierende kapasitet i offentlig tjenestetilbud og private leverandører	Helsetjenesten	Økende diagnosetall, fylkesvis variasjon	Dokumentert mulig effekt	(Helsebiblioteket, 2024), (Helsenorge, 2025), (RBUP (red.), 2024), (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025), (FHI, 2024)	(Lunde A. , 2025), (Skjeldrup, 2025), (Norsk forening for allmennmedisin, 2025), (Kaspersen & Hansen, 2015), (Kirkaune Sandven, Sangar, Lunde, Thomassen Furunes, & Sæther, 2024)
Økt tempo og krav til effektivitet i samfunnet	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Helsedirektoratet, 2023), (Utdanningsdirektoratet, 2021), (Nav, 2025), (Bufdir, 2025), (FHI, 2023), (Helsedirektoratet, 2022)	(Statped, 2025), (NHI, 2025), (Bruknapp, 2023)
Praksisvariasjon	Helsetjenesten	Fylkesvis variasjon	Dokumentert mulig effekt	(Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), u.å.), (Surén, et al., 2013), (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025), (Lyhmann, et al., 2022), (Akmatov, et al., 2018)	

Driver	Kategori	Effekt på hva	Grad av effekt	Kilder: Kunnskapsbasert og forskning	Kilder: Hypoteser og ytringer
Mer styrt hverdag	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Whitebread, Basilio, Kovalja, & Verma, 2012), (Lysklett & Berger, 2017), (Skogli, Orm, Fossum, Andersen, & Øie, 2022)	(Watzl, 2025), (FHI, 2025),
Redusert stigma	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Haavik, 2025)	(Køhn, 2025), (Collett, 2025),
Legemiddel-industriens insentiver til å fremme medikamentell behandling	Helsetjenesten	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Staff, 2015), (Lundh, Lexchin, Mintzes, Schroll, & Bero, 2017), (Direktoratet for medisinske produkter, 2023)	
Over-/under-diagnostisering i forskjellige grupper	Helsetjenesten	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Barkley, 2015), (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025)	(Mjølstad, 2025), (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025)

4 Konsekvenser

I dette delkapittelet tar vi for oss hvordan en ADHD-diagnose kan ha en konsekvens for samfunnet, helsetjenesten og individet.

4.1 Konsekvenser for samfunnet

Med konsekvenser for samfunnet menes hvordan økningen i antall ADHD-diagnoser kan ha en effekt på samfunnet som helhet.

4.1.1 Samfunnsøkonomisk kostnad

Studier av økonomiske konsekvenser viser at symptomer forenlig med ADHD koster samfunnet flere hundre milliarder dollar hvert år på verdensbasis (Faraone, et al., 2021). En systematisk gjennomgang av syv europeiske studier med flere hundretusen deltakere anslo ADHD-relaterte kostnader i Nederland til mellom ca 10 000 og 15 000 euro per pasient per år, med årlige nasjonale kostnader på mer enn 1 milliard euro. Kostnaden består av helsehjelp for ADHD-pasienter på mellom 84 og 377 millioner euro, helsehjelp til familiemedlemmer relatert til barnets ADHD på omtrent 161 millioner euro, tap av produktivitet hos familiemedlemmer mellom 143 og 339 millioner euro, kostnader til utdanning (inkludert ekstraundervisning og utdanningssystemets ressurser) på omtrent 648 millioner euro og kostnader til sosiale tjenester for ADHD-pasienter på omtrent 4 millioner euro (Le, et al., 2014). Dette er kostnader for individet og samfunnet knyttet til personer som har fått en ADHD-diagnose. Studien ser ikke på kostnader knyttet til at personer med ADHD-symptomer går udiagnostisert og ubehandlet, men det er grunn til å tro at de individuelle og samfunnsøkonomiske kostnadene av ubehandlet ADHD også er betydelige.

Tyske helseforsikringsregistre, som inkluderte mer enn 25 000 pasienter med ADHD, viser at pasienter med ADHD koster omtrent 1500 euro mer årlig enn de uten ADHD. De største kostnadsdriverne var innleggelsesbasert behandling, psykiatere og psykoterapeuter. Stemningslidelser, angst, rusmiddelbrukslidelser og fedme var betydelig vanligere hos pasienter med ADHD, og de ekstra kostnadene som følge av disse diagnosene la til så mye som 2800 euro per pasient (Libutzki, et al., 2019).

Flere informanter uttrykker tanker og bekymringer for sammenhengen mellom symptomer på ADHD og de kostnadene dette medfører, både for individ og samfunn, i intervjuene:

“Når vi ser på lengre sikt, øker skolefraværet. Ung uførhet – særlig blant de med nevroutviklingsforstyrrelser – utgjør den største gruppen unge uføre...”

Ansatt i PPT

En landsomfattende befolkningsstudie av over 83 000 personer med ADHD og over 300 000 personer i kontrollgruppen uten ADHD, matchet etter alder og kjønn, brukte danske nasjonale registre for å

beregne de netto samfunnsøkonomiske kostnadene ved ADHD. Sammenlignet med kontrollene, og ved å summere netto direkte helsekostnader og netto tap som følge av lavere inntekt og sysselsetting, kom de årlige gjennomsnittskostnadene per person med ADHD på litt over 16 000 euro. Av dette er litt over 2 500 euro direkte helsehjelpskostnader. Når ytterligere offentlige overføringer inkluderes, steg totalen til litt over 23 000 euro. (Jennum, Hastrup, Ibsen, Kjellberg, & Simonsen, 2020).

Verken informantenes beskrivelser eller den internasjonale litteraturen gir grunnlag for å forstå ADHD-diagnosen i seg selv som en direkte årsak til senere uførhet eller høye samfunnsøkonomiske kostnader, men heller ADHD-symptomene som fører til samfunnsøkonomiske kostnader. Diagnosen fungerer i denne sammenhengen primært som et verktøy for å beskrive og avgrense en gruppe med forhøyet risiko for slike utfall. Dette perspektivet understreker betydningen av tidlig innsats, forebygging og tilgjengelige støttesystemer, blant annet diskutert i kapittel 5.

4.1.2 Bagatellisering av belastning ved diagnose

En konsekvens ved en økning i ADHD-diagnoser er at diagnosen bagatelliseres av samfunnet, og at gruppen som har diagnosen opplever at de mistenkeliggjøres (Collett, 2025).

Med bagatellisering av ADHD menes at alvorligheten eller betydningen av ADHD blir undervurdert eller nedtonet. Det innebærer at tilstanden blir sett på som noe mindre viktig, i stedet for å anerkjennes som en reell nevrobiologisk tilstand som påvirker den enkeltes livskvalitet, skolegang, arbeidsevne og sosiale funksjon. Når ADHD bagatelliseres, kan det føre til manglende forståelse, utilstrekkelig hjelp og støtte, og til at personer med ADHD ikke får den behandlingen de trenger.

En utfordring som flere pasienter møter er at det stilles spørsmål ved gyldigheten i ADHD-diagnosen som har blitt stilt (Lunde G. , 2023). Personer med ADHD kan bli mistenkt for å utnytte diagnosen eller for å bruke den som en unnskyldning for oppførsel eller lav ytelse.

“Mange flere enn før snakker om ADHD ... Det er en del av hverdagspraten vår. Jeg har jo barn selv, og når jeg hører dem snakke, sier de: «Ja, det var bare ADHD-en min.» Slik omtales ADHD med letthet ... og den lettheten kan være en belastning for dem som virkelig sliter”.

Informant fra BUP

4.2 Konsekvenser for helsetjenesten

Med konsekvenser for helsetjenesten menes hvordan økningen i antall ADHD-diagnoser kan ha en effekt på helsetjenesten.

4.2.1 Forekomst av både over- og underdiagnostisering

Det er viktig å være åpen for at både over- og underdiagnostisering skjer samtidig (Køhn, 2025; Hjerneteltet, 2025). Hvis man kun fokuserer på enten over- eller underdiagnostisering, kan det føre til feilprioritering av ressurser. Personer som trenger hjelp kan bli oversett (underdiagnostisering), mens andre kan få unødvendig behandling (overdiagnostisering).

En beskrivelse av konsekvenser av overdiagnostisering og underdiagnostisering presenteres separat i påfølgende delkapitler.

4.2.2 Overdiagnostisering

Overdiagnostisering kan ha en konsekvens i form av unødig sykeliggjøring, feil diagnose og som blikkavleder.

Når en diagnose settes, kan det påvirke barnets selvoppfatning og identitet på en måte som gjør at barnet opplever seg som syk eller annerledes uten at det egentlig er nødvendig. Dette kan skape en merkelapp som begrenser barnet eller setter unødvendige begrensninger for hvordan det ser på seg selv og sine muligheter.

“... man kan modnes ut av ADHD-diagnosen. Hvis utviklingsforløpet er at du modnes ut av det, kan det ha negative konsekvenser, fordi du får et stempel på deg”

Det er viktig å vurdere om diagnosen faktisk gagnar barnet, ettersom forskning viser at ulempene ved diagnose og behandling kan overstige fordelene for enkelte barn, særlig ved mildere symptombilder (Kazda, et al., 2021)

Det kan være utfordrende å stille riktig diagnose, blant annet når det gjelder ADHD, fordi symptombildet kan være komplekst og et uttrykk for flere vansker og tilstander. Noen kan derfor ende opp med en upresis diagnose (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025), som igjen kan påvirke hvordan de får hjelp til sine behov og utfordringer.

En alvorlig problemstilling er at diagnoser kan fungere som blikkavledere, ved at man fokuserer på den merkede diagnosen i stedet for å undersøke og forstå bakenforliggende årsaker. For eksempel kan symptomer på ADHD eller lignende tilstander skjule alvorlige problemer i hjemmet som vold (Mjølstad, 2025). Det viktigste spørsmålet er derfor ikke bare om et barn har en ADHD-diagnose, men hvorfor barnet viser disse symptomene.

“...det kan jo være det samme symptomkomplekset ved vold og mishandling i hjemmet...”

Kommuneoverlege om bekymring for overdiagnostisering

Det er også viktig å være klar over at mange – kanskje alle – kan gjenkjenne noen symptomer assosiert med diagnosen (Mjølstad, 2025), uten at det nødvendigvis betyr at en diagnose er riktig eller nødvendig. Dette understreker betydningen av grundige utredninger med vurdering av flere faktorer enn det umiddelbare symptombildet.

4.2.3 Underdiagnostisering

En økning i ADHD-diagnoser kan være en konsekvens som følge av tidligere underdiagnostisering, i form av at det er et etterslep som nå fanges opp.

Mange har belastninger som tilsier at de trenger hjelp (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025) Mange som sliter med ADHD eller lignende utfordringer, har betydelige belastninger som påvirker deres livskvalitet, skolegang, arbeidsevne og sosiale relasjoner. Disse vanskelighetene gjør at man trenger støtte og behandling for å mestre hverdagen bedre. Uten riktig hjelp kan problemene forsterkes over tid, noe som kan føre til psykiske plager og sosiale utfordringer. Det er derfor viktig at personer med slike belastninger får den oppfølgingen de trenger.

Den reelle forekomsten av ADHD er ukjent, men enkelte studier indikerer at omtrent 6 prosent av alle barn og unge har ADHD (Faraone, et al., 2021). Se kapittel 2.1 for en diskusjon av forekomst i Norge. Derfor kan det ses på som positivt at stadig flere med ADHD blir oppdaget og får tilgang til behandling og støtte. Økt oppdagelse kan bidra til at flere får tilgang til behandling og støtte, noe som i mange tilfeller kan ha positiv effekt på funksjon og livskvalitet (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025; Køhn, 2025).

4.2.4 Mangelfull dokumentasjon på utredning og oppfølging

Det er mangler i datagrunnlaget som viser ADHD-diagnostisering over tid. En gjennomgang av 540 journaler fra 20 helseforetak i 18 fylker i 2018 varierende praksis med hensyn til journalføringen ved utredning. Gjennomgangen viste at hyperkinetisk forstyrrelse var klart dokumentert i bare 49 % av tilfellene, mens 51 % manglet sikker dokumentasjon (Surén, et al., 2018). Dette indikerer at det i mange tilfeller kan være usikkerhet rundt diagnosen eller mangelfull dokumentasjon, noe som kan føre til utfordringer både for pasientene og for videre oppfølging.

4.2.5 Får ressurssterke personer mer hjelp?

Et spørsmål som stilles er om det er de mest ressurssterke som oftest får hjelp, og det er en bekymring for at de svakeste eller de som «ikke roper høyest» får den hjelpen de trenger (Køhn, 2025; Hjerneteltet, 2025). Dette er relevant når man ser på økningen av ADHD diagnoser fordi det kan føre til en skjevfordeling av støtte og behandling. Ressurssterke familier kan ha bedre kunnskap, større kapasitet og økonomiske midler til å søke hjelp, stille krav og navigere i helse- og skolesystemet. Samtidig risikerer barn fra familier med færre ressurser å ikke bli oppdaget eller få riktig oppfølging, til tross for like store

eller større behov. Dette kan gjøre at de mest utsatte faller utenfor, noe som forsterker sosiale ulikheter og svekker muligheten for tidlig og nødvendig hjelp til dem som trenger det mest. På den andre siden er det en observert sammenheng mellom høyere forekomst av ADHD-diagnoser og lav inntekt hos foreldre, som diskutert i kapittel 3.5.3.

4.2.6 Press på den offentlige helsetjenestens kapasitet

Økningen i ADHD-diagnoser sammenfaller med at helsetjenestene står overfor store kapasitetsutfordringer, blant annet på grunn av eldreboelgen og mangel på kvalifisert personell. Flere pasienter med ADHD vil få betydelige konsekvenser for helsetjenesten, fordi det vil kreve økt oppfølging, behandling og ressurser i en allerede presset sektor (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025).

«Vi bruker for mye ressurser på barn med ADHD-symptomer som kunne klart seg med gode, lokale tiltak».

Informant fra BUP

Når en stadig større andel pasienter har behov for spesialisert hjelp, samtidig som kapasiteten i helsetjenesten ikke øker i takt med behovet, blir det nødvendig å organisere og spisse tilbudene (Hjerneteltet, 2025). Uten en mer effektiv ressursbruk risikerer man at ventetider øker, noe som kan føre til at mange som trenger hjelp ikke får tilstrekkelig oppfølging. Flere av våre informanter deler en bekymring for at de barna som har en historie med vold, overgrep, psykose og personlighetsforstyrrelser, og som har vært i barnevernet, ikke blir prioritert høyt nok. Informanter fra BUP forteller i intervjuene om hvordan de jobber med å omorganisere tjenestene, og jobber med å øke oppmerksomheten på de problemstillingene som *må* håndteres i spesialisthelsetjenesten, samtidig som at de opplever at det er for lite avgrensning til hva som ikke hører hjemme i BUP.

«Det er de mest alvorlige sakene. De barna som trenger høyspesialiserte tjenester. Det oppleves som veldig tungt å ikke få drahjelp til det en skal gjøre mindre av. Hvor skal grensa gå?»

Informant fra BUP

4.2.7 Et gap mellom forventninger og tjenestetilbud

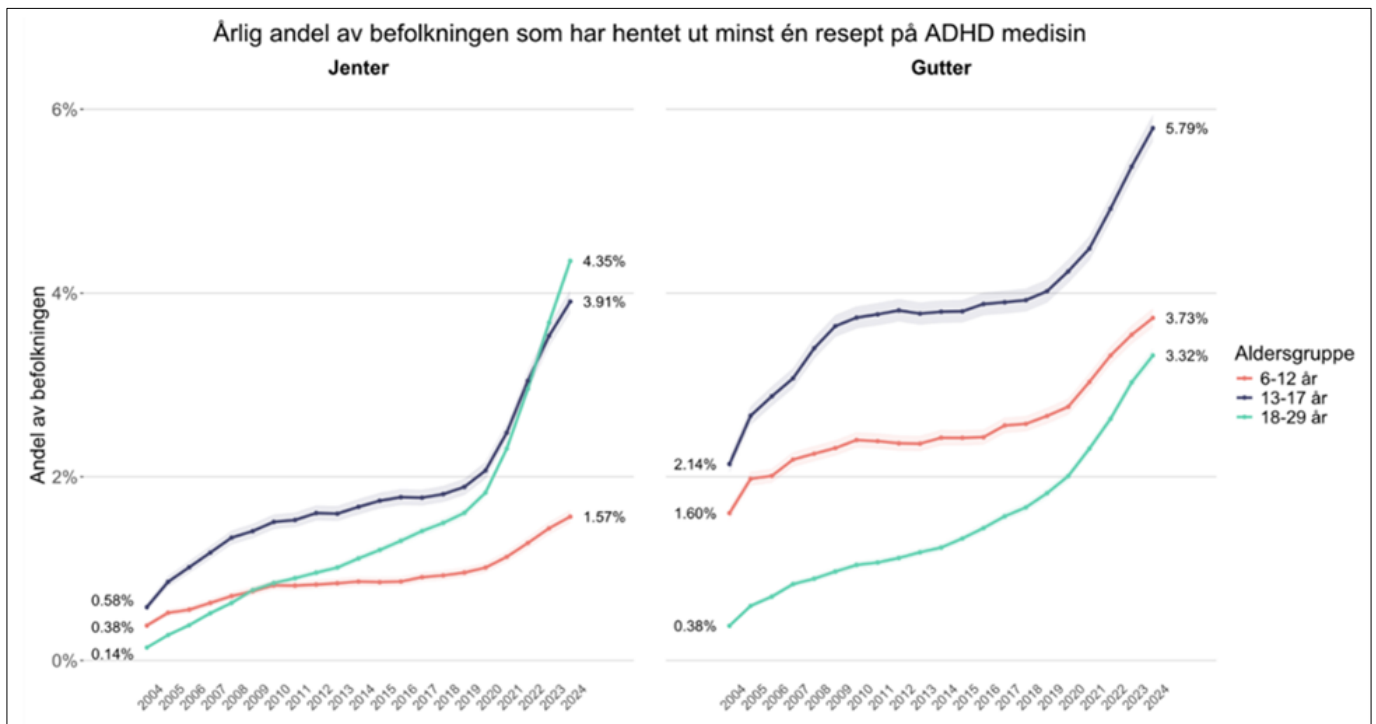
En økning i ADHD-diagnoser kan bidra til en risiko for diskrepans mellom helsepolitiske forventninger og det faktiske tilbudet i spesialisthelsetjenestene. Mens helsemyndighetene kan legge føringer og sette ambisiøse mål for utredning og behandling, kan kapasiteten i tjenestene være begrenset grunnet manglende ressurser. Denne ubalansen kan føre til at samfunnet og pasientene opplever at tilbudet ikke samsvarer med forventningene, noe som kan redusere tilliten både til helsetjenestene og helsemyndighetene. Redusert tillit gjelder ikke bare mellom befolkningen og tjenesteyterne, men også internt mellom de som gir politiske oppdrag og de som leverer helsetjenestene.

«Kjerkol stod jo her for tre år siden, alle som ønsker hjelp i BUP skal få det. Vi skal både gi hjelp til de mange, men også være høyspesialiserte. Det kommer ikke noe midler, det kommer ikke noe mer. Det er en spagat å stå i ... Hadde vi fått noe politisk hjelp her, så hadde det vært veldig fint»

Informant fra BUP om det vedkommende opplever som både urealistiske, og feil forventninger til hva som er BUPs mandat

4.2.8 Økning i bruk av legemidler

I samsvar med økningen i ADHD-diagnoser har det vært en økning i medikamentell behandling. Bruken av ADHD-legemidler har økt, særlig etter 2020, tilsvarende diagnoseøkningen. Økningen i medisinbruk er særlig tydelig for tenåringsjenter og unge voksne kvinner (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025).



Figur 4-1 Årlig prevalens av befolkningen som har hentet ut minst én resept på ADHD-medisin (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025).

De vanligste ADHD-medisinene inkluderer sentralstimulerende midler som metylfenidat, lisdeksamfetamin og deksamfetamin, samt ikke-stimulerende medisiner som atomoksetin og guanfacin. Sentralstimulerende legemidler er klassifisert som narkotikum og står på dopinglisten, og krever særskilt rekvireringsrett (Forskrift om rekvirering av forbudt narkotikum og bestemte legemidler til humanmedisinsk bruk, 2022) (Aase, Pettersen, Bang, Havdahl, & Biele, 2025)

Medikamentell behandling, særlig med sentralstimulerende midler, har vist seg å være effektiv for mange personer med ADHD (Faraone, et al., 2021). Studier av svenske registerdata har vist at bruk av godkjente legemidler ved ADHD-diagnose var assosiert med redusert risiko for selvmordstanker, rusmisbruk, transportulykker og kriminalitet, med en effekt over tid ved vedvarende bruk (Zhang, et al., 2025). Andre studier tyder på at behandling med ADHD-medisin reduserer risikoen for ulykker, hodeskader,

rusmisbruk, røyking, lav skoleprestasjon, benbrudd, kjønnsykdommer, depresjon, selvmord, kriminalitet og tenåringsgraviteter (Faraone, et al., 2021). Tross flere titalls år med forskrivning av amfetamin, metylfenidat og andre ADHD-medisiner påpekes det fortsatt mangler i kunnskapsgrunnlaget, særlig knyttet til langtidseffekter. Selv om medisinene gir korttidseffekt med økt fokus og bedre impuls kontroll, viser erfaring at disse effektene ofte avtar over tid. Derfor er det behov for mer forskning og overvåking for å kartlegge om og hvordan medisinene virker på sikt (Velken, 2024). På tross av disse manglene, bør det også påpekes at ADHD-medisiner er blant de mest og lengst studerte midlene som er tilgjengelige i Norge (Haavik, 2025)

Kortidsbivirkningene av ADHD-medisin oppfattes som vanligvis milde, som moderate søvnproblemer, nedsatt appetitt, munntørrehet og hodepine, og kan potensielt håndteres ved å justere dosen eller bytte medisin (Faraone, et al., 2021; Felleskatalogen, 2024). Samtidig kan det være en økt risiko for psykose eller bipolar lidelse ved bruk av sentralstimulerende legemidler (Salazar de Pablo, et al., 2025; Felleskatalogen, 2024).

Det er godt kjent at sentralstimulerende midler kan øke blodtrykket. Behandlingsveiledere anbefaler derfor rutinemessig blodtrykkskontroll og å utvise forsiktighet ved kjent kardiovaskulær sykdom. Nylige registerdata fra Sverige viser at langvarig bruk hos voksne kan øke risikoen for høyt blodtrykk og blodkarsykdom (Zhang, et al., 2023). Blant barn og unge kan medikamentbruk gjennom vekstfasen føre til noe redusert vekst og lavere voksehøyde. Andre studier peker på mulige sammenhenger mellom ADHD, bruk av sentralstimulerende legemidler og økt forekomst av nevrodegenerative sykdommer. Selv om funnene ikke er entydige, understreker dette behovet for fortsatt overvåking og forskning på langtidseffekter (Velken, 2024).

I praksis må behandling tilpasses individuelt, med jevnlig vurdering av effekter og bivirkninger. Mange har god kontroll på legemidler, særlig når foresatte organiserer dette. Samtidig er det utfordringer knyttet til feilbruk, som kan forekomme ved at ungdom overskrider doser, «mistet» medisin etterspørres gjentatte ganger, eller at pasienter bruker resept raskere enn instruert og ber om ny resept for å hente mer medisin enn det som i utgangspunktet ble tildelt (Nordberg, 2025). Det er også en risiko at andre utover pasienten får tilgang til legemidlene, som kun skal brukes av pasienten (Faraone, et al., 2021). Slik «lekkasje» av legemidler er et betydelig problem, både blant barn og voksne med ADHD.

4.3 Konsekvenser for individet

Med konsekvenser for individet menes hvordan en ADHD-diagnose kan ha en effekt på enkeltpersonen som diagnostiseres.

4.3.1 Opplevelse av utenforskap

Det er en hypotese at funksjonsvanskene ved ADHD i tidlig alder kan bidra til utenforskap som voksen (Lund, 2025). Barn og unge med ADHD kan ha vanskelig for å få venner fordi de ofte sliter med å

oppfatte sosiale signaler som kroppsspråk og tonefall. De kan avbryte, ha problemer med å følge med i samtaler og reagere impulsivt, noe som kan føre til misforståelser og sårende situasjoner. Vansker med fokus, emosjonell kontroll og øyekontakt kan gjøre det vanskelig å tilpasse seg sosiale regler, og dette kan føre til at de føler seg utenfor eller misforstått (Habib, 2024).

“...Mange av dem har aldri opplevd mestring eller tilhørighet på skolen. Problemet starter nettopp her, med manglende følelse av å høre til og mestre, noe alle elever burde oppleve. Denne mangelen fører ofte til varig utenforskap. Dette er en stor belastning for familier og samfunnet.”

Ansatt i PPT

I Irland viste 13-åringer med ADHD-symptomer som har fått en diagnose at de sliter mer med relasjonelle problemer og verre prososial atferd sammenliknet med barn med ADHD-symptomer uten en formell diagnose. Studien fremhever at ytterligere forskning er nødvendig for å forstå årsakene som fører til denne effekten (Connor & McNicholas, 2020). Barn med ADHD er overrepresentert blant gruppen med elever med skolevegring, og er ekstra utsatte for å oppleve mobbing og sosial isolasjon på skolen (Mebostad & Orm, 2023). Utenforskap kan fortsette i voksen alder, ettersom voksne med ADHD fortsatt kan slite med å få venner og holde på relasjoner (Habib, 2024).

“For enkelte kan det å få diagnosen i seg selv stadfeste at de er annerledes og øke opplevelsen av å ikke passe inn, mens for andre kan det å få diagnosen skape en større selvforståelse og raushet, og oppleves til hjelp”

Ansatt i BUP om diagnosen som tveegget sverd

“Han er ikke slem lenger nå, det var før det”.

Lærer som referer til en samtale hun overhørte mellom to barn, om en medelev som hadde store vansker i det sosiale samspillet før han ble diagnostisert og medisineret

4.3.2 Livsvarig diagnose?

Når diagnosen først settes, er det med en tanke om at det er noe *“man skal leve med”* (NRK, 2025). Samtidig kan utviklingen av ADHD-symptomer og problemer variere gjennom livet. Noen får mindre symptomer når de blir voksne, mens andre får større problemer med alderen (Franke, et al., 2018).

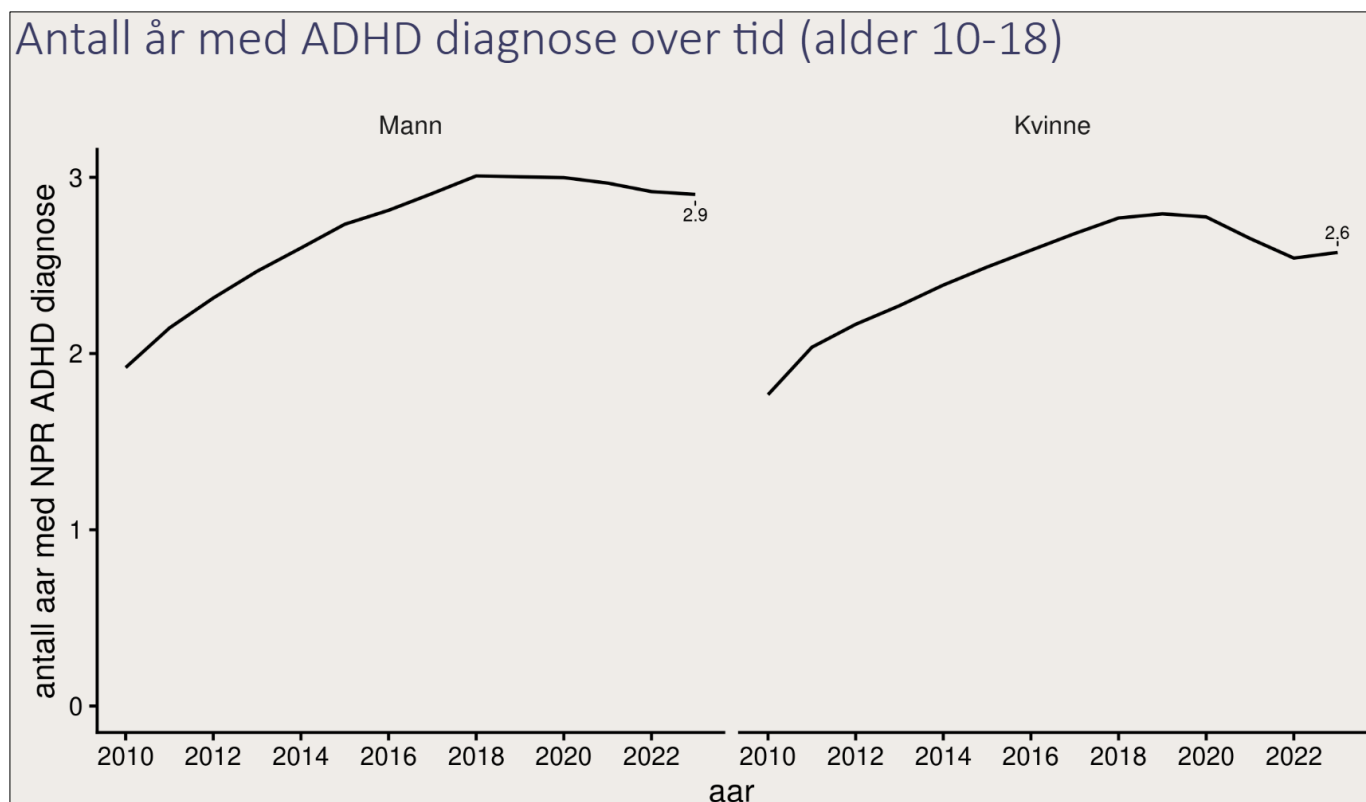
«Man er i en sårbar fase som tenåring, og man endrer seg mye fram til man blir voksen.»

Ansatt fra Statped om en tenåring fikk en ADHD-diagnose, men symptomene forsvant med alderen.

Det har vært fokus på forskjellige behov for behandling og tilrettelegging gjennom livet for personer med ADHD. Diagnosen settes gjennomsnittlig når barn er i ni-ti års alderen. Behandlingen og tilretteleggingen på skolen i denne alderen, vil ofte ikke være tilstrekkelig når barnet kommer i

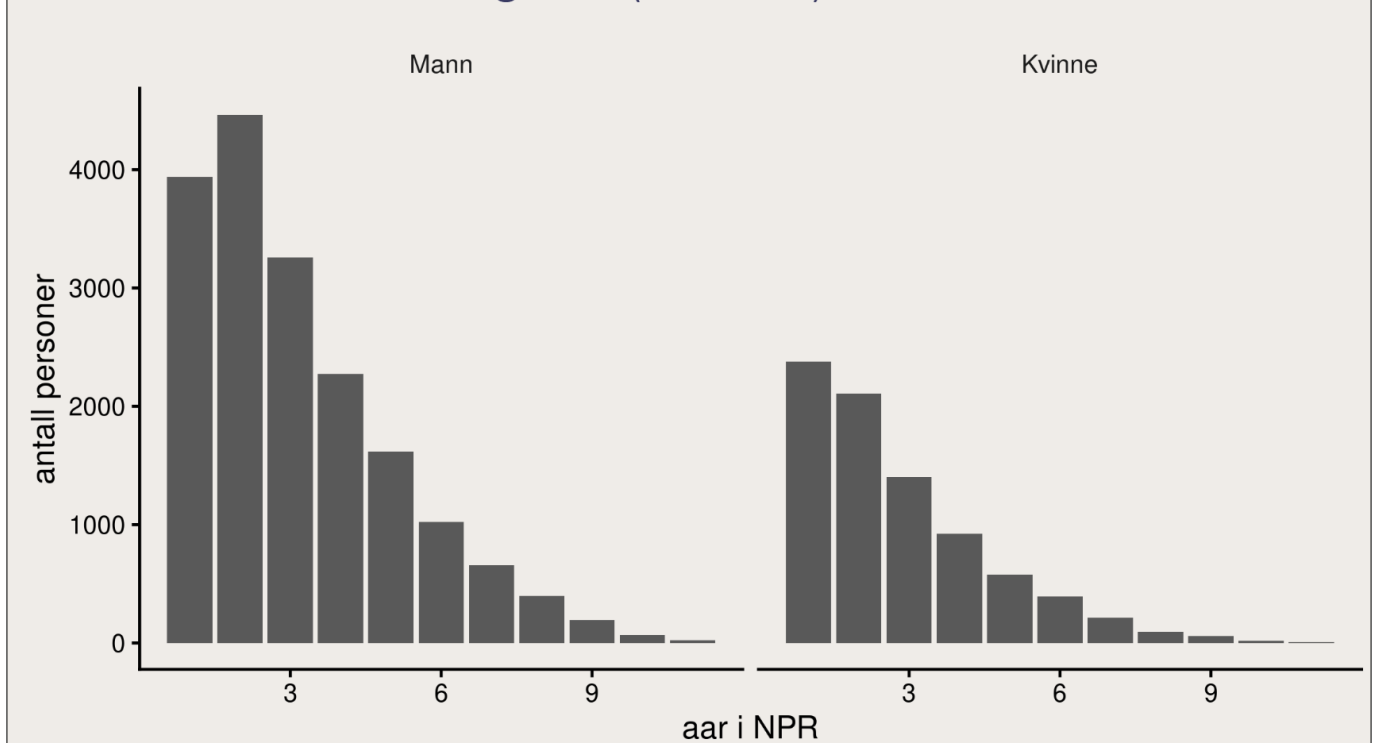
ungdomsalder, ei heller til å avhjelpe den utfordrende overgangen til voksen alder (Sørensen, 2025). I tillegg kan en diagnose som settes i tidlig alder være knyttet til symptomer som mange barn kan vise, som umodenhet, urolighet, impulsivitet og stressreaksjoner (RBUP (red), 2024).

Varigheten av kontakten med spesialisthelsetjenesten har økt over tid, med et snitt på 2,9 år for gutter i alderen 10-18 år og et snitt på 2,6 år for jenter i tilsvarende alder. Figurene under viser varighet av kontakt med spesialisthelsetjenesten over tid og antall år med kontakt med BUP-enheter (Biele, 2023).



Figur 4-2: Antall år med ADHD-diagnose over tid (alder 10-18). Varigheten av kontakten med spesialisthelsetjenesten har økt over tid.

Antall år med ADHD diagnose (alder 15)



Figur 4-3: Antall år med ADHD-diagnose (alder 15). Mange barn med ADHD har kontakt med BUP-enheter over flere år.

4.3.3 Komorbiditet og negative helseutfall

Personer med ADHD har oftere tilleggsdiagnoser og utfordringer som overvekt, astma, diabetes, høyt blodtrykk, søvnproblemer, psoriasis, epilepsi, kjønnsykdommer, øyeavvik, immunsykdommer og stoffskiftesykdommer. ADHD forekommer ofte sammen med andre psykiske lidelser, spesielt depresjon, bipolar lidelse, autisme-spektrum lidelser, angst, opposisjonell forstyrrelse, spiseforstyrrelser og rusmiddellidelser (Faraone, et al., 2021). Fra intervjuene utvides bildet, med blick på lærevansker, enten spesifikke eller generelle, samt skolevegring.

Vi finner også økt risiko for lav livskvalitet, ulykker, lav skoleprestasjon, arbeidsledighet, gambling, tenåringsgraviditeter, sosiale vansker, kriminalitet, selvmord og for tidlig død hos personer med ADHD (Faraone, et al., 2021). En ADHD-diagnose er ikke assosiert med noen selvrapporterte forbedringer i ungdommers livskvalitet sammenlignet med lignende nivåer av hyperaktivitet/impulsivitet, men uten ADHD-diagnose (Kazda, McGeechan, Bell, Thomas, & Barratt, 2022).

Personer med ADHD viser ofte nedsatt prestasjon på psykologiske tester av hjernefunksjon. Hjerneavbildningsstudier viser små forskjeller i hjernens struktur og funksjon mellom personer med og uten ADHD. Forskjellene er ikke tilstrekkelige store eller systematiske til at slike tester kan benyttes til å stille en ADHD-diagnose (Faraone, et al., 2021).

4.3.4 Forhold til egen diagnose

Forskning viser at personer opplever både positiv og negativ relasjon til diagnosen (NRK, 2025). Positiv relasjon til en ADHD-diagnose kan komme i form av økt selvforståelse, tilgang til hjelp og anerkjennelse av styrker som kreativitet og «hyperfokus». Negativ relasjon til diagnosen kan være som følge av en negativ opplevelse av symptomene, funksjonsnedsettelse og sosiale utfordringer (Helsenorge, 2023).

“Det er bra at mange blir oppdaget, får tilrettelegging de har behov for, og får en forklaring på sine vansker. Man får riktig hjelp til riktig tid. Utfordringen er at for mange blir diagnostisert og sitter igjen med en merkelapp, selv om de ikke har denne vansken i så stor grad”.

Ansatt i Statped

4.4 Kommunal ressursbruk og ADHD-insidens

Analysen i dette underkapittelet undersøker hvorvidt det finnes systematiske mønstre i samvariasjonen mellom kommunal ressursbruk på ulike oppvekstrelaterte tjenesteområder og forekomsten av ADHD-diagnoser blant barn og unge. Utgangspunktet er at kommunene gjennom sitt arbeid med forebyggende tjenester og tidlig innsats kan påvirke barns psykososiale utvikling og opplevd funksjonstap/vanske, og at eventuelle forskjeller i innsatsnivå på tvers av fylker derfor kan være relevant å studere. Formålet med analysen er ikke å avdekke årsakssammenhenger, men å identifisere statistiske mønstre som kan gi grunnlag for videre undersøkelser.

Data er hentet fra SSBs kommuneregnskap og demografistatistikk for perioden 2015–2022, og omfatter korrigerede brutto driftsutgifter for barn og unge innen relevante oppveksttjenester. Kommunedataene er aggregert til fylkesnivå for å samsvare med tilgjengelige tall for ADHD-insidens blant barn og unge i gruppen 2-17 år, for den samme tidsperioden.

For hver variabel som beskriver kommunal ressursbruk, er det beregnet korrelasjonskoeffisienter mot andelen barn diagnostisert med ADHD per år og fylke. Analysen av samvariasjon er gjort med metoder som reduserer påvirkningen fra statistiske uteliggere, som ellers kan forvri korrelasjonsbildet ved å legge for stor vekt på unormale observasjoner. For å kontrollere for nasjonale trender over tid er både variablene som omhandler kommunal ressursbruk og insidensraten korrigert med faste effekter for år. Analysen måler altså sammenhengen mellom fylkesvise avvik fra det nasjonale årlige gjennomsnittet. På denne måten unngår man at nasjonale utviklingstrekk i diagnosepraksis eller finansiering forstyrrer analysen av geografiske forskjeller. Det understrekes at analysen er deskriptiv. Funnene sier kun noe om samvariasjon mellom kommunal ressursbruk på fylkesnivå og årlig insidens i ADHD-diagnoser, ikke at den ene variabelen har en kausal effekt på den andre.

Tre kostnadsposter i kommuneregnskapene viser tydelige og statistisk signifikante negative sammenhenger med forekomsten av ADHD diagnostisering: Råd, veiledning og sosialt forebyggende

arbeid, aktivitetstilbud til barn og unge og skolefritidstilbud (SFO). Det betyr at i fylker der kommunene i gjennomsnitt bruker mer ressurser på disse områdene, er den fylkesvise forekomsten av ADHD lavere.

Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid viser den sterkeste negative korrelasjonen blant variablene og fremstår som et område som samvarierer med lavere ADHD-insidens i fylkene. Med andre ord ser man at fylker med kommuner som i gjennomsnitt bruker mer ressurser på råd- og veiledningstjenester per innbygger, i gjennomsnitt har færre registrerte tilfeller av ADHD. Dette tjenesteområdet omfatter blant annet lavterskel sosialfaglig oppfølging, som kan bidra til å identifisere og avlaste belastninger i familier tidlig. Særlig i møte med familier med lav helsekompetanse, språkbarrierer eller kulturell skepsis til psykisk helsehjelp, kan slike tjenester spille en viktig rolle i å forebygge at utfordringer utvikler seg til mer alvorlige symptombilder.

“ ... Det er viktig at kommunene har et lavterskeltilbud til de ulike foreldregruppene. Ved slike møtepunkter kan foreldre treffe og lære av hverandre og de kan få konkret råd og veiledning på hvordan håndtere de utfordringene de står i i hverdagen.

Lavterskeltilbud til foreldregruppene i kommunene kan være forebyggende for atferdsproblem i skolene og dermed kanskje også redusere behov for henvisning til spesialisthelsetjeneste.”

Kommuneoverlege om behov for lavterskeltiltak rettet mot foreldre og familier

Aktivitetstilbud til barn og unge viser en negativ samvariasjon, også statistisk signifikant. Variabelen omfatter støtte til fritidsklubber, frivillige organisasjoner og kultur- og idrettsaktiviteter. Disse tilbudene representerer ofte lavterskelarenaer for sosial deltakelse og mestring, og skiller seg fra mer prestasjonsorienterte eller konkurransepregede fritidsaktiviteter. De kan gi barn og unge større handlingsrom, sosial støtte og mulighet for egenstyrt aktivitet, faktorer som i forskning har vært forbundet med bedre reguleringsferdigheter og lavere symptomtrykk. Et godt utbygd aktivitetstilbud kan derfor fungere som en beskyttende faktor mot utvikling eller forsterkning av ADHD-lignende vansker.

Skolefritidstilbud (SFO) har en negativ korrelasjon med ADHD-insidens blant barn og unge. SFO gir struktur, tilsyn og aktiviteter etter skoletid, og kan være særlig viktig for barn med behov for støtte i overgangen mellom ulike arenaer i hverdagen. I lys av økende krav til barn og mindre rom for ustrukturert lek, kan et trygt og forutsigbart SFO-tilbud bidra til å forebygge stress og uro. Samtidig kan variasjoner i utgifter til SFO reflektere ulik kommunal politikk og prioritering, som igjen kan henge sammen med andre faktorer som påvirker insidens.

Disse funnene viser at noen av de mest relasjonelle og forebyggende tjenestene, særlig de som ikke er en del av skole eller barnehage, men som handler om fritid, støtte og tilstedeværelse samvarierer med lavere forekomst av diagnoser. Det må understrekes at dette ikke betyr at økt ressursbruk i disse tjenestene nødvendigvis fører til en lavere insidensrate, men at mønstrene er tilstrekkelig tydelige til at de kan være av interesse for videre analyse. Et mulig bakteppe er at kommuner som satser mer på disse tjenestene

også har andre trekk, for eksempel høyere kompetanse i hjelpeapparatet, bedre koordinering og sterkere tradisjon for tidlig innsats i møte med barn med sammensatte behov.

Flere andre kostnadsområder viser svakere ikke-signifikante korrelasjoner. For eksempel så er det en ikke-signifikant, men positiv korrelasjon mellom ADHD-insidens og pengebruk på grunnskolen. Det betyr at fylker der kommunene har høyere skoleutgifter per barn også har en noe høyere diagnoseandel, dette kan for eksempel skyldes at fylker med høy insidensrate setter inn flere tiltak, og dermed har økt ressursbruk som følge av behov. Andre kostnadsposter som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, barnehage og annet forebyggende helsearbeid viser til svake og ikke-signifikante negative korrelasjoner med insidensraten til ADHD. Se vedlegget for detaljerte resultater.

Funnene gir noen hypoteser som kan være nyttige for videre analyser. Det er mulig at variasjonene som observeres skyldes ulik kommunal politikk eller prioriteringer, og at dette på sin side virker inn på utviklingsforløpet for barn i risikozonen. En begrensning i analysen er aggregeringen av insidens-data på fylkesnivå. Kommuneregnskapsdataen til SSB viser til en merkbar variasjon i ressursbruken blant kommunene innen hvert fylke. Videre kan det være relevant å fremskaffe data om ADHD-diagnoser på kommunenivå og undersøke samvariasjonen på et lavere aggregeringsnivå.

I forlengelsen av de statistiske funnene beskriver informantene tre tydelige mønstre av praksisvariasjon. For det første peker de på betydelige forskjeller mellom ulike deler av landet, der håndteringen av ADHD-henvisninger varierer på tvers av kommuner, sektorer og etater. For det andre viser flere ansatte i BUP til at det også forekommer markante variasjoner innenfor samme opptaksområde når dette omfatter flere kommuner. Informantene beskriver videre at disse variasjonene i stor grad ser ut til å henge sammen med kvalitet, kapasitet og kompetanse i de kommunale tjenestene. I en kommune, som angir å ha godt utbygde kommunale tjenester, beskrives en praksis der BUP forventer at det gjennomføres målrettede tiltak i hjem og nærmiljø før henvisning, ofte med kommunal veiledning om skjermbruk, søvn, kosthold og fysisk aktivitet. I kommuner der tjenestene har lavere kapasitet, kompetanse og færre ressurser, opplever våre informanter fra BUP derimot hyppigere henvisninger til ADHD-utredning, også i saker de mener kunne vært håndtert lokalt gjennom tilpasninger i skole og hjem. Informantene beskriver videre at disse variasjonene i stor grad ser ut til å henge sammen med kvalitet, kapasitet og kompetanse i de kommunale tjenestene. I en kommune, som angir å ha godt utbygde kommunale tjenester, beskrives en praksis der BUP forventer at det gjennomføres målrettede tiltak i hjem og nærmiljø før henvisning, ofte med kommunal veiledning om skjermbruk, søvn, kosthold og fysisk aktivitet. I kommuner der tjenestene har lavere kapasitet, kompetanse og færre ressurser, opplever våre informanter fra BUP derimot hyppigere henvisninger til ADHD-utredning, også i saker de mener kunne vært håndtert lokalt gjennom tilpasninger i skole og hjem.

Vi understreker at informantgrunnet er begrenset, og at funnene ikke beskriver helsetjenesten nasjonalt. Informantene peker likevel på konsistente mønstre i hvordan strukturelle forskjeller i kommunale tjenester kan bidra til ulik praksis og ulike henvisningstall.

4.5 Informantenes beskrivelser av konsekvenser av økningen i ADHD-diagnoser

Økningen i ADHD-diagnoser og ADHD-liknende symptomer har omfattende konsekvenser for tjenestene som skal støtte barn og familier. Informantene beskriver et system som strever med å håndtere volumet av henvisninger, samtidig som kapasitet og ressurser ikke følger med utviklingen. Dette gir utslag både i skolen, PPT, kommunehelsetjenesten og BUP, og påvirker barn og familier direkte. Flere peker på skolen som en viktig forebyggende og helsefremmende arena, og mener mer innsats må legges inn der for å redusere konsekvensene av økningen av ADHD-symptomer blant barna på de forskjellige systemene. Samtidig er det unison enighet på tvers av alle informanter at lærerne har for mange og for komplekse oppgaver allerede, og at dagens løsning ikke er bærekraftig. Dette delkapitlet er basert på informantenes beskrivelser og vurderinger.

4.5.1 Skolen: Lærere skal tilpasse undervisningen uten flere ressurser

Skolen står i en todelt utfordring: mangel på nok personale og økende krav til tilpasning. Skoler opplever et økende press når stadig flere elever har reguleringsvansker eller symptomer som en ser ved ADHD. Informantene beskriver:

Pedagogiske konsekvenser: Lærere må velge mellom ro og orden eller faglig progresjon. Lærerne opplever at de må bruke mye tid og ressurser på individuell oppfølging, noe som går på bekostning av undervisning og støtte til resten av elevgruppen. Dette fører til en svekkelse av det ordinære undervisningstilbudet. Ressurser bindes opp i individuelle vedtak eller omfattende tilpasning for mange enkeltelever, noe som svekker forebyggende tiltak som intensivopplæring. Når ressursene først brukes på enkeltelever med store behov, blir det mindre tid og tilgjengelige ressurser til universelle tiltak i klasserommet, noe som igjen kan gjøre læringsmiljøet vanskeligere for flere andre elever og skape behov for enda mer individuell oppfølging.

Organisatoriske konsekvenser. Informantene opplever manglende stabilitet i klassen når få voksne skal balansere undervisning, relasjonsarbeid og reguleringsstøtte. Informantene tegner et bilde av økende henvisningspress i skoler med svake støttesystemer, da læreren blir stående alene med å vurdere og forstå sakene. Noen informanter peker på et styringsmessig informasjonsgap knyttet til hvem som mottar ekstra tilpasning og hvordan ressursene fordeles i skolen. Tilrettelegging for barn med oppmerksomhetsvansker og ADHD-diagnose som ikke har krav på IOP forventes i dag å skje innenfor skolens økonomiske rammer, uten ekstra ressursallokering. Samtidig finnes det ingen systematisk oversikt over hvor mye arbeid og ressurser som faktisk brukes på tilpasning. Dette utgjør et informasjonsgap, gjør at konsekvensene for både barn og lærere blir lite synlige, og at styringsnivået mangler kunnskapsgrunnlag for å vurdere effekten av tilrettelegging eller sammenligne praksis på tvers av kommuner. Lærerne beskriver at dette skaper et krysspress, der de må håndtere omfattende individuelle krav samtidig som de skal ivareta hele klassen. Noen informanter mener at lærere bør ha

mer helsekompetanse, og at dette bør inn i lærerutdanningen. Andre peker på at det allerede ligger for mange oppgaver på læreren, og at det er behov for å styrke tilstedeværelsen av andre faggrupper med helsekompetanse i skolen.

Emosjonelle konsekvenser for lærere. Lærerne står med ansvar for å håndtere barnas vansker innenfor et presset læringsmiljø, og med mange ulike behov og mål de skal sjonglere samtidig. Stress og emosjonell belastning er høy i læreryrket, mange skoler har høyt sykefravær, og det er utfordringer med rekruttering og turnover flere plasser. Særlig unge bytter yrke når de forstår hvor tungt det er å stå i rollen som lærer – noe de ikke hadde forventet under lærerutdanningen, ifølge våre informanter.

“...så må vi ut og ko-regulere et av disse barna da, og så rett tilbake på undervisning...”

Lærer

Konsekvenser for barna. Informantene understreker at høy turnover blant lærere og økt sykefravær skaper ustabilitet for elevene. Dette gjør det vanskelig for elever, spesielt de med ADHD og andre utfordringer, å bygge trygge, forutsigbare relasjoner til voksne som er avgjørende for god oppfølging og mestring. Elever med spesielle behov trenger særlig kontinuitet og tillit, som svekkes dersom de møter mange ulike voksne eller vikarer. Barna trenger ofte hjelp til overganger, hjelp til å komme seg godt inn i sosiale aktiviteter, til å starte og avslutte aktiviteter, og til å konkretisere og sekvensiere oppgaver. Manglende tilrettelegging kan føre til en «ond sirkel» der barn mister mestring og henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

En av de konsekvensene som de fleste av våre informanter er mest bekymret for når det kommer til skole, er presset som legges på lærerne. Lærere melder om stress og høyt arbeidspress, og enkelte vurderer å forlate yrket. Dette omhandler både oppgaver knyttet til pedagogikk, men også knyttet til de emosjonelle kravene, og følelsen av å ikke strekke til. Lærere etterlyser praktiske, kontekstnære råd og tid i klasserommet fra helsetjenesten og PPT. Der både PPT og helsetjenesten er lite til stede, henviser skoler og foresatte oftere barn til BUP for utredning, selv når utfordringene kan skyldes lærevansker, språkvansker, modning eller læringsmiljø, og lokale tiltak ikke er tilstrekkelig prøvd ut, ifølge flere av våre informanter.

4.5.2 PPT: Lite rom for å jobbe helsefremmende og forebyggende

PPT fremstår som en flaskehals i flere kommuner. Økningen i ADHD-henvisninger og symptomer har direkte konsekvenser for hvordan tjenesten kan prioritere og arbeide.

Arbeidsbelastning. Høyt sakstrykk knyttet til ADHD-henvisninger gir mindre rom for systemarbeid og forebygging. Flere enkeltsaker presser kapasiteten, og tidlig avklaring blir vanskelig når PPT ikke er tett nok på skolene. Ressursene brukes mye på utredninger og sakkyndige vurderinger, noe som reduserer kapasiteten til veiledning og kompetanseheving i skolene

Kontinuitet og kompetanse. Små enheter blir sårbare for fravær, rekrutteringsutfordringer og utskiftninger, noe som svekker kontinuiteten og oppfølgingen av barn med ADHD-liknende vansker. Informantene beskriver stor variasjon mellom skoler i hvilke tiltak som faktisk iverksettes, noe som gir ujevn kvalitet. Flere peker på at større fagmiljøer eller interkommunale samarbeid styrker robustheten, fordi sårbarheten knyttet til personskifte reduseres. Når PP-rådgivere inngår i slike større miljøer eller samarbeid, blir oppfølgingen mer stabil, siden enkeltpersoners kompetanse og relasjoner til samarbeidende systemer ikke lenger avgjørende for kvaliteten.

Konsekvenser for barn og skoler. Barn risikerer å bli henvist videre til BUP før lokale tiltak er tilstrekkelig utprøvd, fordi PPT ikke har kapasitet til å avdekke lærevansker eller andre årsaksbilder. Skoler mister støtte til å skille mellom ADHD-symptomer og andre utfordringer, noe som øker risikoen for feilaktige henvisninger. I tillegg vil dårlig kommunikasjon mellom skole, PPT og BUP medføre at det stadig gjøres dobbeltarbeid.

«Vi har omorganisert så vi sitter tett på kommuneledelsen, og opplever å klare å jobbe mer med systematiske forebyggende tiltak nå, selv om størstedelen av porteføljen er enkeltsaker fortsatt»

Ansatt i PPT

4.5.3 Konsekvenser for kommunale forebyggende og helsefremmende tjenester for barn

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt kommunal helsefremmende og forebyggende tjeneste med ansvar for å fremme både psykisk og fysisk helse hos barn og unge, samt å identifisere behov for videre oppfølging utover det tjenesten selv kan tilby. Tjenesten tilbyr lavterskel helseoppfølging og fungerer som et viktig ledd i tidlig identifisering og veiledning for barn, unge og deres familier. (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018) (Helsedirektoratet, 2025).

På tvers av kommunene beskrives:

Arbeidsbelastning. Skolehelsetjenesten og psykisk helse barn og unge har flere plasser lav tilstedeværelse og begrenset handlingsrom. Helsesykepleierne må utføre mange lovpålagte oppgaver som begrenser den tiden og kapasiteten de kan bruke på oppfølging av elever med ADHD-relaterte utfordringer, og til veiledning av lærere og foreldre. Dette kapasitets- og prioriteringspresset gjør det krevende å kombinere forebyggende og helsefremmende arbeid med det lovpålagte helsearbeidet i skolen, for eksempel vaksinerings. Altså beskrives det kapasitetsutfordringer som gjør det vanskelig å følge opp barn over tid.

Kontinuitet og robusthet. Små fagmiljøer er sårbare for fravær og turnover. I mindre kommuner kan en helsesykepleiers fødselspermisjon ta bort nær halvparten av bemanningen, om de ikke har interkommunale samarbeid. Ofte er det tid mellom hver gang en helsesykepleier er på skolen, samtidig

som at enkelte skoler har større tilgang på helsesykepleier. Mange problematiserer at samarbeidet med kommunal helsetjeneste blir personavhengig, og kvaliteten varierer mellom skoler og kommuner.

Konsekvenser for barn og familier. Flere saker eskaleres til BUP fordi kommunale tjenester ikke har kapasitet eller kompetanse til å håndtere dem, se kapittel om drivere. I kommuner hvor både kommunal helsetjeneste og BUP har kapasitetspress, ser informantene at etablerte samarbeidsarenaer – som faste samvurderinger og tverrfaglige drøftinger – raskt faller bort. Dette svekker kvaliteten på vurderinger og øker risikoen for unødvendige henvisninger. Informantene er samstemte om at manglende oppfølging og oppdagelse av barn med ADHD-symptomatologi øker risikoen for senere psykiske vansker, rusproblematikk og skolefravall.

«Vi må ha skolehelsetjenesten og PPT tettere på skolen – forebygging er billigere enn reparasjon.»

Kommuneoverlege

4.5.4 BUP bruker rundt halvparten av sin kapasitet på ADHD-saker

BUP opplever et sterkt press på utredning, med lange ventelister og høy belastning på ansatte. Om lag halvparten av pasientpopulasjonen består nå av ADHD-saker. Dette problematiseres av flere årsaker.

Arbeidsbelastning. En stor andel av BUPs kapasitet går til diagnostiske utredninger av ADHD-saker som ofte krever omfattende testing og kartlegging før diagnose kan settes. Dette betyr at tid, personell og økonomiske ressurser som kunne blitt brukt til selve behandlingen i mindre grad er tilgjengelig fordi de er «bundet» opp i utredningsfasen.

«BUP risikerer å bli en «utredningsfabrikk ...»

Informant fra BUP

Nye psykologer får ofte ansvar for et stort antall ADHD-utredninger, mens de mer erfarne fagpersonene håndterer en betydelig andel av de komplekse og sammensatte sakene. Nyansatte opplever ofte et stort press og har behov for veiledning og støtte i vurderinger og beslutningsprosesser rundt ADHD-utredninger. Mange av sakene befinner seg i en «gråson», hvor det kan være utfordrende å skille mellom reelle diagnoser og normale variasjoner. Flere ansatte i BUP opplever et betydelig press fra foreldre som ønsker at barnet skal få en diagnose.

Organisering. En av våre informanter forteller om hvordan de har reorganisert hele ADHD-forløpet i BUP for å kunne møte de ovennevnte utfordringene. Behandlingen er sentralisert, selv om utredning skjer lokalt. Sykepleiere har fått en utvidet rolle i å følge opp pasienter som får medikamentell behandling for ADHD, noe som avlastet leger og psykologer.

Utsiktede konsekvenser av ventetidsløftet. Pasienter med mild til moderat ADHD-symptomatologi fortrenger i verste fall barn med alvorlige og sammensatte vansker. Videre problematiseres det fra BUP at retningslinjer for prioritering, og spesielt med tanke på funksjonsfall, medfører at mer alvorlige tilstander må prioriteres ned for å vurdere barn med mistanke om ADHD med mye høyere funksjonsnivå.

«Det mangler en beskrivelse i prioriteringsveilederen på funksjon».

Informant fra BUP

Økningen i ADHD-utredninger utfordrer BUPs mandat. BUPs kjerneoppgave er å utrede og behandle barn og unge med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser, men dette blir vanskelig å ivareta når en stor del av kapasiteten brukes på et økende antall ADHD-utredninger, inkludert mange lettere saker. En del av utfordringen skyldes at samfunnet i for liten grad kjenner til og benytter seg av effektive tiltak i kommunehelsetjenesten.

«Mye av problemet er at samfunnet ikke hører om andre effektive tiltak. Det finnes ikke tiltak for dem som er synlige. ADHD blir ofte knyttet til spesialisthelsetjenestens løsninger, som er utilstrekkelige, men det blir den løsningen man søker mot når man ikke vet at det finnes alternativer.»

Informant fra BUP

Familier som befinner seg i krevende situasjoner og mottar avslag fra BUP, kan oppleve dette som et avslag på hjelp.

«Familier som sliter, og som får et nei fra BUP, opplever det som et nei til hjelp, så lenge det ikke finnes effektive tiltak i førstelinjen.»

Informant fra BUP

Konsekvenser for systemet. Flere informanter påpeker at en betydelig del av BUPs kapasitet er bundet opp i ADHD-utredninger. Dette ensidige trykket fører til økt slitasje blant de ansatte, som opplever å ha få eller ingen muligheter til nødvendige pustepauser i en arbeidshverdag preget av høyt og kontinuerlig press. Den store mengden utredninger kan også oppleves som ensformig og tidkrevende, med begrenset rom for faglig variasjon og utvikling. Manglende balanse mellom kartlegging og direkte klinisk behandling kan skape frustrasjon og redusert arbeidsmotivasjon. Denne ensidige belastningen bidrar til økt turnover, ettersom mange ansatte søker stillinger med større variasjon og faglig bredde.

«Folk kan komme på jobbintervju og spørre om det er slik at man bare skal jobbe med ADHD-saker»

Informant fra BUP

En informant fra BUP frykter svenske tilstander, hvor ungdomspsykiatrien sliter med å tiltrekke seg kvalifisert personell fordi ADHD-saker dominerer arbeidsbelastningen.

4.6 Oppsummering av konsekvenser

Økningen i ADHD-diagnoser har en rekke konsekvenser for både samfunn, helsetjenester og individer. Samfunnsøkonomisk innebærer symptomer forenlig med ADHD betydelige kostnader knyttet til helsetjenester, tapt produktivitet og tilrettelegging i skole og arbeid. Samtidig kan den økte oppmerksomheten føre til at diagnosen bagatelliseres og at personer med ADHD møtes med tvil og mistenkeliggjøring.

For helsetjenesten skaper utviklingen et komplekst bilde der både over- og underdiagnostisering forekommer. Overdiagnostisering kan gi unødig sykkeliggjøring og trekke oppmerksomhet bort fra bakenforliggende problemer, mens underdiagnostisering gjør at mange fortsatt går uten nødvendig hjelp. Kapasitetsutfordringer, mangelfull dokumentasjon, ulikhet i tilgang til hjelp og økende bruk av legemidler forsterker presset på tjenestene og skaper et gap mellom politiske forventninger og reelle ressurser.

For individet kan diagnosen både være hjelpsom og utfordrende. Noen opplever økt forståelse, mens andre opplever stigmatisering eller utenforskap. Symptomene kan endre seg over livsløpet, og mange har langvarig kontakt med spesialisthelsetjenesten. Komorbiditet og økt risiko for negative helse- og livsutfall gjør tidlig og riktig hjelp viktig, samtidig som forskningen fortsatt har kunnskapshull – særlig om langtidseffekter av behandling.

5 Samhandling rundt barn med ADHD

I dette kapitlet starter vi med en dokumentgjennomgang i delkapittel 5.1, før vi belyser hvordan informantene beskriver at samhandling og samarbeid oppleves i praksis i del 5.2.

5.1 Gjennomgang av veiledere og normerende produkter

PwC har gått gjennom offentlig tilgjengelige normerende produkter per oktober 2025 fra Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Statped, samt andre veiledere og produkter som gir føringer for kommunenes oppfølging av barn og unge med ADHD. Disse har vi sammenliknet opp mot den Nasjonale faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av ADHD fra Helsedirektoratet. Formålet har vært å vurdere beskrivelsen av følgende områder i de ulike sektorene:

- Ansvarsplassering og rolleforståelse
- Samarbeid og informasjonsflyt mellom sektorer
- Tilrettelegging og oppfølging i skole og kommune

5.1.1 Utvalg av veiledere og normerende produkter

I analysen har vi valgt ut dokumenter som 1) er publisert av et statlig direktorat eller departement, 2) inneholder føringer eller anbefalinger som skal følges eller legges til grunn i tjenesteyting og 3) retter seg mot kommunale tjenester, skole, eller helsepersonell som arbeider med barn og unge.

Ikke-normative støttemodeller og verktøy som Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) – (Forebygging.no, u.d.) og Tidlig inn (Forebygging.no, u.d.) er og brukes som eksempler på hvordan prinsipper fra veiledere og retningslinjer kan operasjonaliseres lokalt, men ikke inkludert i oversikten over normerende dokumenter.

Vi har lagt den nasjonale faglige retningslinjen fra Helsedirektoratet til grunn, og vurdert de øvrige dokumentene opp mot denne

Tabell 55-1 Oversikt over normerende produkter og veiledere

Dokument	Utgiver	Publisert/ oppdatert	Relevans for ADHD
Nasjonal faglig retningslinje for ADHD	(Helsedirektoratet, 2022)	2016, oppdatert 2022	Grunnlagsdokument for medisinsk og tverrfaglig oppfølging
Veileder for tilpasset opplæring og individuell tilrettelegging	(Utdanningsdirektoratet, 2024)	2024, oppdatert april 2025	Regulerer pedagogisk tilpasning og individuell oppfølging
Nasjonalt pasientforløp Psykiske lidelser – barn og unge, kapittel 4.1. ADHD og	(Helsedirektoratet, 2024)	2018, oppdatert 2024	Normerende for spesialisthelsetjenesten; relevant for ansvarsdeling og

Dokument	Utgiver	Publisert/ oppdatert	Relevans for ADHD
andre nevroutviklingsforstyrrelser			samhandling, men ikke for pedagogisk oppfølging.
Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge	(Helsedirektoratet, m. fl., 2023)	2023	Nasjonal veileder. Klargjør ansvar, samarbeid og oppfølging i kommunene
Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier	(Helsedirektoratet, Bufdir, Udir, AVdir, 2022)	2022, oppdatert 2024	Tverrsektoriell veileder for samarbeid mellom tjenester
Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	(Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018)	Gjelder fra 2018, oppdatert 2024	Lovfester kommunens ansvar for helsefremmende arbeid i skole
Ny opplæringslov og tilhørende forskrifter	(Opplæringsforskriften, 2024) (Opplæringslova, 2023)	Gjelder fra 2024, oppdatert 2025	Regulerer rett til tilpasset opplæring og spesialpedagogisk hjelp

5.1.2 Ansvars plassering og rolleforståelse

Fem av de utvalgte dokumentene beskriver ansvars plassering og rolleforståelse knyttet til barn med ADHD og/eller behov for tilrettelegging. Tabellen nedenfor beskriver i detalj vurderingen per dokument.

Oppsummert viser dokumentene konsistente føringer for sektoransvar, men med svakheter i hvordan roller mellom skole, helsetjeneste og PPT konkretiseres. Helsedirektoratets retningslinje og den nasjonale veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge gir klare beskrivelser av roller og ansvar, mens utdanningssektorens veiledere i mindre grad konkretiserer hvordan medisinske vurderinger og pedagogisk oppfølging skal kobles. Statped's materiell gir faglige råd for tilrettelegging, men bygger på utdatert lovverk og bør revideres.

Tabell 5-2 Vurdering av hvordan normative produkter og veiledere beskriver ansvars plassering og rolleforståelse

Dokument	Hovedbeskrivelse	Samsvar med ADHD-retningslinjen	Kommentar
Nasjonal faglig retningslinje for ADHD (Helsedirektoratet, 2022)	Beskriver roller for helse, skole og foreldre i utredning og oppfølging.	Referansepunkt	Klargjør krav til samhandling, funksjonskartlegging og individuell tilpasning. Ikke oppdatert etter ny opplæringslov.
Veileder for tilpasset opplæring og individuell tilrettelegging (Utdanningsdirektoratet, 2024)	Angir skolens ansvar for tilpasset opplæring, individuell tilrettelegging og samarbeid med foresatte.	Delvis samsvar	Pedagogisk tydelig, men omtaler ikke ADHD direkte.

Dokument	Hovedbeskrivelse	Samsvar med ADHD-retningslinjen	Kommentar
Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge (Helsedirektoratet, 2023)	Konkretiserer kommunens ansvar for psykisk helsearbeid, inkludert helsefremmende og forebyggende innsats.	Høyt samsvar	Vektlegger tverrfaglig og sektorovergripende ansvar, men uten diagnosespesifikke beskrivelser.
Statped veiledningsmateriell (Statped, 2025)	Gir faglige råd for tilrettelegging ved ADHD/Tourette.	Delvis samsvar	Utdaterte begreper og metoder; bør revideres.
Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018)	Pålegger kommunen å sikre forebyggende helsetjenester for barn og unge.	Høyt samsvar	Tydelig sektoransvar, men ikke detaljert rolleavklaring mot skole.

5.1.3 Samarbeid og informasjonsflyt mellom sektorer

Tre av de utvalgte dokumentene beskriver samarbeid og informasjonsflyt mellom sektorene. Tabellen nedenfor beskriver i detalj vurderingen per dokument.

De to nasjonale veilederne (2023, 2024) representerer et betydelig løft i normeringen av samarbeid mellom tjenester. Samtidig fremgår det at ansvaret for iverksetting og ressursallokering ligger hos kommunene, uten statlig standardisering. ADHD nevnes sjelden eksplisitt, men prinsippene er anvendelige for målgruppen. Samhandlingsperspektivet er godt ivaretatt i nyere veiledere, men operasjonaliseringen varierer. De fleste dokumentene understreker samarbeid som prinsipp, men beskriver i liten grad hvordan informasjonsflyt og ansvarsdeling skal fungere i praksis.

Modeller som BTI (Bedre tverrfaglig innsats) og Tidlig inn støtter prinsippene i de normerende dokumentene, men er ikke formelle veiledere. De konkretiserer samhandlingsstrukturer og informasjonsflyt lokalt, men regnes ikke som nasjonale normerende produkter.

Tabell 5-3 Vurdering av hvordan normative produkter og veiledere beskriver samarbeid og informasjonsflyt mellom sektorer

Dokument	Hovedbeskrivelse	Samsvar med ADHD-retningslinjen	Kommentar
Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge (2023)	Angir strukturert samhandling, samarbeidsavtaler og koordinerte tjenester mellom skole, helse og PHBU.	Høyt samsvar	Konkret på roller og koordinering. Fremhever samarbeid mellom nivåer og behov for ressurser.
Veileder: Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier (2024)	Samordner ansvar og oppgaver mellom skole, helse, NAV og barnevern.	Høyt samsvar	Fremhever felles ansvar, men uten ADHD-spesifikk presisering.

Dokument	Hovedbeskrivelse	Samsvar med ADHD-retningslinjen	Kommentar
Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid (2018)	Pålegger kommunene å etablere samarbeid mellom helsestasjon, skolehelsetjeneste og skole.	Delvis samsvar	Regulativt grunnlag, men ikke operativt spesifikt.

5.1.4 Tilrettelegging og oppfølging i skole og kommune

Fem av de utvalgte dokumentene beskriver tilrettelegging og oppfølging i skole og kommune. Tabellen nedenfor beskriver vurderingen per dokument.

Skolesektoren beskriver ansvar og prinsipper for tilrettelegging, men i liten grad hvordan tiltak konkret skal tilpasses elever med ADHD. Helse- og kommunesektorens dokumenter er mer tydelig på ansvar og oppfølging, men gir få pedagogiske eksempler. Dette reflekterer et sektorinndelt perspektiv: utdanning vektlegger læringsmiljø og inkludering, mens helse fokuserer på funksjon og behandling.

Tabell 55-4 Vurdering av hvordan normative produkter og veiledere beskriver tilrettelegging og oppfølging i skole og kommune

Dokument	Hovedbeskrivelse	Samsvar	Kommentar
Udir: Tilpasset opplæring og individuell tilrettelegging (2024)	Vekt på inkluderende læringsmiljø, tidlig innsats og samarbeid med foresatte.	Høyt samsvar	God pedagogisk presisjon, men mangler ADHD-spesifikke tiltak.
Statped: Ressurser om ADHD og Tourette (2009/2025)	Gir praktiske råd til lærere og PPT.	Delvis samsvar	Nyttige tiltak. Utdaterte referanser; bør revideres i lys av ny lov og retningslinje.
Nasjonal faglig retningslinje for ADHD (2021)	Klargjør at tiltak i skole og kommune bør ta utgangspunkt i barnets funksjon og behov, og at oppfølging forutsetter tverrfaglig samarbeid.	Referanse	Tydelig på at barn trenger tilrettelegging og tilpasning i skolen, sier lite konkret om innhold.
Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge (2023)	Fremhever kommunens ansvar for psykisk helsearbeid i samarbeid med skole.	Høyt samsvar	Godt samsvar med retningslinjens prinsipper for Samhandling, men bredere folkehelseperspektiv. Bidrar til helhetlig forståelse av oppfølging. Veilederen tydeliggjør skolens rolle som arena for psykisk helsearbeid og forutsetter ressurser til kompetanse og samarbeid.
Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid (2018)	Lovpålagt helsetjeneste i skole og helsestasjon.	Høyt samsvar	Legger grunnlag for tidlig identifikasjon, men ikke diagnose- eller tiltaksnivå. Forankrer ansvar, men ikke detaljert om pedagogisk praksis.

5.1.5 Vår vurdering av normerende produkter som berører ADHD

Det er naturlig at normerende produkter fra helse- og utdanningssektoren har ulike innganger og detaljeringsnivå. Samtidig viser gjennomgangen at det finnes et potensial for bedre harmonisering mellom sektorvise veiledere og Helsedirektoratets retningslinje for ADHD, særlig når det gjelder konkretisering av samarbeid, tilrettelegging og oppfølging i praksis.

Videre viser gjennomgangen at enkelte faglige støttemateriell, særlig fra Statped, ikke er oppdatert i tråd med gjeldende lovverk og retningslinjer. Dette kan bidra til uklarhet i praksisfeltet. Samlet vurderes det derfor å være behov for økt samordning, tydeliggjøring og operasjonalisering på tvers av sektorene.

Videre følger informantenes beskrivelser av hvordan samarbeid på tvers fungerer.

5.2 Informantenes opplevelse av samarbeid på tvers

Dette delkapitlet beskriver hvordan informantene opplever samhandling mellom tjenester i praksis. Et gjennomgående trekk er stor variasjon. Intensjonene om samarbeid følges ofte ikke av tilstrekkelige ressurser, og det finnes få reelle insentiver for tidkrevende samarbeid på systemnivå. I en presset kommuneøkonomi blir det krevende å prioritere samarbeid, selv når viljen er til stede. Informantene beskriver også betydelige forskjeller mellom kommuner når det gjelder organisering, kompetanse, ledelsesforankring og kultur for samhandling.

"...oplever at alle sier de ikke har ressurser, ikke har tid, og da begynner man å skyve... Det forsterker de siloene som allerede finnes. Presset er så stort i alle ledd at en begynner å skyve på pasientene".

Informant fra BUP

5.2.1 Variasjon i samarbeid – fra struktur til enkeltsak

Intervjuene viser at variasjonene kommunene imellom ikke kun handler om økonomi, men om hvordan tjenester er organisert, hvor robuste fagmiljøene er, og i hvilken grad ledelsen legger føringer for felles arbeid. Kommuner som har samlet skole, helse og PPT under én tydelig styringslinje beskriver samarbeidet som mer koordinert og mindre personavhengig. Der slike strukturer mangler, blir samhandlingen mer tilfeldig, og forskjeller kan spores helt ned i det enkelte klasserom.

Informantene understreker samtidig at regelverk og nasjonale veiledere i begrenset grad sikrer lik praksis; det meste løses lokalt, og resultatet blir et system der barn møter ulike vurderinger og tiltak avhengig av bosted, ressursituasjon og hvilke personer som er involvert.

5.2.2 Organisering og lokal styring

Dette delkapitlet samler funnene om hvordan formell organisering og lokal styring påvirker samarbeid.

Formell organisering og styringslinjer

Kommuner som har valgt en helhetlig organisering av oppvekstfeltet – typisk under én kommunaldirektør – rapporterer om bedre samordning, tydeligere prioriteringer og raskere beslutningsveier. Dette gir mer stabile samarbeidsstrukturer og felles forståelse av hvem som gjør hva. Flere informanter peker på at nettopp denne typen organisering reduserer sårbarhet, både ved personskifter og ved økt press på tjenestene.

I kommuner der organiseringen er oppdelt mellom flere kommunaldirektører, beskrives motsatt situasjon: parallelle tiltak, manglende oversikt og lange avklaringslinjer som i praksis hindrer tidlig innsats.

Lokal styring, prioritering og kultur

Variasjonen i lokal ledelse og prioriteringer gjør at samarbeid fungerer svært ulikt. Kommuner som prioriterer tverrfaglig arbeid og har tydelige retningslinjer, opplever helhetlige prosesser og god informasjonsflyt. Kommuner uten slik forankring beskriver et mer uoversiktlig bilde, med fragmenterte tiltak og lite koordinering mellom tjenester som i prinsippet skal løse overlappende oppgaver. Flere informanter fremhever at ansatte ofte ikke kjenner til hva andre tjenester gjør – noe som forsterker siloene og fører til parallelle løp for samme barn.

5.2.3 Når strukturer fungerer

Kommuner med jevnlig drøftingsmøter mellom skole, PPT, helsetjenester og BUP beskriver bedre og tidligere vurdering av barn. Effektene er tydeligere avklaringer av tiltak, bedre oppfølgingsplaner og færre barn som faller mellom tjenestene. Kommunale tjenester opplever dessuten trygghet i å kunne drøfte bekymringer før henvisning, noe som både reduserer dobbeltarbeid og gir mer relevante henvisninger.

Flere peker på BTI-modellen (Forebygging.no, u.d.) som gir struktur og forutsigbarhet, med én ansvarlig stafettholder og faste møtepunkter. Trondheim trekkes fram som et eksempel der BTI er tilpasset lokalt og gir samtidige, komplementære tiltak. Også STIME-modellen fra Danmark (Region Hovedstadens Psykiatri, n.d.) nevnes som inspirasjon, med forpliktende partnerskap mellom BUP og kommuner og tiltak uten krav om diagnose.

Informantene understreker samtidig at slike strukturer er krevende å etablere uten tydelig politisk og administrativ forankring. Kommuner som lykkes fremhever at dette i stor grad skjer på tross av manglende økonomiske insentiver og støtte fra finansieringssystemet, og at lokal vilje og kultur er avgjørende for å få samhandlingen til å fungere.

5.2.4 Når strukturer mangler

I kommuner med svakere struktur blir samarbeidet mer avhengig av enkeltpersoners initiativ, sårbart for personellskifte. Lærere, helsesykepleiere og PPT-rådgivere kan få til mye i enkeltsaker, men fraværet av klare rammer gjør det sårbart. Personkjemi, kapasitet og lokale prioriteringer blir utslagsgivende, og et tap av én nøkkelperson kan føre til at etablerte samarbeidsformer forsvinner. Informantene beskriver dette som særlig utfordrende i små kommuner og små fagmiljøer. Dette understreker sårbarheten ved manglende systematikk.

5.2.5 Kommunale helsetjenester som fundament

Et gjennomgående funn er at samarbeid ikke fungerer godt uten en robust kommunal tjeneste. Skolen må ha kapasitet og kompetanse, PPT må være tilgjengelig, skolehelsetjenesten må ha rom for både system- og individarbeid, og psykisk helse barn og unge må kunne følge barn over tid.

BUP-ansatte beskriver også hvordan svake kommunale helsetjenester fører til at enklere saker henvises videre, fordi lokale tjenester mangler kompetanse og selvtillit til å stå i dem. Når kapasiteten er presset både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, faller også samarbeidsmøter og samvurderinger bort – nettopp de møtene som bidrar til riktigere tiltak.

5.2.6 Strukturelle forskjeller og sårbarhet

Informantene peker på strukturelle forhold som særlig påvirker variasjon i henvisninger og diagnoser. Små enheter er sårbare for fravær og turnover, og tjenestene blir personavhengige. Ulikheter i organisering, økonomi, rekruttering og kompetanse fører til ulik tilgjengelighet på tiltak – både systemisk arbeid, lavterskeltilbud og foreldreveiledning.

5.2.7 Personskifter i små enheter får store konsekvenser

Tap av nøkkelpersoner påvirker små tjenester kraftig. Kompetanse forsvinner, samarbeidsstrukturer må bygges opp igjen, og barn og foreldre får mindre forutsigbarhet. Både BUP og Statped beskriver tydelig forskjell mellom små kommunale fagmiljøer og større eller interkommunale løsninger, hvor stabilitet, kapasitet og kompetansedeling gjør tjenestene mindre sårbare.

5.3 Informantenes forslag til tiltak

Intervjudataene viser at økningen i ADHD-symptomer og henvisninger har skapt et betydelig press på både skole, PPT, kommunehelsetjenesten og BUP. Våre informanter har delt en rekke forslag til hvordan samhandlingen mellom disse aktørene kan styrkes. Det er viktig å understreke at dette er **basert på informantenes erfaringer og innspill**. PwC har ikke vurdert eller utredet tiltakene, og har derfor

ikke grunnlag for å anbefale tiltakene på nåværende tidspunkt. Innspillene kan likevel fungere som forslag til tiltak å vurdere nærmere.

Forslagene spenner fra lokale organisatoriske grep og møtestrukturer til nasjonale rammer og internasjonale referanser. Samlet peker de på at bedre samhandling krever både tydelig ledelsesforankring, robuste kommunale helsetjenester for barn og unge, og klare strukturer for samarbeid.

Tabell 5-5: Tiltak foreslått av informantene

Tiltak	Nivå	Forventet effekt
BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats) med stafettholder og faste møtepunkter	Lokalt	Hindrer at saker faller mellom stolene, gir struktur og forutsigbarhet
Felles organisering under kommunaldirektør (skole, PPT, helse samlet)	Lokalt	Mer systematisk samarbeid, felles prioriteringer, mindre personavhengighet
Interkommunale samarbeid (større PPT- og helsemiljøer)	Lokalt	Reduserer sårbarhet ved personsifte, gir mer robuste tjenester
Omorganisering av tjenester (større fagteam, tverrfaglige enheter, oppvekststab)	Lokalt	Bedre koordinering og kapasitet, tydeligere ansvarslinjer
Faste drøftingsmøter mellom skole, PPT, helsetjenester og BUP	Lokalt	Tidlig avklaring av tiltak, mer målrettede henvisninger, færre "blindsone-barn"
Rektors deltakelse i samarbeidsmøter	Lokalt	Bedre kjennskap til enkeltelever, styrket koordinering med BUP
Systematisk intern kompetanseheving i skolene	Lokalt	Bedre evne til å nyttiggjøre seg veiledning, styrket fellesskap og forebygging
Praktiske og kontekstnære råd fra helsetjenesten/PPT	Lokalt	Mer relevant støtte i klasserommet, styrket mestring hos lærere
Foreldreveiledning i kommunen (kurs, veiledning)	Lokalt	Bedre grensesetting, forebygging av reguleringsvansker
Harmonisering av lovverk og tilskuddsordninger	Nasjonalt	Gjør samarbeid enklere og mer forpliktende
Tydeligere nasjonale veiledere med krav om dokumenterte tiltak før henvisning	Nasjonalt	Sikrer at man prøver lokale tiltak før BUP, mer rettferdig prioritering
Veiledningsmaterieell rettet mot skolen	Nasjonalt	Praktiske verktøy for håndtering av ADHD og oppmerksomhetsvansker
Systematisk monitorering av diagnosetall, legemiddelbruk og tjenestekapasitet	Nasjonalt	Gir kunnskapsgrunnlag til politiske beslutningstakere og bedre oversikt over utviklingen

Systematisk oversikt over ressursbruk på tilrettelegging og tilpasning i skolen	Nasjonalt/Lokalt	Synliggjør hvor mye ressurser som faktisk brukes på tilpasning, gir grunnlag for å vurdere effekten og sammenligne praksis på tvers av kommuner
STIME-modellen (Danmark) som referanse	Internasjonalt	Samtidige tiltak og veiledning fra BUP uten krav om diagnose, integrert skolefokus

Informantenes forslag til tiltak viser at bedre samhandling krever innsats på flere nivåer:

- **Lokalt:** tydelige strukturer, faste møtepunkter, lederforankring og robuste fagmiljøer.
- **Nasjonalt:** harmonisering av lovverk, tydeligere veiledere, praktiske verktøy for skolen, systematisk monitorering og oversikt over ressursbruk på tilrettelegging.
- **Internasjonalt:** inspirasjon fra modeller som STIME, som kombinerer samtidige tiltak og veiledning uten diagnosekrav.

På tvers av tiltakene fremhever informantene noen felles suksesskriterier:

- Tydelig lederforankring på øverste nivå.
- Klare roller og ansvarlinjer mellom tjenester.
- Tid og ressurser til koordinering, også når kapasiteten er presset.
- Robuste kommunale tjenester som kan håndtere saker lokalt før henvisning.

5.4 Oppsummering: Samhandling rundt barn med ADHD

Gjennomgangen av normerende dokumenter viser at sektoransvar er tydelig beskrevet, men at rolleavklaringen mellom skole, PPT og helsetjeneste fortsatt er utydelig, og enkelte veiledere er utdaterte. Samarbeid og informasjonsflyt fremheves som prinsipper i de normerende dokumentene, men operasjonaliseringen overlates til kommunene, noe som gir stor variasjon i praksis.

Informantene beskriver samhandlingen som sårbar, personavhengig og sterkt preget av lokal kultur. Kommuner med helhetlig organisering og en kultur for tverrfaglig samarbeid opplever mer koordinert prosess og mindre sårbarhet, mens små enheter og fragmenterte strukturer gjør samarbeidet tilfeldig og utsatt for personsifter. En sterk kommunal oppvekst- og helsetjeneste, med kapasitet og kompetanse fremstår som en forutsetning for at samhandling skal fungere og for at BUP kan prioritere de mest alvorlige sakene.

Forslagene fra informantene peker på behov for tiltak både lokalt (robuste fagmiljøer, faste møtepunkter, kompetanseheving), nasjonalt (harmonisering av lovverk, tydeligere veiledere) og internasjonalt (inspirasjon fra STIME-modellen). Felles suksesskriterier er lederforankring, klare roller, tid til koordinering, robuste kommunale tjenester rettet mot barn og unge, og en kultur som verdsetter samarbeid.

6 Oppsummerende drøfting

Rapporten dokumenterer en markant økning i ADHD-diagnoser blant barn og unge siden 2020, med særlig sterk vekst blant jenter. Norge har i dag en høy prevalens sammenlignet med andre land, og utviklingen følger en internasjonal trend. Samtidig viser analysene moderat geografisk variasjon, både fylkesvis og på kommunenivå, noe som peker på at lokale forhold – organisering, kultur, kapasitet og praksis – har stor betydning for hvem som får utredning og diagnose.

Driveranalysen viser at økningen skyldes et komplekst samspill mellom samfunnsmessige, helsetjenestemessige og individuelle faktorer. På samfunnsnivå fremstår det som at endringer i skolesystemet, økt skjermbruk og sosiale medier, pandemien, rettighetsordninger, tempo og krav til effektivitet, mer styrt hverdag og redusert stigma bidratt til både økt symptomtrykk og økt diagnostisering. I helsetjenesten har endrede diagnosekriterier gjort at flere barn og unge, særlig jenter og de med mildere symptomer, nå omfattes av ADHD-diagnosen. Samtidig bidrar trolig kapasitetsutfordringer og ulik praksis mellom fagmiljøer til variasjon i hvem som får utredning og behandling. Påvirkning fra legemiddelindustrien blir også trukket fram som en mulig faktor. Dette har samlet ført til både at flere får nødvendig hjelp, men også til økt diagnostisk aktivitet og risiko for overdiagnostisering.

På individnivå ser vi at relative aldersforskjeller (hvilken måned i året man er født), livsstil og genetisk sårbarhet øker risikoen for ADHD-diagnose. Når flere slike faktorer virker samtidig, kan de forsterke hverandre og gi høyere symptomtrykk. I tillegg kan konsekvensene av ADHD – som skolevansker eller sosialt utenforskap – i seg selv bidra til nye belastninger, og dermed fungere som drivere for videre symptomer og henvisninger.

Skolen fremstår som en særlig viktig arena. Den er en mulig driver, ved at tidlig skolestart, økt fagpress og redusert frilek kan bidra til høyere symptomtrykk og flere henvisninger. Den fungerer også som en konsekvensarena, der lærere står i et krysspress mellom undervisning og reguleringsstøtte, med økende arbeidsbelastning og risiko for feilaktige henvisninger. Samtidig er skolen en nøkkel for forebygging og samhandling, fordi skolen er den arenaen der barn tilbringer mest tid og der tidlig innsats og inkluderende læringsmiljø kan ha størst effekt.

Det finnes i dag ingen systematisk oversikt over ressursbruk knyttet til tilpasninger for barn med ADHD-diagnose som får sin opplæring innenfor det ordinære tilbudet. Etter opplæringsloven har disse elevene ikke nødvendigvis rett til individuelt tilrettelagt opplæring, men skolen har plikt til å tilpasse opplæringen for alle elever. For mange barn med ADHD innebærer dette omfattende pedagogiske og organisatoriske tilpasninger i hverdagen.

Informanter fra skolesektoren påpeker at slike tilpasninger ikke utløser enkeltvedtak og dermed heller ikke egne budsjettlinjer. Ressursbruken inngår i de samme rammene som lønn og ordinær drift, noe som gjør det vanskelig å synliggjøre hvor mye arbeid som faktisk legges ned i tilpasningene, og hvilke

konsekvenser dette har for lærere og elever. Mangelen på systematisk oversikt bidrar til betydelig variasjon i praksis mellom kommuner og skoler.

Konsekvensanalysen viser at økningen i ADHD-diagnoser har omfattende ringvirkninger. For samfunnet innebærer dette betydelige samfunnsøkonomiske kostnader, risiko for bagatellisering av diagnosen og økt utenforskap. For helsetjenesten skaper utviklingen et komplekst bilde der både over- og underdiagnostisering forekommer, samtidig som presset på kapasitet øker. BUP bruker nå rundt halvparten av sin kapasitet på ADHD-saker, noe som utfordrer mandatet og prioriteringen av de mest alvorlige tilfellene. For individet kan diagnosen gi økt selvforståelse og tilgang til hjelp, men også stempling, utenforskap og livsvarig merkelapp. Komorbiditet og negative helseutfall er utbredt, og mange har langvarig kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen viser at det ikke bare er endret diagnostisk praksis som driver tallene, men også et reelt økt symptomtrykk blant barn og unge. Dette gir et betydelig press på skolen, PPT, kommunale helsetjenester og BUP, som alle beskriver økende volum og mer komplekse oppgaver. Når kapasiteten ikke øker i takt med behovet, oppstår flaskehals og risiko for feilprioriteringer. Funnene synliggjør derfor behovet for å forstå ressursbruk og kapasitet i sammenheng, både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten. Skolen har en særlig rolle i forebygging og tidlig innsats, men kan ikke alene bære ansvaret uten støtte fra PPT og kommunehelsetjenestene.

Samhandlingskapitlet viser at intensjonene om samarbeid er godt beskrevet i normerende dokumenter, men at praksis varierer sterkt. Kommuner med helhetlig organisering og en kultur for tverrfaglig samarbeid opplever mer koordinert prosess og mindre sårbarhet, mens små enheter og fragmenterte strukturer gjør samarbeidet mer personavhengig og sårbart for personskifter. En robust kommunal tjenestestruktur fremstår som en forutsetning for at samhandling skal fungere og for at BUP kan prioritere de mest alvorlige sakene. Informantene peker på behovet for tydelig lederforankring, faste møtestrukturer og harmonisering av veiledere på tvers av sektorer, og flere peker på at det er problematisk med dagens finansieringsmodeller.

Samlet viser analysen at økningen i ADHD-diagnoser blant barn og unge er et resultat av både et reelt økt symptomtrykk og endringer i diagnostisk praksis. Utviklingen formes av et komplekst samspill mellom samfunnsmessige forhold, tjenestestrukturer og individuelle sårbarheter, og konsekvensene merkes på tvers av sektorer. For barn og unge kan diagnosen gi både økt forståelse og tilgang til støtte, men også risiko for stigmatisering og langvarig tjenestekontakt. For tjenestene innebærer utviklingen økt press, større kompleksitet og utfordringer knyttet til prioritering og kapasitet.

Denne rapporten gir et samlet kunnskapsgrunnlag om utviklingen i ADHD-diagnoser blant barn og unge, og belyser hvordan endringer i samfunn, tjenester og hverdagsliv påvirker både symptomtrykk og diagnostisk praksis. Funnene synliggjør kompleksiteten i feltet og gir et utgangspunkt for videre refleksjon og kunnskapsutvikling.

Kilder

- Akmatov, M., Steffen, A., Holsteige, J., Hering, R., Schulz, M., & Bätzing, J. (2018, November 19). Trends and regional variations in the administrative prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in Germany. *Scientific Reports*, 17029. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30451896/>
- Arendalsuka. (2025). *Privat utredet ADHD-diagnose: Ikke god nok for det offentlige?* Hentet fra arendalsuka.no: <https://www.arendalsuka.no/programsoek/details/13535>
- Auro, K., Holopainen, I., Perola, M., Havulinna, A. S., & Raevuori, A. (2024). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnoses in Finland During the COVID-19 Pandemic*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38935377/>
- Bachmann, C. S., Risnes, K., Bjørngaard, J. H., Schei, J., & Pape, K. (2022). *Relative Age and Psychotropic Drug Use in Preterm and Term-Born Children and Young Adults*. Hentet fra Pediatrics: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36382384/>
- Bakken, A., Abildsnes, M., & Sletten, M. A. (2024). *Fritidsprofiler blant ungdom - Fritid, sosial ulikhet, livskvalitet og endringer over tid*. Hentet fra Oslo Met - Velferdsforskningsinstituttet Nova: <https://nva.sikt.no/registration/0198cc3ce304-f47349ac-164c-4d3c-a1eb-892849572958>
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 4th ed.* The Guilford Press. Hentet fra The Guilford Press.
- Beck, K. C. (2025). *The later the better? A novel approach to estimating the effect of school starting age on ADHD and academic skills*. Hentet fra European Consortium for Sociological Research: <https://academic.oup.com/esr/article/41/5/675/8006694>
- Biele, G. (2023). *ADHD: Trender i forekomst og betydning for skoleutfall*. Hentet fra FHI.
- Bierud, E. (2024). *Lite søvn går ut over livskvaliteten: - Mange sover i timene*. Hentet fra Nrk.no: <https://www.nrk.no/sorlandet/sovnproblemer-blant-norske-ungdommer-pavirker-livskvaliteten-1.17012265>
- Bruknapp, R. (2023). *Overstimulert? den nye normal tilstanden*. Hentet fra New Baseline: <https://www.newbaseline.no/blog/overstimulert-den-nye-normal-tilstanden/>
- Bufdir. (2025). *Ungdom og psykiske vansker*. Hentet fra bufdir.no: <https://www.bufdir.no/foreldrehverdag/ungdom/utvikling-selvfolelse-og-kommunikasjon/ungdom-og-psykiske-vansker>
- Collett, L. G. (2025, Juni 16). ADHD Norge - for mennesker med ADHD, deres foresatte og familier - Presentasjon på Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16.6.2025. ADHD Norge.
- Connor & McNicholas. (2020). *What Differentiates Children with ADHD Symptoms Who Do and Do Not Receive a Formal Diagnosis? Results from a Prospective Longitudinal Cohort Study*. Hentet fra Child Psychiatry and Human Development: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31385105/>
- de Vries, W., Batstra, L., & van Assen, A. (2025). *Exploring concept creep: Youth's portrayal of ADHD on TikTok*. Hentet fra SSM - Mental Health: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266656032500101X>

- Direktoratet for medisinske produkter. (2023). *Veiledning til regelverket for legemiddelreklame, Reklame for legemidler til mennesker*. Hentet fra dmp.no: <https://www.dmp.no/tilvirkning-import-og-salg/reklame-for-legemidler/generelt-om-reklameregulverket>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., . . . Stein, M. A. (2021). *The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder*. Hentet fra Neuroscience and Biobehavioral Reviews: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33549739/>
- Felleskatalogen. (2024, 1 12). *Ritalin*. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/ritalin-infectopharm-563557>
- FHI. (2018). *Nedgang i cerebral parese i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/nedgang-i-cerebral-parese-i-norge/>
- FHI. (2021, 06 07). *2020-tallene fra Medisinsk fødselsregister*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/op/mfr/2020-tallene-fra-medisinsk-fodselsregister>
- FHI. (2023). *Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges live og psykiske helse*. FHI.
- FHI. (2023). *Økning i ADHD-diagnoser for barn og unge under pandemien*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/nyheter/2023/okning-i-adhd-diagnoser-for-barn-og-unge-under-pandemien>
- FHI. (2024). *Økning i bruk av ADHD-medisin for unge gutter og jenter*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/nyheter/2024/okning-i-bruk-av-adhd-medisin-for-unge-gutter-og-jenter>
- FHI. (2025). *Folkehelse rapportens temautgave 2025: Barn og unges psykiske helse*. FHI.
- FHI. (2025, Juli 02). *Hjemmeforhold og familiekonflikt – Langtidskonsekvenser av koronapandemien for oppvekst og likestilling*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/publ/2025/hjemmeforhold-og-familiekonflikt>
- FHI. (2025). *Metodebeskrivelse og vedlegg til kapittel 4*. FHI.
- FHI. (2025). *Stadig flere barn og unge får ADHD- og autismediagnoser*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/nyheter/2025/stadig-flere-barn-og-unge-far-adhd-og-autismediagnoser>
- Forebygging.no. (u.d.). *Bedre Tverrfaglig Innsats - BTI*. Hentet fra Forebygging.no: <https://www.forebygging.no/BTI/>
- Forebygging.no. (u.d.). *Opplæringsprogrammet Tidlig Inn*. Hentet fra Forebygging.no: <https://www.forebygging.no/tidliginn>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Forskrift om rekvirering av forbudt narkotikum og bestemte legemidler til humanmedisinsk bruk. (2022). Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-09-22-1630>
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Kuitelaar, J. B., . . . Réth. (2018). *Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan*. Hentet fra European Neuropsychopharmacology: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30195575/>

- Giannakopoulos, G. (2025). Adolescents with ADHD in the school environment: A comprehensive review of academic, social, and emotional challenges and interventions. *Journal of Clinical Images and Medical Case Reports*.
- Graham, A. (2023, Mai 12). *Study finds how COVID-19 disrupted lives of families with kids who have ADHD*. Hentet fra news.westernu.ca: <https://news.westernu.ca/2023/05/study-finds-how-covid-19-disrupted-lives-of-families-with-kids-who-have-adhd>
- Groufh-Jacobsen, S., Larsson, C., Van Daele, W., Margerison, C., Mulkerrins, I., Aasland, L. M., & Medin, A. C. (2023). *Food literacy and diet quality in young vegans, lacto-ovo vegetarians, pescatarians, flexitarians and omnivores*. Hentet fra Public Health Nutrition: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37781775/>
- Habib, S. (2024, 07 26). *ADHD sosiale vanskeligheter*. Hentet fra psykiater.no: <https://psykiater.no/adhd-sosiale-vanskeligheter/>
- Halvorsen, M. B., Hankø, E., Johnsen, L., & Bjørgaas, H. (2025, 9 18). *Livsmestring og psykisk helse*. Hentet fra metodebok.no: [https://metodebok.no/emne/HnnAcbAt/livsmestring-og-psykisk-helse/cerebral-parese-\(norcp\)](https://metodebok.no/emne/HnnAcbAt/livsmestring-og-psykisk-helse/cerebral-parese-(norcp))
- Hannås, B. M., & Weidle, B. (2025). *ADHD*. Hentet fra sml.snl.no: <https://sml.snl.no/ADHD>
- Hare, C., Leslie, A. C., Bodell, L. P., Kaufman, E. A., Morton, J. B., Nicolson, R., . . . Stevenson, R. A. (2024). *Sex and intelligence quotient differences in age of diagnosis among youth with attention-deficit hyperactivity disorder*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38923582/>
- Helse Bergen. (2023, 12 20). *Rekkefølge i medikamentvalg ved behandling av ADHD*. Hentet fra Metodebok.no: [https://metodebok.no/emne/iNQ9gtXB/rekkef%C3%B8lge-i-medikamentvalg-ved-behandling-av-adhd/lommerus-\(helse-bergen\)](https://metodebok.no/emne/iNQ9gtXB/rekkef%C3%B8lge-i-medikamentvalg-ved-behandling-av-adhd/lommerus-(helse-bergen))
- Helse Stavanger. (2025). *Oppmerksomhetsvansker og uro*. Hentet fra helse-stavanger.no: <https://www.helse-stavanger.no/barn-og-unges-helsetjeneste/oppmerksomhetsvansker-og-uro>
- Helse Sør-Øst. (2023, 09 24). *Flere ekstremt premature barn overlever*. Hentet fra helse-sorost.no: <https://www.helse-sorost.no/nyheter/stadig-flere-ekstremt-premature-barn-overlever>
- Helseatlas. (2025). *Helseatlas dagkirurgi i Norge*. Hentet fra <https://apps.skde.no/helseatlas/v2/dagkir2/>
- Helseatlas. (2025). *Helseatlas hjartefarkt*. Hentet fra <https://apps.skde.no/helseatlas/v2/hjartefarkt/>
- Helseatlas. (2025). *Helseatlas i ortopedi for Norge*. Hentet fra <https://apps.skde.no/helseatlas/v2/ortopedi/>
- Helsebiblioteket. (2024). *Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-voksne#tilstander-for-psykisk-helsevern-for-voksne-adhd-alvorlige-symptomer-og-nedsatt-funksjon>
- Helsedirektoratet. (2019). 3.9. *Legemiddelinformasjon, refusjon over blå resept*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/okonomiske-ytelser/legemiddelinformasjon-refusjon-over-bla-resept>

- Helsedirektoratet. (2022, 05 04). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging*. Hentet fra helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonalt-faglig-retningslinje/adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse--nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging?q=kjede#henvisning-utredning-og-tilbakemelding-en-utredning-av-adhd-hyperkinetisk-f>
- Helsedirektoratet. (2023, 7 3). *ADHD. [Internett]*. Hentet 03 2026 fra Helsenorge.no: <https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/>
- Helsedirektoratet. (2023). *Psykisk helsearbeid barn og unge*. Hentet fra helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2024, 10 28). *Nasjonalt pasientforløp psykiske lidelser – barn og unge: Utredning i spesialisthelsetjenesten – ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser*. Hentet 01 06, 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/utredning-i-spesialisthelsetjenesten/adhd-og-andre-nevroutviklingsforstyrrelser#adhd-og-andre-nevroutviklingsforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2025, 04 23). *Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [nettdokument]*. Hentet 01 06, 2026 fra Helsebiblioteket.no: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet, Bufdir, Udir, AVdir. (2022). *Veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier>
- Helsedirektoratet, m. fl. (2023). *Psykisk helsearbeid barn og unge*. Hentet fra helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>
- Helsenorge. (2023). *ADHD*. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/>
- Helsenorge. (2025). *Hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (ADHD), barn og unge*. Hentet fra <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandlinger/ventetider-for?bid=109>
- Heslin, K. P., Haruna, A., George, R. A., Chen, S., Nobel, I., Anderson, K. B., . . . Zhang-James, Y. (2023). *Association Between ADHD and COVID-19 Infection and Clinical Outcomes: A Retrospective Cohort Study From Electronic Medical Records*. Hentet fra Electronic Medical Records. J Atten Disord: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36264064/>
- Hjerneteltet. (2025). *Arendalsuka*.
- Hjetland, G. B., & Nerbøberg, S. (2024). *Ny rapport: Unge menn løfter kosthaldet vekk frå staten sine råd*. Hentet fra https://www.nrk.no/norge/ny-rapport_-unge-spiser-meir-kjott_-trener-meir_-men-dropper-grovbrod-og-fisk-1.17106615
- Haavik, J. (2025, Juni 16). *Utviklingen innen diagnostikk og forståelse av ADHD frem til i dag - Presentasjon på Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16.6.2025. Department of Biomedicine, UiB.*

- ICD. (2022). *6A05 Attention deficit hyperactivity disorder*. Hentet fra <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#821852937>
- Jennum, P., Hastrup, L. H., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2020). *Welfare consequences for people diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder ADHD): A matched nationwide study in Denmark*. Hentet fra European Neuropsychopharmacology: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32682821/>
- Karasavva, V., Miller, C., Groves, N., Montiel, A., Canu, W., & Mikami, A. (2025). *A double-edged hashtag: Evaluation of #ADHD-related TikTok content and its associations with perceptions of ADHD*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40106389/>
- Kaspersen, H. C., & Hansen, B. H. (2015). Er retningslinjene for oppfølging av AD/HD gode nok? *Tidsskrift for den norske legeforening*.
- Kazda, L., Bell, K., Thomas, R., McGeechan, K., Sims, R., & Barratt, A. (2021). Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents, A Systematic Scoping Review. *JAMA Network*.
- Kazda, L., McGeechan, K., Bell, K., Thomas, R., & Barratt, A. (2022). *Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis With Adolescent Quality of Life*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36227598/>
- Kirkaune Sandven, H., Sangar, P., Lunde, C., Thomassen Furunes, K., & Sæther, P. (2024). *ADHD-medisineringen har sklidd helt ut*. Hentet fra [aftenposten.no/meninger/kronikk](https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk): <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/zAoXXr/kronikk-adhd-medisineringen-har-sklidd-helt-ut>
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet . (1996). *Reform 97 - Dette er grunnskolereformen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-brundtland-iii/kuf/veiledninger/1996/reform-97-dette-er-grunnskolereformen/id87403/>
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2024). *Veileder til kontoplanen i KOSTRA - Rapporteringsåret 2024*. Kommunal- og distriktsdepartementet.
- Koutsoklenis, A., & Honkasilta, J. (2023). *ADHD in the DSM-5-TR: What has changed and what has not*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9871920/>
- Kumar, S., & Kundu, P. S. (2023). *Effect of School Closure During COVID-19 Lockdown on ADHD Symptoms Among Students*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38725715/>
- Køhn, K. (2025, Juni 16). Hva vet vi om effekten av tiltak ved ADHD? - presentasjon på Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16.6.2025. Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst of sør.
- Langeland, H., Tjomsland, O., Kandiah, P., Kalstad, S., Grongstad, L. S., Pedersen, E., . . . Stensland, E. (2025). *Uønsket variasjon – ønsket endring*. Hentet fra Tidsskriftet: <https://tidsskriftet.no/2025/06/kronikk/uonsket-variasjon-onsket-endring>
- Le, H. H., Hodgkins, P., Postma, M. J., Kahle, J., Sikirica, V., Setyawan, J., . . . Doshi, J. A. (2014). *Economics impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case*. Hentet fra SpringerNature Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24166532/>

- Libutzki, B., Ludwig, S., May, M., Jacobsen, R. H., Reif, A., & Hartman, C. A. (2019). *Direct medical costs of ADHD and its comorbid conditions on basis of a claims data analysis*. Hentet fra European Psychiatry: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30802682/>
- Likestillings- og diskrimineringsombudet. (2025). *Tilrettelegging for funksjonsnedsettelse på jobb*. Hentet fra ldo.no: <https://ldo.no/diskriminerings situasjoner/tilrettelegging-for-funksjonsnedsettelse-pa-jobb/>
- Lindhjem, G. (2016). *Premature barn kan møte store utfordringer i livet*. Hentet fra Akershus universitetssykehus: <https://www.ahus.no/nyheter/forskning/-premature-barn-kan-mote-store-utfordringer-i-livet/>
- Lissak, G. (2018). *Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29499467/>
- Lu, Y., Tong, J., Zhang, D., Chen, J., Li, L., Lei, Y., . . . Keebler, A. (2025). Risk of neuropsychiatric and related conditions associated with SARS-CoV-2 infection: a difference-in-differences analysis. *Nature Communications*, <https://www.nature.com/articles/s41467-025-61961-1?>
- Lund, L. K. (2025, Juni 16). ingen tittel - presentasjon på Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16.6.2025.
- Lunde, A. (2025). *Diagnoser til salgs: Foreldre betaler titusener for raske ADHD-utredninger i Sverige*. Hentet fra Aftenposten: <https://www.aftenposten.no/norge/i/mPkbdE/tilbyr-rentefri-nedbetalning-av-adhd-utredning>
- Lunde, G. (2023). *Er en ADHD-diagnose en ADHD-diagnose*. Hentet fra <https://www.adhdnorge.no/artikkel/er-en-adhd-diagnose-en-adhd-diagnose>
- Lundh, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Schroll, J. B., & Bero, L. (2017). *Industry sponsorship and research outcome*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28207928/>
- Lyhmann, I., Widding-Havneraas, T., Zachrisson, H. D., Bjelland, I., Chaulagain, A., Mykletun, A., & Halmøy, A. (2022). *Variation in attitudes toward diagnosis and medication of ADHD: a survey among clinicians in the Norwegian child and adolescent mental health services*. Hentet fra National library of medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36401019/>
- Lysklett, O. B., & Berger, H. W. (2017). *What Are the Characteristics of Nature Preschools in Norway, and How Do They Organize Their Daily Activities?* Hentet fra Education Resources Information Center: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14729679.2016.1218782>
- Lånekassen. (2025). *Nedsatt funksjonsevne*. Hentet fra lanekassen.no: <https://lanekassen.no/nb-NO/stipend-og-lan/nedsatt-funksjonsevne/>
- Mandahl, K. (2025). ADHD Norge, for mennesker med ADHD, deres foresatte og familier - presentasjon på Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16.6.2025. ADHD Norge.
- Mebostad, M., & Orm, C. (2023, 08 23). *Sosialt initiativ- en nøkkel for å forstå skolevegring hos barn og unge med ADHD?* Hentet fra ADHD Norge: <https://www.adhdnorge.no/artikkel/sosialt-initiativ-en-nokkel-for-a-forsta-skolevegring-hos-barn-og-unge-med-adhd>
- Meyer, H. E. (2023). *Overvekt og fedme i Noreg*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>

- Mezzanotte, C. (2020). *Policy approaches and practices for the inclusion of students with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. OECD.
- Mjølstad, B. P. (2025). *Normalitet under press - refleksjoner fra en allmennlege*.
- Nav. (2025). *Grunnstønad*. Hentet fra nav.no: <https://www.nav.no/grunnstonad>
- Nav. (2025). *Har du vansker med å huske, planlegge og forstå*. Hentet fra <https://www.nav.no/huske-planlegge>
- Nav. (2025). *Har du vansker med å huske, planlegge og forstå*. Hentet fra <https://www.nav.no/huske-planlegge>
- Nav. (2025). *Kunnskapsbanken*. Hentet fra Om ADHD: <https://www.kunnskapsbanken.net/kognisjon/arbeidssokere-med-adhd/om-adhd/>
- NHI. (2025). *Hva skiller ADHD fra ikke-ADHD?* Hentet fra nhi.no: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/adhd/adhd-symptomer-og-tegn/hva-skiller-adhd-fra-ikke-adhd>
- Nordberg, A. M. (2025). *Legemiddelindustriens perspektiv*. Legemiddelindustrien.
- Norsk barnelegeforening. (2024, 03). *Nyfødtveileder*. Hentet fra helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/nyfodtmedisin-veiledende-prosedyrer-fra-norsk-barnelegeforening/>
- Norsk forening for allmennmedisin. (2025). *Privat utredet ADHD-diagnose: Ikke god nok for det offentlige?* Hentet fra [legeforeningen.no](https://www.legeforeningen.no): <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/nyheter2/2025/privat-utredet-adhd-diagnose-ikke-god-nok-for-det-offentlige>
- NOU 2019:3. (2019). *NOU 2019:3 Nye sjanser - bedre læring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-3/id2627718/?ch=4>
- NRK. (2025, August 05). *Blir norsk ungdom psykere?*
- Nusche, D., Earl, L., Maxwell, W., & Shewbridge, C. (2011). *OECD Reviews of Evaluation and Assessment in Education*. Hentet fra OECD: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2011/10/oecd-reviews-of-evaluation-and-assessment-in-education-norway-2011_g1g141a4/9789264117006-en.pdf
- Olsen, T. (2025, 9 24). *Om lekende lett skolestart*. Hentet fra <https://www.tonsberg.kommune.no/tjenester/barnehage-og-skole/skole/lekende-lett-skolestart-prosjektportal/om-lekende-lett-skolestart/>
- Opplæringsforordningen. (2024). *Forskrift om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2024-06-03-900>
- Opplæringslova. (2023). *Lov om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2023-06-09-30>
- Pearson, H. (2025, 11 26). *ADHD diagnoses are growing. What's going on?* Hentet fra nature: <https://www.nature.com/articles/d41586-025-03855-2>

- Pérez, T. V., Øvergaard, K. R., Frigessi, A., & Biele, G. (2025). *Long-term effect of pharmacological treatment on academic achievement of Norwegian children diagnosed with ADHD: a target trial emulation*. Hentet fra International Journal of Epidemiology: <https://academic.oup.com/ije/article/54/2/dyaf010/8016235>
- Pérez-Crespo, L., Canals-Sans, J., Suades-González, E., & Guxens, M. (2020). *Temporal trends and geographical variability of the prevalence and incidence of attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses among children in Catalonia, Spain*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32286454/>
- Ra, C. K., Cho, J., Stone, M. D., De La Cerda, J., Goldenson, N. I., Moroney, E., . . . Leventhal, A. M. (2018). *Association of Digital Media Use With Subsequent Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents*. Hentet fra PubMed Central: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30027248/>
- RBUP (red). (2024). *Tiltakshåndboka*. Hentet fra ADHD: <https://tiltakshandboka.no/tilstander/adhd>
- RBUP (red.). (2024). *Utredning av ADHD*. Hentet fra tiltakshåndboka.no: <https://tiltakshandboka.no/tilstander/adhd/utredning-av-adhd>
- Region Hovedstadens Psykiatri. (n.d.). *STIME - modellen*. Hentet fra Psykiatri Region Hovedstaden: <https://www.psykiatri-regionh.dk/stime/Sider/default.aspx>
- Rzeszutek, M., & Wolańczyk, T. (2025). *Global Trends in ADHD Medication Use: Multiple Contexts and Rising Concerns—A Narrative Review*. Hentet fra National library of medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41156208/>
- Salazar de Pablo, G., Aymerich, C., Chart-Pascual, J. P., Solmi, M., Torres-Cortes, J., Abdelhafez, N., . . . Cortese, S. (2025). *Occurrence of Psychosis and Bipolar Disorder in Individuals With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treated With Stimulants*. Hentet fra JAMA Psychiatry: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40900605/>
- Sanders, S., Thomas, R., Glasziou, P., & Doust, J. (2019). *A review of changes to the attention deficit/hyperactivity disorder age of onset criterion using the checklist for modifying disease definitions*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31718626/>
- Schiros, A., Bowman, N., & Antshel, K. (2025). *Misinformation mayhem: the effects of TikTok content on ADHD knowledge, stigma, and treatment-seeking intentions*. Hentet fra Springer: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40471415/>
- Selmer, C. R. (2025). *Hvorfor skal det være så vanskelig? - Mødre til jenter med antatt ADHD om møtet med tjenestene*. *Utdanningsforskning*. Hentet fra Utdanningsforskning.no.
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). (u.å.). *Helseatlas: Psykisk helsevern for barn og unge*. Hentet 2025 fra apps.skde.no: <https://apps.skde.no/helseatlas/v2/bup>
- Skalická, V., Hygen, B. W., Stenseng, F., Kårstad, S. B., & Wichstrøm, L. (2019). *Screen time and the development of emotion understanding from age 4 to age 8: A community study*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30816568/>
- Skjeldrup, I. (2025). – *Et mer ADHD-vennlig samfunn ville vært bedre for oss alle*. Hentet fra mentaltperspektiv.no: <https://mentaltperspektiv.no/aktuelt/et-mer-adhd-vennlig-samfunn-ville-vaert-bedre-for-oss-alle>

- Skogli, E. W., Orm, S., Fossum, I. N., Andersen, P. N., & Øie, M. G. (2022). *Attention-deficit/hyperactivity disorder persistence from childhood into young adult age: a 10-year longitudinal study*. Hentet fra Cognitive Neuropsychiatry: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36102071/>
- Skrove, G., Lichtwarck, W., Moufack, M. F., Røkkum, N. H., Ulfseth, L. A., & Heggem Kojan, B. (2021). Konsekvenser av covid-19 for tjenestetilbudet blant sårbare barn og unge. *NTNU*, https://www.ntnu.no/documents/1272526675/1281525946/NTNU_Covid_rapport_Korr2.pdf/78e1de91-41b2-8043-9561-ea4fd2b2f8c0?t=1617781896470.
- Solberg, B. S., Kvalvik, L. G., Instanes, J. T., Hartman, C. A., Klungsøyr, K., Li, L., . . . Aust. (2024). *Maternal Fiber Intake During Pregnancy and Development of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Across Childhood: The Norwegian Mother, Father, and Child Cohort Study*. Hentet fra Biol Psychiatry: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38142720/>
- Sriwaranun et.al. (2023). *The Relationship Between Screen Time and Symptom Severity in Children with ADHD during COVID-19 Lockdown*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37226939/>
- SSB. (2025). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
- St. Olavs hospital. (2025). *Rettigheter og muligheter*. Hentet fra stolav.no.
- St. Olavs hospital. (2025). *Rettigheter og muligheter*. Hentet fra stolav.no: <https://www.stolav.no/avdelinger/psykisk-helsevern/klinikk-psykisk-helsevern-allmenn-rehabilitering-og-sikkerhet/avdeling-nidaros-dps/adhdintro/rettigheter-og-muligheter/>
- Staff, A. (2015). *Bias*. Hentet fra De nasjonale forskningsetiske komiteene: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Statistisk sentralbyrå. (2025). *Befolkning*. Hentet fra Statistikkbanken: <https://www.ssb.no/statbank/table/11342/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2025). *Kommuneregnskap*. Hentet fra Statistikkbanken: <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/>
- Statped. (2025). *ADHD og Tourettes syndrom i skolen – veileder i utredning som grunnlag for tiltak*. Hentet fra statped.no: <https://www.statped.no/ressurser-og-verktoy/ressurser/adhd-og-tourettes-syndrom-i-skolen-veileder-i-utredning-som-grunnlag-for-tiltak/>
- Statped. (2025). *Å regulere oppmerksomhet og atferd*. Hentet fra statped.no: <https://www.statped.no/tiltak-og-tilrettelegging/nevroutviklingsforstyrrelser/tiltak-for-barn-og-elever-som-sliter-med-a-regulere-oppmerksomhet-og-atferd/>
- Stenseng, F., Hygen, B. W., & Wichstrøm, L. (2020). *Time spent gaming and psychiatric symptoms in childhood: cross-sectional associations and longitudinal effects*. Hentet fra Springer Nature Link: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-019-01398-2>
- Surén, P., Landsjøåsen Bakken, I. J., Lie, K. K., Schjølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., . . . Stoltenberg, C. (2013). *Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge*. Hentet fra tidsskriftet.no:

<https://tidsskriftet.no/2013/10/originalartikkel/fylkesvise-forskjeller-i-registrert-forekomst-av-autisme-adhd-epilepsi-og>

Surén, Thorstensen, Tørstad, Emhjellen, Furu, Biele, . . . Reichborn-Kjennerud. (2018, 11 20). Diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse hos barn i Norge. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 138.

Sørensen, L. (2025). *ADHD i Norge: Faglige perspektiver fra Norsk Psykologforening- presentasjon på Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16.6.2025*. UiB.

te Meerman, S., Batstra, L., Grietens, H., & Frances, A. (2017). ADHD: a critical update for educational professionals. *National Library of Medicine*.

Thorell, L. B., Burén, J., Ström Wiman, J., Sandberg, D., & Nutley, S. B. (2024). *Longitudinal associations between digital media use and ADHD symptoms in children and adolescents: a systematic literature review*. Hentet fra PubMed Central: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36562860/>

U.S. Centers for Disease Control and prevention. (2022). *Diagnosing ADHD, DSM-5 criteria for ADHD*. Hentet fra [cdc.gov](https://www.cdc.gov/adhd/diagnosis/index.html): <https://www.cdc.gov/adhd/diagnosis/index.html>

Universitets- og høyskoleloven. (2024). *Lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2024-03-08-9/>

Utdanningsdirektoratet. (2021). *Hvordan preget koronapandemien barnehager, skoler og fagopplæring i 2020–21?* Hentet fra [udir.no](https://www.udir.no/tall-og-forskning/publikasjoner/utdanningsspeilet/utdanningspeilet-2021/koronapandemien): <https://www.udir.no/tall-og-forskning/publikasjoner/utdanningspeilet/utdanningspeilet-2021/koronapandemien>

Utdanningsdirektoratet. (2024). *ADHD*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/spesialpedagogikk/spesialpedagogiske-fagomrader/adhd/#a212714>

Utdanningsdirektoratet. (2024). *PP-tjenesten (PPT)*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/spesialpedagogikk/pp-tjenesten/>

Utdanningsdirektoratet. (2024). *Veileder om tilpasset opplæring og individuell tilrettelegging*. Hentet fra Utdanningsdirektoratet: <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/skole-og-opplaring/veileder-for-tilpasset-opplaring-og-individuell-tilrettelegging/>

Utdanningsdirektoratet. (2025). *Fakta om grunnskolen 2024-2025*. Hentet fra <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-grunnskole/analyser/2024/fakta-om-grunnskolen-20242025/fakta-om-grunnskolen/>

Utdanningsdirektoratet. (2025). *Læreplanverket*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/>

Valum, S. (2022). *Fri Fagbevegelse*. Hentet fra *Fungerer skolen for ungdomshjernen?*: <https://frifagbevegelse.no/i-skolen/fungerer-skolen-for-ungdomshjernen-6.158.879982.e486d2e76a>

van der Laan, C. M., Ip, H. F., Schipper, M., Hottenga, J.-J., St Pourcain, B., Zayats, T., . . . Bolhuis, K. (2025). *Genome-wide association meta-analysis of childhood ADHD symptoms and diagnosis identifies new loci and potential effector genes*. Hentet fra *Nature Genetics*: <https://www.nature.com/articles/s41588-025-02295-y>

- Vedøy, T. F., & Sæbø, G. (2023). *Utbredelse av røyking i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/le/royking/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/utbredelse-av-royking-i-norge/>
- Velken, T. (2024). *Er det grunnlag for påstanden om at ADHD-medisiner beskytter mot tidlig død?* Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/er-det-grunnlag-for-pastanden-om-at-adhd-medisiner-beskytter-mot-tidlig-dod/644953>
- Wallace, J., Boers, E., Ouellet, J., Afzali, M. H., & Conrod, P. (2023). *Screen time, impulsivity, neuropsychological functions and their relationship to growth in adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms*. Hentet fra Nature.com: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-44105-7>
- Wang, L. L., Wang, M. V., Sandsør, A. M., Lekhal, R., & Melby-Lervåg, M. (2025). *Parental and child factors in children with special education*. Hentet fra Scandinavian Journal of Educational Research: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00313831.2025.2550278>
- Watzl, S. (2025). *ADHD: The Broader Societal Context- presentasjon på Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16.6.2025*. UiO.
- Whitebread, D., Basilio, M., Kuvalja, M., & Verma, M. (2012). *The importance of play*. Hentet fra University of Cambridge: <https://www.csap.cam.ac.uk/media/uploads/files/1/david-whitebread--importance-of-play-report.pdf>
- Widding-Havneraas, T., Markussen, S., Elwert, F., Lyhmann, I., Bjelland, I., Halmøy, A., . . . Zachrisson, H. D. (2022). *Geographical variation in ADHD: do diagnoses reflect symptom levels?* Hentet fra European Child & Adolescent Psychiatry: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35585272/>
- Zemer, V. S., Manor, I., Weizman, A., Cohen, H. A., Hoshen, M., Caspi, N. M., . . . Shahar, N. (2024). *The influence of COVID-19 on attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis and treatment rates across age, gender, and socioeconomic status: A 20-year national cohort study*. Hentet fra Psychiatry Res: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39053214/>
- Zhang, L., Li, L., Andell, P., Garcia-Argibay, M., Quinn, P. D., M D'Onofrio, B., . . . Chang, Z. (2023). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Long-Term Risk of Cardiovascular Diseases*. Hentet fra JAMA Psychiatry: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37991787/>
- Zhang, L., Zhu, N., Sjölander, A., Nourredine, M., Li, L., Garcia-Argibay, M., . . . Chang, Z. (2025). *ADHD drug treatment and risk of suicidal behaviours, substance misuse, accidental injuries, transport accidents, and criminality: emulation of target trials*. Hentet fra BMJ: <https://www.bmj.com/content/390/bmj-2024-083658>
- Øen, K. (2025). Økt forekomst av ADHD - et spesialpedagogisk perspektiv - presentasjon på Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16.6.2025. (s. 7). NLA Høgskolen.
- Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø., . . . Aase, H. (2016). *ADHD i Norge - En statusrapport*. Hentet fra FHI: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf
- Aase, H., Pettersen, J., Bang, L., Havdahl, A., & Biele, G. (2025, 05 28). *Folkehelse rapportens temautgave 2025: Barn og unges psykiske helse. Del 4: Tidstrender i forekomst av ADHD-diagnoser*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/he/fr/barn-og-unges-psykiske-helse/del-1-7/del-3-tidstrender-i-adhd-diagnoser-i-norge/>

Vedlegg: Metodebeskrivelse til delkapittel 4.4

Vedlegget beskriver metodikken som er benyttet i analysen presentert i delkapittel 4.4, inkludert datakilder, utvalg av variabler, statistiske metoder og tilpasning til fylkesinndelinger.

Metodikk

Analysen bygger på data fra Statistisk sentralbyrås (SSB) kommuneregnskap for perioden 2015–2022 (Statistisk Sentralbyrå, 2025). Datagrunnlaget er hentet fra KOSTRA-rapporteringen, som er det nasjonale systemet for standardisert innsamling, klassifisering og publisering av kommunale regnskaps- og tjenestedata. Datakilden dekker opprinnelig perioden 2015–2024. FHI (FHI, 2025) sin publiserte årlige data på fylkesvis insidens dekker perioden 2010–2022, og overlappen blir dermed den analyserte perioden 2015–2022.

Kommunevariablene (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2024) som er benyttet i analysen representerer ulike tjenesteområder innen oppvekstfeltet, og er målt som korrigerte brutto driftsutgifter brukt per innbygger per år. Utvalget av variabler er gjort med bakgrunn i en hypotese om at kommunenes satsing på forebyggende arbeid og strukturerte tiltak i barns hverdag kan ha betydning for barns psykososiale utvikling og dermed være relevante i sammenheng med utvikling av ADHD-lignende symptomer og diagnostisering. Det er valgt å inkludere kostnadsområder som har et uttalt forebyggende formål, representerer strukturer og støtte i barn og unges hverdag eller dekker universelle tjenester med betydning for utvikling og læring.

Fylkesvis korrelasjon mellom årlig insidens i ADHD-diagnoser for gruppen 2-17 år og følgende variabler har blitt analysert:

- **201 Barnehage:** Inneholder drift av barnehager, tilskudd til private barnehager, åpen barnehage m.m., inkludert administrasjon av barnehagesektoren
- **202 Grunnskole:** Omfatter grunnskoleopplæring 1.–10. trinn, spesialundervisning, skyss (der kommunen har ansvar), skoleledelse, læremidler, drift av skoler m.m.
- **211 Styrket tilbud til førskolebarn:** Dekker spesialpedagogisk hjelp, ekstra ressurser i barnehage, støtteassistenter, logoped, tilrettelegging for barn med særskilte behov.
- **215 Skolefritidstilbud:** Inkluderer SFO/AKS-tilbud, drift, bemanning, lokaler og tiltak for barn med særskilte behov i SFO.
- **231 Aktivitetstilbud barn og unge:** Inneholder fritidsklubber, ungdomsklubber, åpne møteplasser, ferietiltak og andre kultur-/fritidsaktiviteter for barn og unge.

- **232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste:** Dekker helsestasjon 0–5 år, skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, vaksinerings, svangerskapsomsorg og familiesenterfunksjoner.
- **233 Annet forebyggende helsearbeid:** Omfatter folkehelsearbeid, smittevern, miljørettet helsevern, rusforebygging, lavterskel psykisk helse, m.m.
- **242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid:** Omfatter råd, veiledning og forebyggende sosialt arbeid som sosialkontortjeneste, gjeldsrådgivning, utekontakt, informasjonstiltak og koordinering av flyktningetjenester. Den inkluderer også forebyggende tiltak som skjenkekontroll og krisesenter, samt administrative stillinger knyttet til disse områdene.

I perioden 2015–2022 var det flere fylkessammenslåinger, som senere ble reversert, noe som skaper avvik mellom historiske og nåværende fylkesinndelinger. For å tilpasse kommunedataene til FHI sine fylkesvise insidenstall (som følger fylkesstrukturen per 2025), er utgifter per innbygger for fylker som ble gjenopprettet 1. januar 2024 beregnet ved å aggregere utgiftene og befolkningstallene (Statistisk sentralbyrå, 2025) til kommunene som i dag tilhører de aktuelle fylkene, før utgiftene ble normalisert per innbygger. For fylker som ikke har blitt gjenopprettet, er tallene hentet direkte fra SSBs fylkesvise oversikt over kommuneregnskap.

I utgangspunktet ble det benyttet Pearson-korrelasjon for å analysere samvariasjonen mellom kommunale utgiftsnivåer og ADHD-insidens. Denne metoden forutsetter lineære sammenhenger og lav grad av ekstremverdier, men datamaterialet viste seg å inneholde enkelte avvik fra disse antakelsene, samt observasjoner med stor påvirkningskraft. For å sikre robuste og mer pålitelige resultater ble det derfor valgt å forholde seg til Spearman-korrelasjonen, som fanger opp monotone sammenhenger og er mindre følsom for uteliggere og skjevfordelinger. Spearman-korrelasjon vurderer hvorvidt en økning i én variabel henger systematisk sammen med økning eller reduksjon i en annen, basert på rangrekkefølgen til observasjonene, uavhengig av fordelingen til verdiene. Dette gjør metoden egnet for analyser der forholdet mellom variablene ikke nødvendigvis er lineært, og der man ønsker å identifisere stabile mønstre uten at enkelte ekstreme observasjoner får uforholdsmessig stor innflytelse.

For å kontrollere for nasjonale utviklingstrekk over tid, som endringer i diagnosepraksis, befolkningstilvekst eller generelle endringer i kommunal finansiering, er både årlig ADHD-insidens og kommunale utgifter justert for år. Dette sikrer at analysen fanger opp relative forskjeller mellom fylker, og ikke bare felles trender på tvers av landet.

Funn

Tabellen viser sammenhengen mellom ulike kommunale tjenesteområder og forekomsten av ADHD-diagnoser blant barn og unge, målt ved Spearman- og Pearson-korrelasjonskoeffisienter. P-verdiene viser hvor sannsynlig det er at en observert sammenheng kan ha oppstått tilfeldig. En p-verdi under 0,05

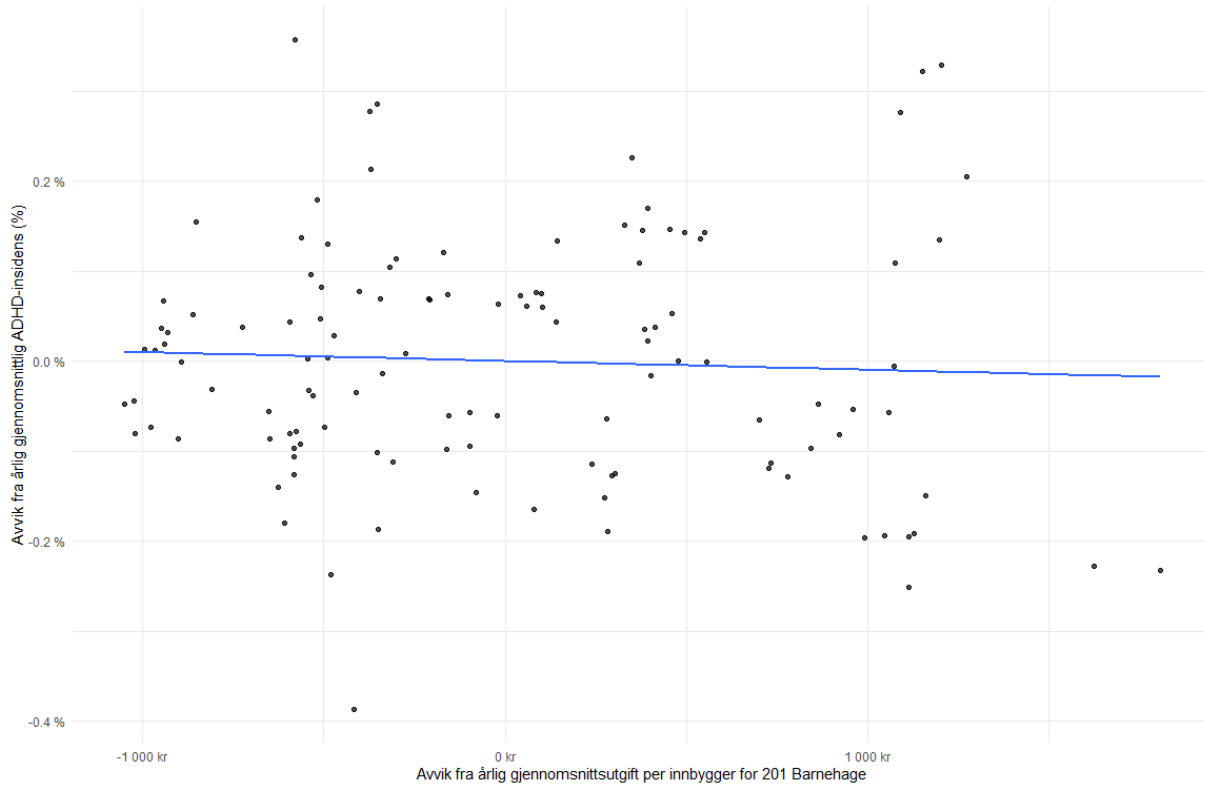
innebærer at sannsynligheten for å observere en sammenheng minst like sterk som den målte, gitt at det i virkeligheten ikke finnes noen sammenheng (nullhypotesen er sann), er under 5 prosent. Dette tolkes vanligvis som tilstrekkelig grunnlag for å forkaste nullhypotesen og anse sammenhengen som statistisk signifikant. Resultatene er basert på 120 observasjoner (fylke-år). Negativ korrelasjon innebærer at høyere ressursbruk for en gitt kostnadskode er assosiert med lavere ADHD-insidens.

Variabel	Korrelasjon - Spearman	P-verdi - Spearman	Korrelasjon-Pearson	P-verdi Pearson	N
Barnehage	-0.025	0.787	-0.050	0.589	120
Grunnskole	0.150	0.102	0.266	0.003 ***	120
Styrket tilbud til førskolebarn	0.053	0.562	0.176	0.055 *	120
Skolefritidstilbud	-0.174	0.057 *	-0.327	< 0.001 ***	120
Aktivitetstilbud til barn og unge	-0.196	0.032 **	-0.324	< 0.001 ***	120
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	-0.085	0.356	-0.254	0.005 ***	120
Annet forebyggende helsearbeid	-0.021	0.821	-0.114	0.217	120
Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid	-0.247	0.007 ***	-0.287	< 0.001 ***	120

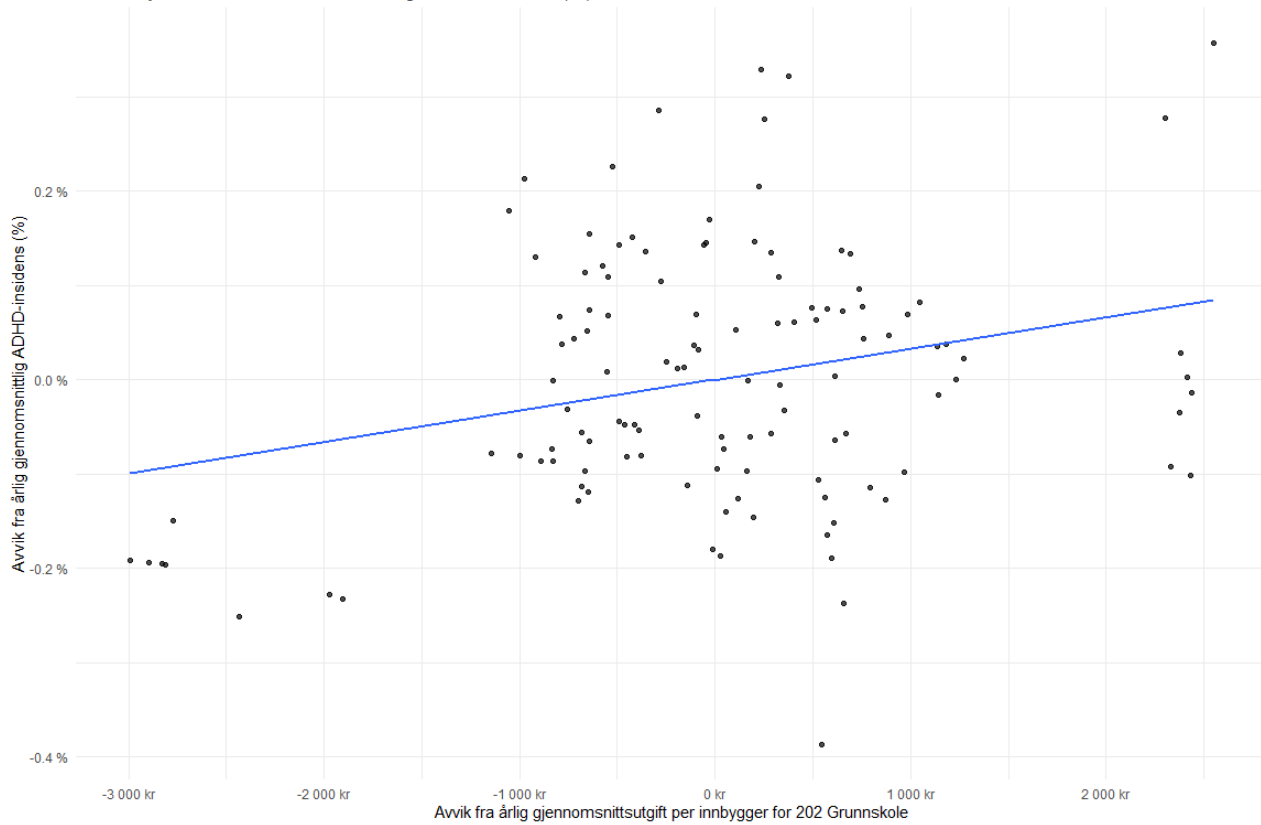
Tabell 9.6 - Stjernemarkeringene indikerer nivået for statistisk signifikans: * tilsvarer signifikans på 10 %-nivå ($p < 0.10$), ** på 5 %-nivå ($p < 0.05$), og * på 1 %-nivå ($p < 0.01$)**

For å illustrere korrelasjonene visuelt, viser figurene under sammenhengen mellom årlige avvik fra gjennomsnittet i utgiftsnivå og insidens, kontrollert for årseffekter. Helningen i regresjonslinjene viser retningen og styrken på sammenhengen mellom variabelen og insidensraten, kontrollert for år. Den visuelle linjen gir dermed et bilde som er konsistent med Pearson-korrelasjonskoeffisienten.

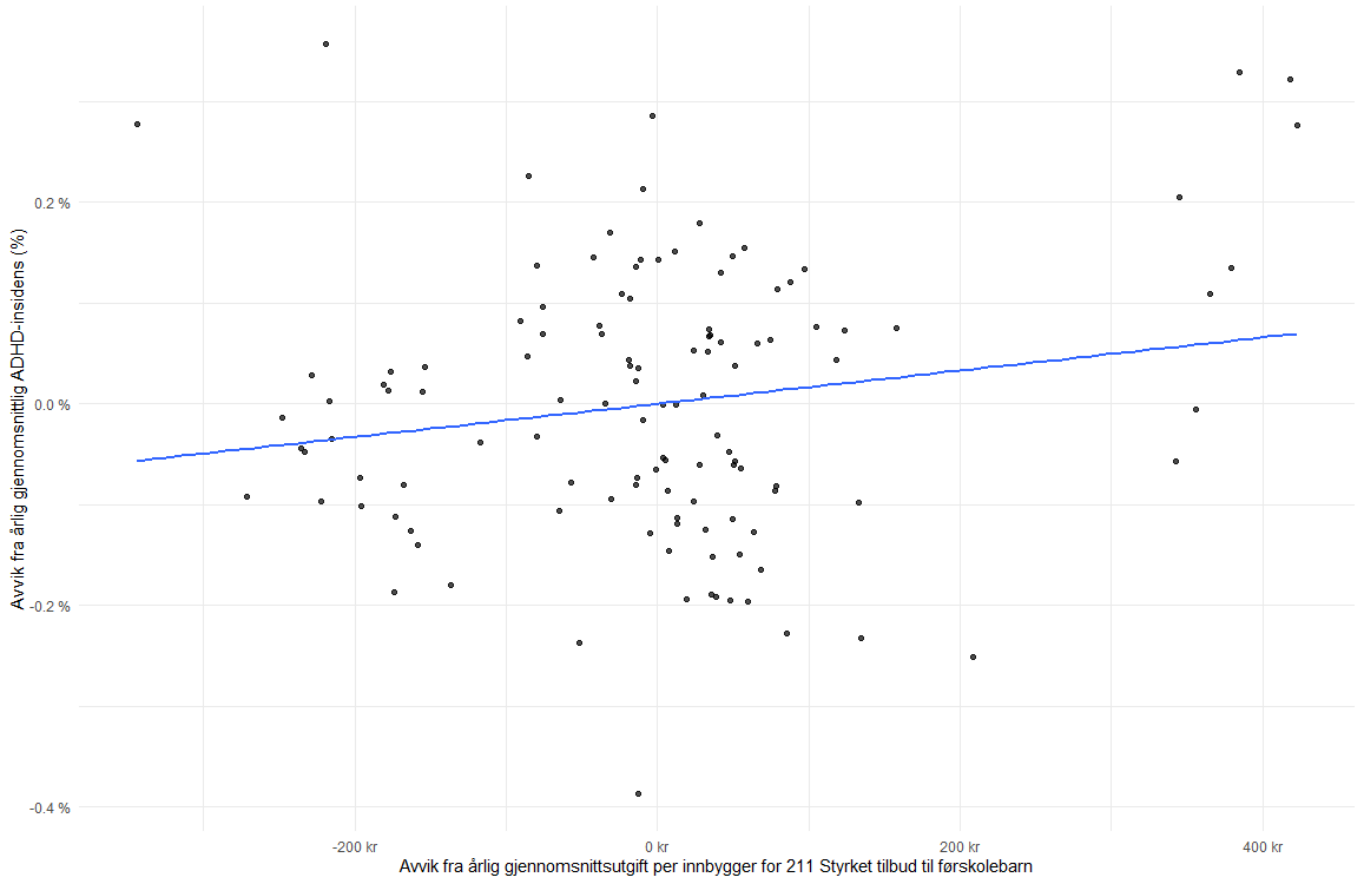
Korrelasjon mellom 201 Barnehage og ADHD-Insidens (%)



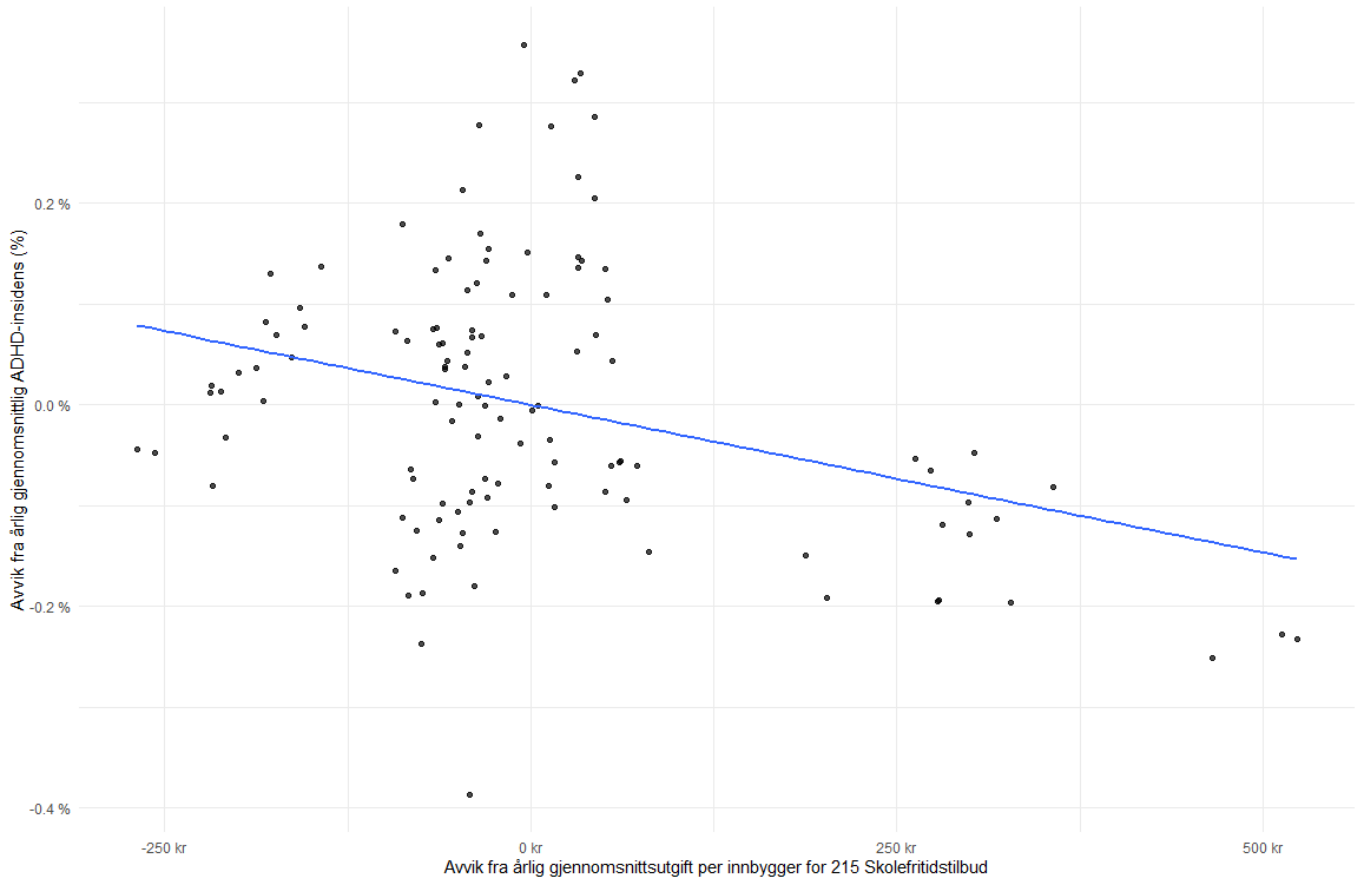
Korrelasjon mellom 202 Grunnskole og ADHD-Insidens (%)



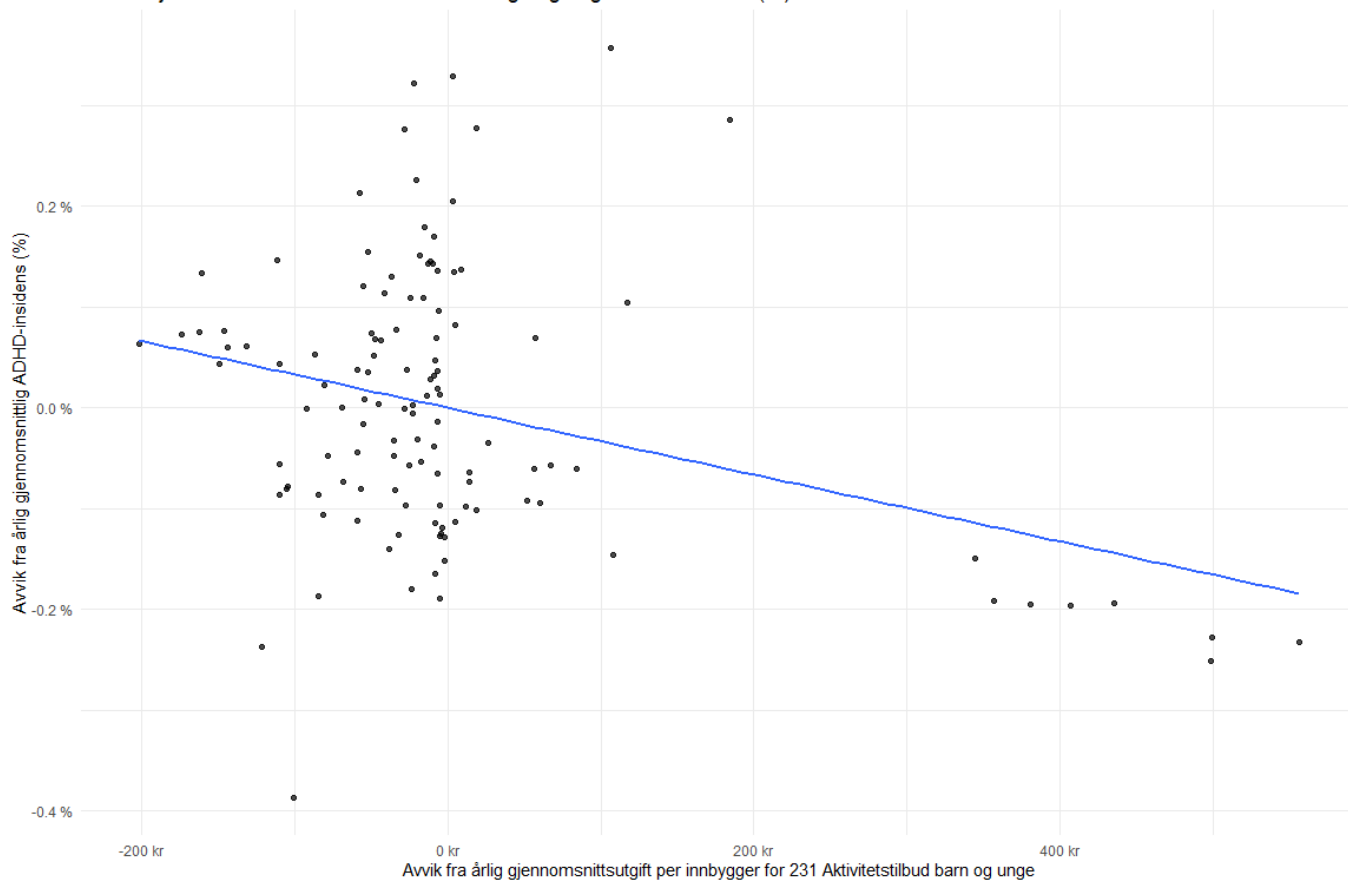
Korrelasjon mellom 211 Styrket tilbud til førskolebarn og ADHD-Insidens (%)



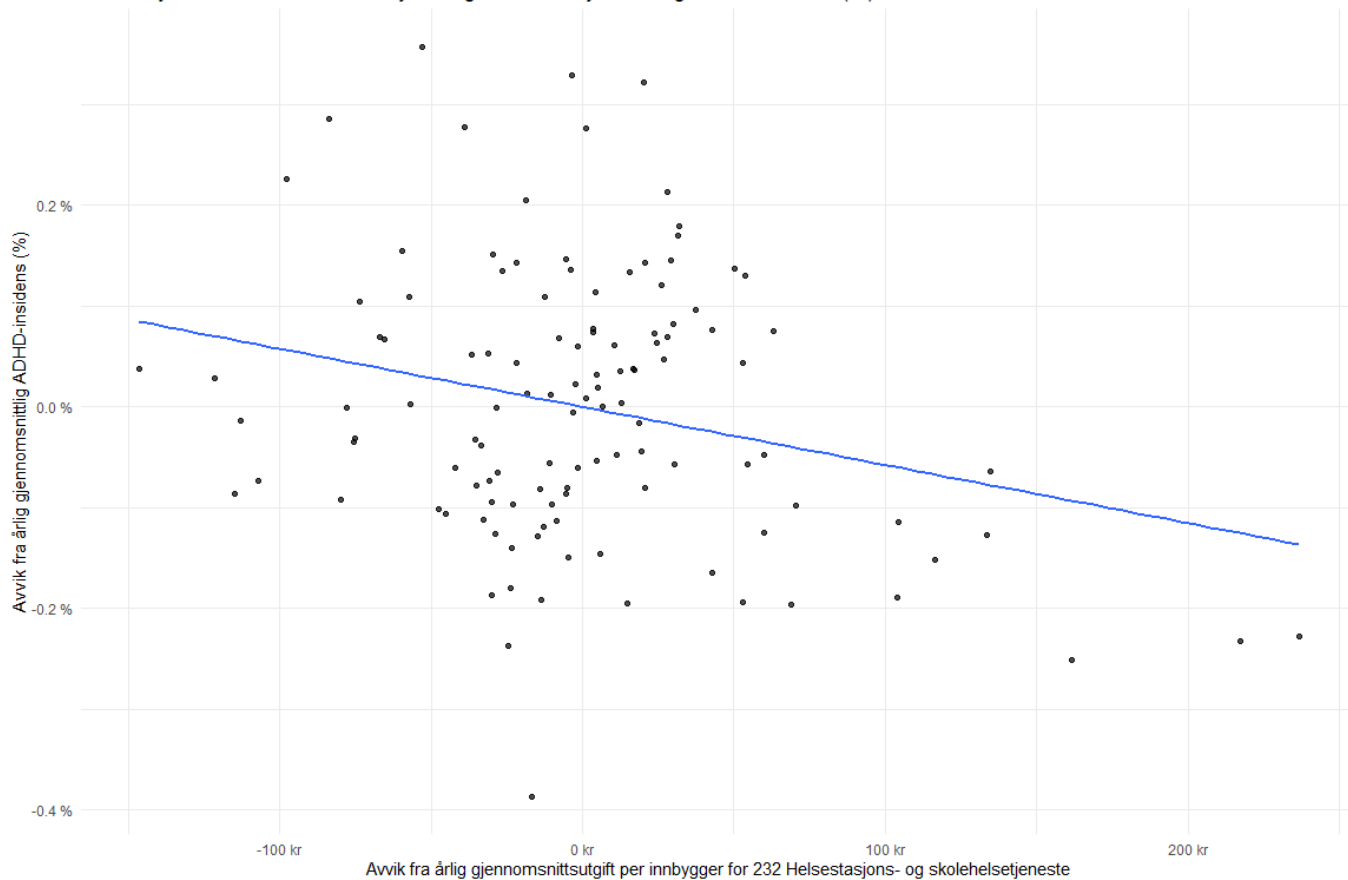
Korrelasjon mellom 215 Skolefritidstilbud og ADHD-Insidens (%)



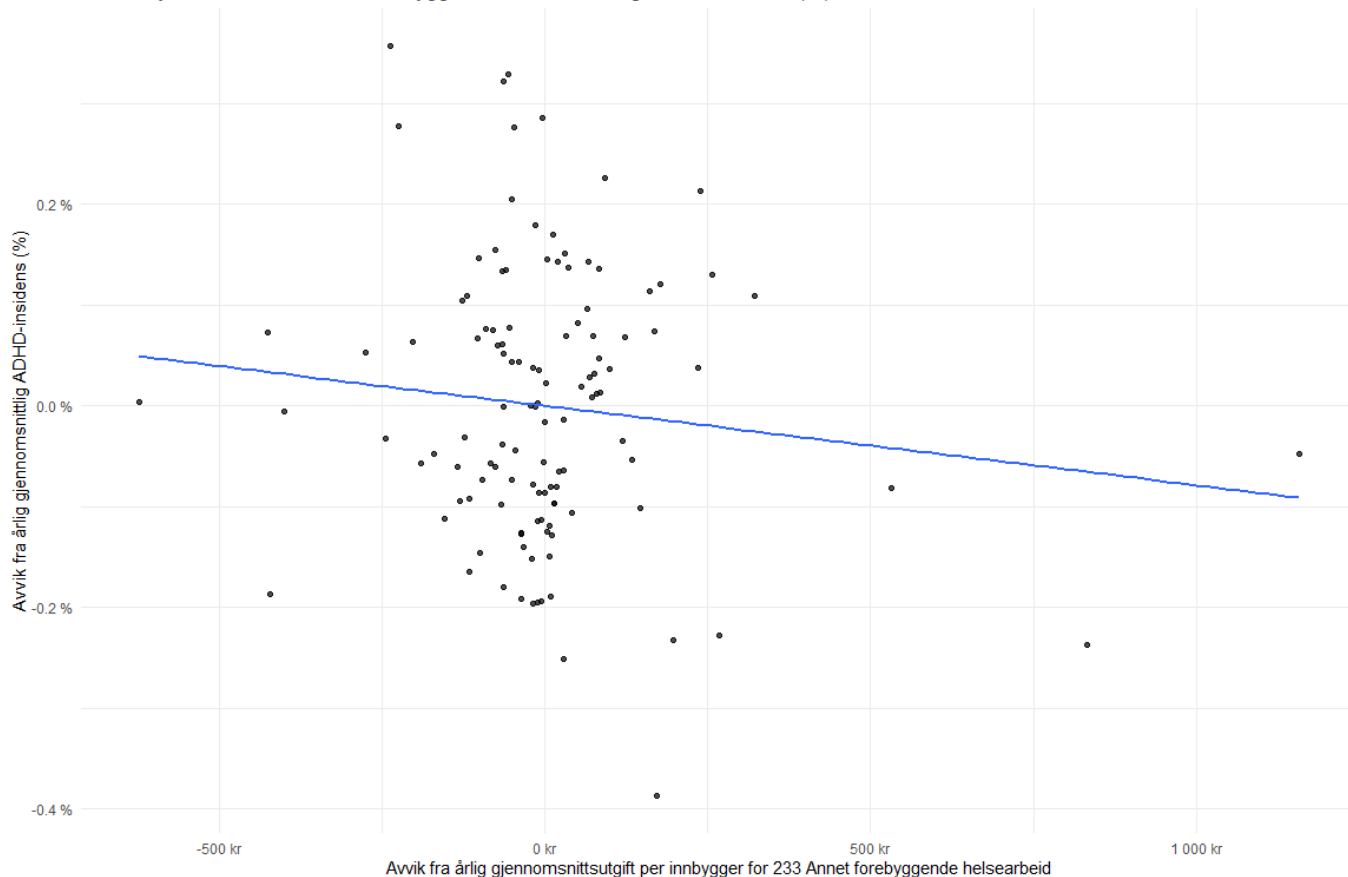
Korrelasjon mellom 231 Aktivitetstilbud barn og unge og ADHD-Insidens (%)



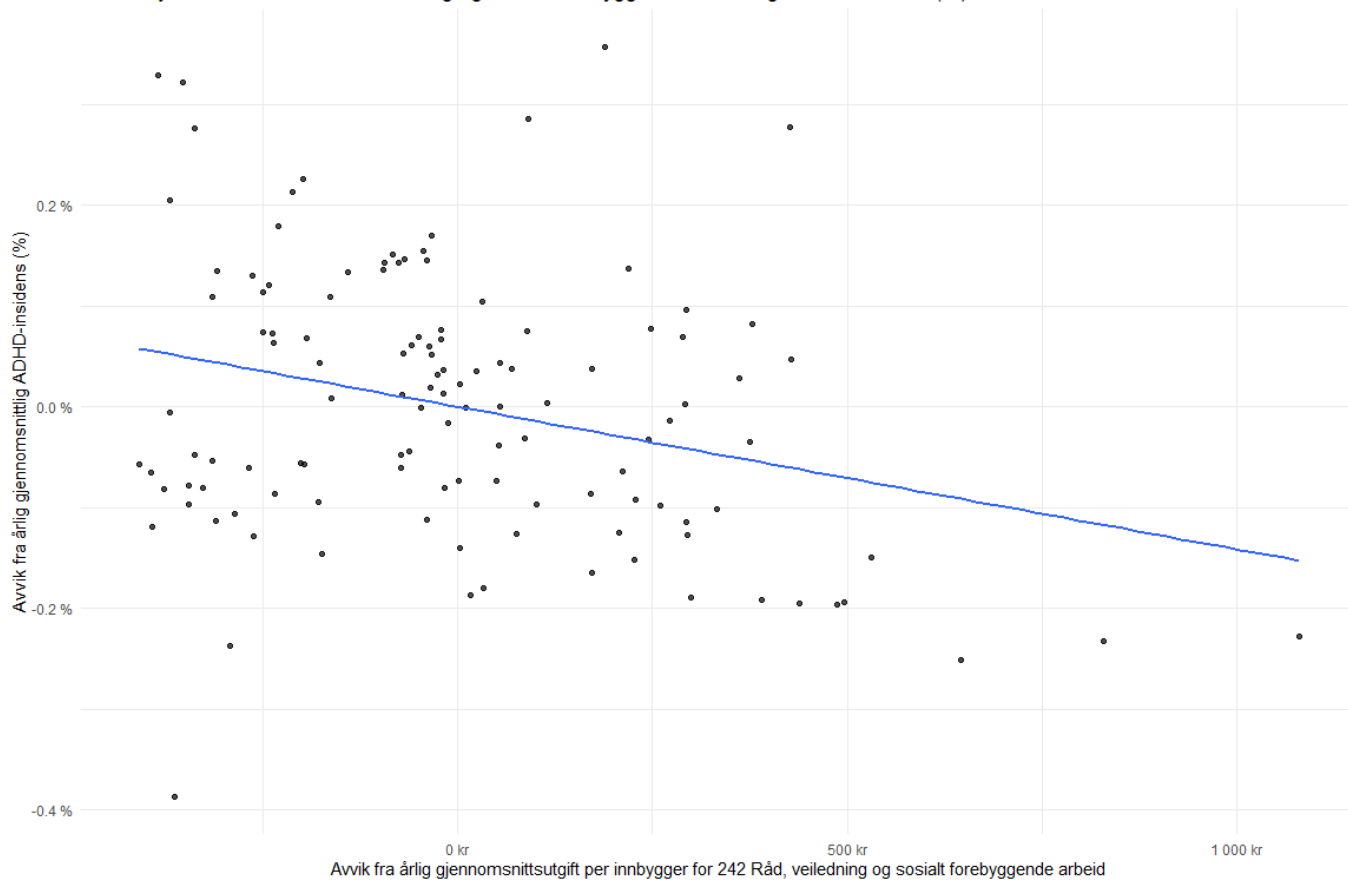
Korrelasjon mellom 232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste og ADHD-Insidens (%)



Korrelasjon mellom 233 Annet forebyggende helsearbeid og ADHD-Insidens (%)



Korrelasjon mellom 242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid og ADHD-Insidens (%)



PwCs ansvarsfraskrivelse

Denne rapport er utarbeidet for Helsedirektoratets i samsvar med avtale signert 20. august 2025 og påfølgende opsjoner.

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer, offentlig tilgjengelig statistikk, forskningspublikasjoner og dokumentasjon som Helsedirektoratet har gjort tilgjengelig for oss.

PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av Helsedirektoratets virksomhet.

Helsedirektoratet har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med avtalen mellom Helsedirektoratet og PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Helsedirektoratet eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller avtalen. Ved deling av hele eller deler av rapporten skal Helsedirektoratet sikre at enhver ansvarsfraskrivelse PwC har inkludert eller senere ønsker å inkludere i rapporten, blir gjengitt i sin helhet i alle eksemplarer som deles.

Helsedirektoratet får rettighetene til resultatet av oppdraget når betaling har skjedd, mens PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til alt bakgrunnsmateriale, herunder, men ikke begrenset til, ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid. Helsedirektoratet kan ikke videreutvikle resultatet under PwC logo.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.