



# Økning i ADHD blant voksne

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 voksne, og hvilke konsekvenser dette har. Prosjektet er gjennomført i perioden oktober 2025 – januar 2026 og er en utvidelse av et tilsvarende oppdrag knyttet til økning i ADHD blant barn og unge.

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 gir et nyttig bilde av drivere og konsekvenser av økning i ADHD blant voksne og vil være nyttig for Helsedirektoratet i det videre arbeidet med vurderingen av virkemiddelbruk innen ADHD blant voksne.

Oslo, 8. januar 2026

Roger Mortensen  
Ansvarlig partner

# Innhold

<b>Forord .....</b>	<b>2</b>
<b>Sammendrag.....</b>	<b>4</b>
<b>1 Introduksjon.....</b>	<b>6</b>
1.1    Metodikk og gjennomføring .....	6
<b>2 Forekomst av ADHD-diagnoser blant voksne.....</b>	<b>13</b>
2.1    Økning i ADHD-behandlinger .....	13
2.2    Fylkesvis variasjon.....	16
<b>3 Driveranalyse: Hvorfor ser vi en økning i diagnosetall og fylkesvis variasjon .....</b>	<b>20</b>
3.1    Avgrensninger.....	21
3.2    Drivere knyttet til samfunnet .....	21
3.3    Drivere knyttet til helsetjenesten .....	33
3.4    Drivere knyttet til individet .....	46
3.5    Oppsummering av identifiserte drivere .....	49
<b>4 Identifiserte konsekvenser av økningen i ADHD-diagnoser .....</b>	<b>55</b>
4.1    Utfordringer assosiert med ADHD-symptomer .....	55
4.2    Flere får støtte og behandling.....	59
4.3    Økt press på helsetjenestene .....	62
4.4    Samfunnsøkonomiske kostnader .....	65
4.5    Oppsummerende drøfting av konsekvenser .....	67
<b>5 Informantenes forslag til tiltak .....</b>	<b>68</b>
5.1    Retningslinjer og kriterier .....	68
5.2    Kommunale tilbud og lavterskeltilbud.....	69
5.3    Nav og arbeidsliv .....	69
5.4    Kompetanse og faglig kvalitet .....	69
5.5    Tiltak utprøvd i helsetjenesten .....	69
5.6    Oppsummering av informantenes forslag .....	70
<b>6 Oppsummerende drøfting.....</b>	<b>71</b>
<b>Kilder.....</b>	<b>73</b>

# Sammendrag

Andelen voksne som behandles for ADHD i spesialisthelsetjenesten i Norge har økt betydelig det siste tiåret. I 2015 ble 0,31 prosent av den voksne befolkningen behandlet i spesialisthelsetjenesten med ADHD som hoved- eller første tilstand (Helsedirektoratet, 2025). I 2024 var andelen steget til 0,77 prosent, en økning på 148 prosent. Lignende observasjoner er beskrevet i andre land og for andre diagnoser (Pearson, 2025).

Denne rapporten er en utvidelse av et tilstøtende oppdrag der PwC har undersøkt drivere for økning i ADHD blant barn og unge. Helsedirektoratet ønsket i den forbindelse en tilsvarende analyse knyttet til forekomst av ADHD blant voksne. Formålet er å gi Helsedirektoratet et bedre grunnlag for å vurdere sin virkemiddelbruk knyttet til ADHD hos voksne. Rapporten bygger på en kombinasjon av gjennomgang av forskningsstudier, retningslinjer, veiledere, ulike rapporter og ytringer, mottatt statistikk fra Helsedirektoratet og Nav, åpent tilgjengelig offentlig statistikk, spørreundersøkelse til voksne med ADHD-diagnose og intervjuer med voksne med ADHD-diagnoser, ansatte i Nav og behandlere i offentlig og privat helsetjeneste. Vi har merket oss at kunnskapsgrunnlaget på flere områder er tynnere når det gjelder ADHD blant voksne enn ADHD blant barn og unge.

Vi har identifisert og gjennomgått 13 drivere knyttet til henholdsvis samfunnet, helsetjenesten og individet. ADHD er en kompleks og multifaktoriell tilstand, og samspillet mellom gener, miljø og sosiale faktorer er i praksis 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.

Vår vurdering er at tre av disse 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 12 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 voksne 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, det har vært en innsnevring i forståelsen av hva som er normal adferd og det blir i flere sammenhenger 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.

Utvidede og endrede diagnosekriterier og økningen i ADHD blant barn og unge er drivere vi mener har en sikker dokumentert effekt på økningen i ADHD-diagnoser blant voksne. At diagnosekriteriene er endret og utvidet gjør at flere som tidligere ikke kvalifiserte for diagnosen, nå kvalifiserer for den. Økningen i ADHD blant barn og unge driver økning i ADHD blant voksne gjennom to mekanismer: For det første blir barn og unge etter hvert voksne, og de tar med seg ADHD-diagnosen inn i voksen-tilværelsen. Når flere barn og unge har en ADHD-diagnose, øker derfor gradvis omfanget av ADHD-diagnoser blant voksne. I tillegg bidrar den arvbare komponenten i ADHD til at foreldre til barn som

diagnostiseres med ADHD ofte gjenkjenner symptomer og utfordringer hos seg selv, og dermed oppsøker utredning som en konsekvens av at barnet har fått en ADHD-diagnose.

De øvrige driverne har et svakere forskningsbasert kunnskapsgrunnlag knyttet til seg, og litteraturstudien alene gir derfor ikke grunnlag for å isolere og rangere hvorvidt den ene eller andre driveren er mest sikker. Likevel, mange av endringene vi observerer i samfunnet i løpet av det siste tiåret øker kravene til folks eksekutive funksjoner, det vil si evne til å organisere, planlegge og koordinere seg selv og andre. Både behandlere, ansatte i Nav og informanter med ADHD forteller i intervjuer og i spørreundersøkelsen at disse endringene har gjort det mer krevende å fungere godt for personer med ADHD-symptomer. Personer med ADHD-symptomer, som tidligere fant mestringsstrategier og roller i arbeidslivet hvor de kunne fungere godt, opplever nå i større grad at de kommer til kort og kjenner på et reelt funksjonstap som følge av symptomene. Vi mener det fremstår som sannsynlig at dette også er med på å forsterke og forklare utviklingen vi ser i ADHD-diagnoser, selv om vi ikke har grunnlag til å peke ut og isolere nøyaktig hvilken endring eller hvilke endringer som driver utviklingen.

Vi drøfter konsekvensene av økningen i ADHD-diagnoser blant voksne. På den ene siden er det en rekke kjente konsekvenser og risikofaktorer forbundet med symptombildet knyttet til ADHD-diagnosen. I den grad økt diagnostisering av ADHD innebærer at flere personer med disse utfordringene får hjelp og behandling, er det grunn til å anta at det for enkeltpersonene og for samfunnet finnes flere positive konsekvenser av at flere personer får tilgang på behandling. Respondentene våre trekker også frem økt selvforståelse som den viktigste positive effekten av diagnosen.

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 for 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 også for helsetjenesten likevel være positiv.

Utdanningsinstitusjoner, arbeidslivet og Nav opplever økt etterspørsel etter tilrettelegging som følge av økningen i ADHD-diagnoser. For den enkelte institusjonen kan dette oppleves som en utfordring å håndtere, men dersom dette også reduserer risikoen for frafall i utdanning og øker deltakelsen i arbeidslivet, kan nettoeffekten for samfunnet også her være positiv. Det ligger utenfor omfanget av denne rapporten å kvantifisere og veie kostnader og nytte av disse konsekvensene opp mot hverandre, så vi begrenser oss til å beskrive de ulike forholdene.

Vi er ikke bedt om å komme med anbefalinger til Helsedirektoratet. Vi har samtidig fått innspill fra våre respondenter som vi velger å dele avslutningsvis i rapporten. Vi understreker at vi ikke har gjort en nærmere vurdering av disse innspillene, men inkluderer dem som mulige forslag for Helsedirektoratet å vurdere nærmere.

# 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, 2025; Helsenorge, 2023; Helsedirektoratet, 2022; CDC, 2022; ICD, 2022). Disse symptomene kan arte seg forskjellig i ulike aldre. Voksne med ADHD kan slite med å håndtere oppmerksomheten sin, fullføre lange oppgaver med mindre de er interessante, være organisert, kontrollere atferden sin og ha hyperaktive symptomer som å føle seg indre rastløs og være urolig. For å kunne sette en ADHD-diagnose i henhold til gjeldende kodeverk, må fem hovedkriterier være oppfylt, hvorav langvarige ADHD-symptomer utgjør det første kriteriet (American Psychiatric Association, 2022). For ungdom fra 17 år og oppover, samt voksne, må pasienten må fem eller flere symptomer på uoppmerksomhet og/eller hyperaktivitet-impulsivitet for å få diagnosen (CDC, 2024). Behandleren vurderer om ADHD-symptomer var til stede før fylte 12 år (CDC, 2024). 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; CDC, 2022; ICD, 2022).

Denne rapporten er skrevet som svar på en utvidelse av et tilstøtende oppdrag der PwC har undersøkt drivere for økning i ADHD blant barn og unge. Helsedirektoratet ønsket i den forbindelse en tilsvarende analyse knyttet til forekomst av ADHD blant voksne. Formålet er å gi Helsedirektoratet et bedre beslutningsgrunnlag for å vurdere sin virkemiddelbruk knyttet til ADHD hos voksne. Gjennom oppdraget har PwC og Helsedirektoratet hatt tett dialog, hvor Helsedirektoratet har kommet med innspill og forankret arbeidet til PwC.

Vi har i denne rapporten forholdt oss til ADHD som en nevroutviklingsforstyrrelse i tråd med gjeldende diagnosemanualer og retningslinjer, og fokuset ligger på det som blir symptomer og funksjonsnedsettelse i møtet med system og samfunn. Vi anerkjenner samtidig at man kan betrakte ADHD som en nevrokognitiv stil/funktering, og at det er mange ulike syn på og holdninger til diagnosen, men denne diskursen ligger utenfor denne rapportens mandat.

## 1.1 Metodikk og gjennomføring

Rapporten bygger på en kombinasjon av dokumentgjennomgang, mottatt statistikk fra Helsedirektoratet og Nav, åpent tilgjengelig offentlig statistikk, spørreundersøkelse og intervjuer. Kunstig intelligens (KI) har effektivisert bearbeidingen av data fra spørreundersøkelser, intervju og andre kilder, for å gi mer presise og nyanserte analyser. Underkapitlene beskriver hver metode ytterligere.

## 1.1.1 Dokumentgjennomgang

Vi har gått grundig gjennom dokumentasjon fra Helsedirektoratet og hentet inn relevante forskningsartikler, inkludert:

- Diagnosemanualene DSM-5 og ICD-11, og Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje
- Forskningsartikler, inkludert Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)
- Presentasjoner fra Helsedirektoratets fagmøte om ADHD 16. juni 2025
- Notater fra møter og e-poster mellom PwC og Helsedirektoratet

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.

Problemområde (tilbud)	Problemområde (nytt)	Kategori	Tema	Kode	Beskrivelse	Kilde	Kobles til
Konsekvens av diagnose	Helsevesenet	Tiltak	Behandling	Psykososiale tiltak	"Third-wave" kognitiv atferdsterapi (CBT) – inkludert mindfulness og dialektisk atferdsterapi (DBT) – har også blitt brukt i behandling av ADHD hos voksne, selv om forskningsbevisene fortsatt er på et tidlig stadium.	Cortese et al. World Psychiatry.	
Økende diagnosefall	Individet	Driver	Kjønn	Kjønn: Kvinner	Et annet område som må vurderes, er begrepet kompensering og maskering av atferd, som oftere rapporteres hos kvinner. Dette forskningsområdet er godt beskrevet i autismlitteraturen, hvor det rapporteres at kvinner oftere enn menn benytter strategier for passivt å maskere eller skjule sine utfordringer, og aktivt kompenserer eller tilpasser sin atferd, spesielt i sosiale situasjoner. Dette kan på lang sikt ha skadelige konsekvenser. Det finnes begrenset dokumentasjon på tilsvarende fenomen hos voksne med ADHD.	Cortese et al. World Psychiatry.	
Økende diagnosefall	Individet	Problem	Kjønn	Kjønn	Å forstå kjønnsforskjellene ved ADHD hos voksne er avgjørende for å forbedre tidlig og nøyaktig diagnostisering samt kliniske resultater. Det er behov for forskning av høy kvalitet som inkluderer et stort antall kvinnelige deltakere på tvers av ulike livsfaser, fra før puberteten og helt til etter overgangsalderen.	Cortese et al. World Psychiatry.	
Økende diagnosefall	Individet	Observasjon	Eldre	Eldre	Først nylig har forskning vist at ADHD forekommer hos voksne over 50 år. I en systematisk gjennomgang og metaanalyse ble den estimerte forekomsten av ADHD hos eldre voksne beregnet til 2,18 % når diagnosen ble stilt ved hjelp av validerede skjemaer i befolkningsprøver, og 0,23 % når man baserte seg på kliniske diagnoser i elektroniske helseregistre.	Cortese et al. World Psychiatry.	
Økende diagnosefall	Helsevesenet	Driver	Tjenester	Overgang	Overgangen fra barne- og ungdomspsykiatriske tjenester til voksenpsykiatriske tjenester er et vanlig problem i behandlingen av ADHD hos voksne. Spesifikke programmer er nødvendige for å forbedre denne overgangen, særlig for pasienter med komorbide tilstander som autismespekterforstyrrelse, rusavhengighet eller atferdsforstyrrelser.	Cortese et al. World Psychiatry.	
Funksjonsnedsettelse	Helsevesenet	Driver	Diagnosekriterier	Funksjonsnedsettelse	Uenighet om hva funksjonsnedsettelse er: Klinikere sliter rutinemessig med å avgjøre funksjonsnedsettelse når de diagnostiserer ADHD uten tilstedeværelse av alvorlige konsekvenser, slik som styrke-karakterer på universitetet eller advarsler knyttet til arbeidsoppgaver. Stresset som oppstår ved å ikke klare å imfri forventet trykke i forhold til opplevd kapasitet ... kan føre til at én kliniker setter ADHD-diagnose, mens en annen kliniker er uenig.	Molina. World Psychiatry	Praksisvariasjon
Økende diagnosefall	Helsevesenet	Driver	Tjenester	Privat	En av de viktigste utfordringene for klinikere som jobber innen dette området å sikre at vurderingene er nøyaktige og omfattende. Dette ser imidlertid ikke alltid ut til å være tilfelle. Det har vært mange nylige rapporter om tjenester som dukker opp og tilbyr rask tilgang til "spesialistvurderinger for ADHD", ofte via telehelse og til en høy pris. Tilbakemeldinger fra personer som har gjennomgått slike prosesser, sier at vurderingene var kort, ofte et enkelt møte på rundt 30 minutter, bygget i stor grad på spørreskjemaer snarere enn klinisk intervjue, og som ikke inkluderte en utviklingshistorie, en screening for andre fysiske eller psykiske helseplager, eller innhentning av supplerende informasjon fra andre kilder enn den vurderte personen selv. En positiv diagnose blir nesten alltid stilt.	Coghill. World Psychiatry	

**Figur 1-1: Utklipp av datasett som grunnlag til problembeskrivelse og driveranalyse**

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

Videre i driveranalysen har vi tegnet årsak-virkningskjeder for hver identifiserte driver. Disse er beskrevet i kapittel 3.5. Som i analysen vi har gjort knyttet til ADHD blant barn og unge, skiller vi også i denne analysen 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.

## 1.1.2 Statistikk

Som grunnlag for det statistiske analysearbeidet i rapporten har vi mottatt data direkte fra Helsedirektoratet og Nav. Statistikken fra Helsedirektoratet er hentet fra Norsk pasientregister og utgjør hovedgrunnlaget for kapittel 2, som omhandler den historiske utviklingen i andelen voksne som mottar behandling for ADHD i spesialisthelsetjenesten. Denne statistikken inkluderer også personer som har mottatt behandling hos avtalespesialister. Data mottatt direkte fra Nav belyser utviklingen i antall tapte dagsverk der ADHD er registrert som hoveddiagnose i perioden 2015–2025.

I tillegg er det benyttet statistikk fra offentlig tilgjengelige kilder, som er tydelig referert med direkte lenker til de respektive nettstedene. Disse inkluderer Folkehelseinstituttet (FHI), Reseptregisteret og Apotekforeningen for data relatert til legemiddelbruk, Statistisk sentralbyrå (SSB) for demografiske data, samt Nav for statistikk som blant annet omhandler andelen unge mottakere av uføretrygd fordelt etter hoveddiagnose.

Dataene er bearbeidet i Microsoft Excel og anvendes både for å belyse den historiske utviklingen over tid og for å kvantifisere de tilhørende konsekvensene.

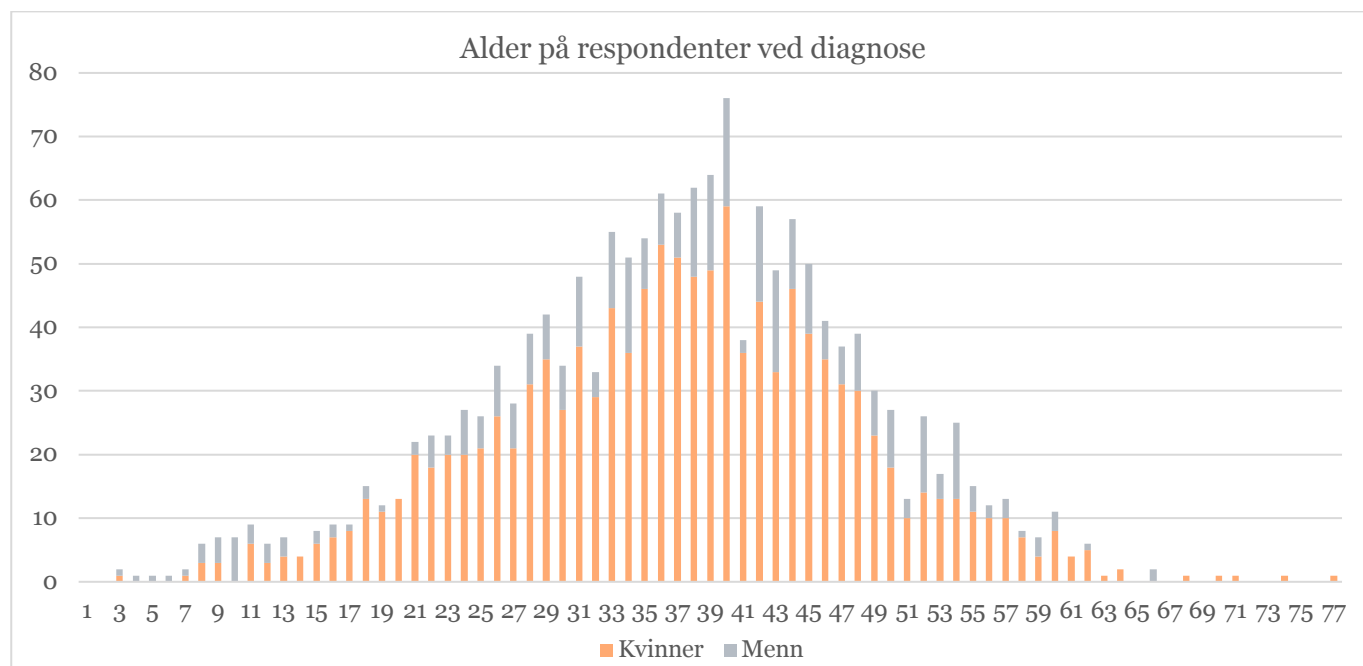
## 1.1.3 Spørreundersøkelse

For et supplerende perspektiv til innsikten fra dokumentgjennomgangen og statistikken ble en spørreundersøkelse utformet. Respondentene til spørreundersøkelsen var voksne som har blitt diagnostisert med ADHD. Spørsmålene som var både kvantitative og kvalitative, omhandlet blant annet erfaringer knyttet til diagnostiseringsprosessen og møtet med helsetjenesten, tilgang til og kvalitet på behandling og oppfølging etter diagnose, bruk og opplevd effekt av medikamentell og ikke-medikamentell behandling, hvordan ADHD påvirker hverdagsliv, arbeid, relasjoner og psykisk helse, samt opplevelser av stigma, samfunnets forståelse av ADHD hos voksne og respondentens egen forståelse av seg selv etter å ha fått diagnosen.

Spørreundersøkelsen ble distribuert i samarbeid med ADHD Norge, som formidlet undersøkelsen til sin voksne medlemsmasse. ADHD Norge er en medlems- og interesseorganisasjon for personer med ADHD og deres pårørende, med mål om å formidle kunnskap og representere interessene til målgruppen. Spørreundersøkelsen ble fullført av 1 594 respondenter og gir et omfattende datagrunnlag som vi bruker til å supplere dokumentgjennomgangen og den statistiske analysen med selvrapporterte erfaringer.

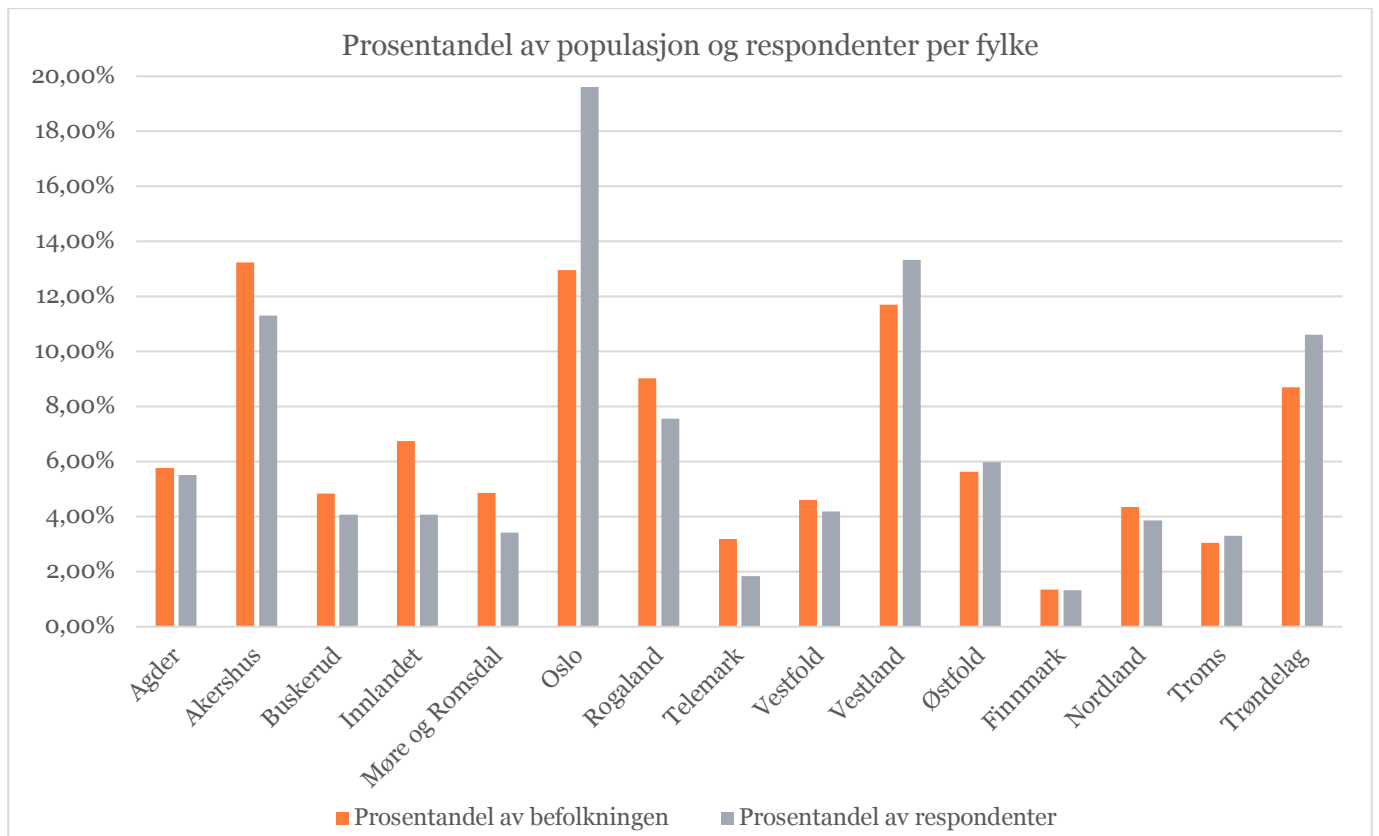
Det er viktig å merke seg at respondentgruppen ikke nødvendigvis er representativ for hele den norske voksenpopulasjonen med ADHD. Valget om å distribuere undersøkelsen gjennom ADHD Norge ble tatt for å sikre at vi nådde ut til en stor andel voksne med ADHD, uten at vi måtte samle inn personopplysninger om respondentene i undersøkelsen. Medlemsmassen i ADHD Norge er ikke fullt ut representativ for den samlede populasjonen av voksne i Norge med ADHD. De kan for eksempel skille seg fra den samlede populasjonen når det gjelder grad av engasjement, tilgang til informasjon, erfaringer

med hjelpeapparatet eller motivasjon for å delta i en spørreundersøkelse. Dette gjenspeiles også i resultatene. Blant respondentene oppgir 94 prosent å ha blitt diagnostisert i voksen alder, med en gjennomsnittsalder på 37 år ved diagnostetidspunktet. Dette indikerer en overrepresentasjon av personer som ble diagnostisert som voksne sammenlignet med den generelle populasjonen. Amerikanske data viser at omtrent halvparten av voksne med ADHD i USA fikk diagnosen i voksen alder (CDC, 2024), noe som understreker at andelen som ble diagnostisert som voksne i dette utvalget er vesentlig høyere enn det man kan forvente å observere i befolkningen generelt. Videre utgjorde kvinner 77 prosent av respondentene, noe som avviker fra kjønnsfordelingen som vanligvis rapporteres i epidemiologiske studier av ADHD (Aase et al., 2025), der menn i større grad vanligvis er representert.



**Figur 1-2: Fordeling av respondenter til spørreundersøkelsen etter kjønn og alder ved diagnose**

Når det kommer til geografisk representativitet ser det ut til at fylkene Oslo, Vestland og Trøndelag, som har Norges tre største byer, er noe overrepresentert blant respondentene, spesielt Oslo. Men i all hovedsak samsvarer fordelingen av respondenter godt med befolkningsfordelingen på fylkesnivå, og avvikene fremstår som relativt små.



**Figur 1-3: Prosentandel av populasjon og respondenter per fylke (SSB, 2025)**

Selv om utvalget ikke nødvendigvis er representativt for hele den norske voksenpopulasjonen med ADHD, gir undersøkelsen et godt grunnlag for å analysere erfaringer knyttet til diagnostisering, behandling og hverdagsfungering blant voksne med ADHD. Funnene bidrar med oppdaterte og nyttige perspektiver som supplerer dokumentgjennomgangen og de statistiske analysene, særlig når det gjelder hvordan eksisterende ordninger og tjenester oppleves av målgruppen.

For ADHD Norges medlemsmasse fremstår respondentene i spørreundersøkelsen som relativt representative. I en medlemsundersøkelse gjennomført i 2024 utgjorde kvinner 80 prosent av medlemmene og menn 20 prosent, sammenlignet med henholdsvis 77 prosent kvinner og 23 prosent menn blant respondentene i spørreundersøkelsen. Tilsvarende viser aldersfordelingen et sammenfall mellom undersøkelsene. I den tidligere medlemsundersøkelsen tilhørte 39 prosent av respondentene aldersgruppen 36–45 år, mens den samme aldersgruppen utgjorde 38 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen.

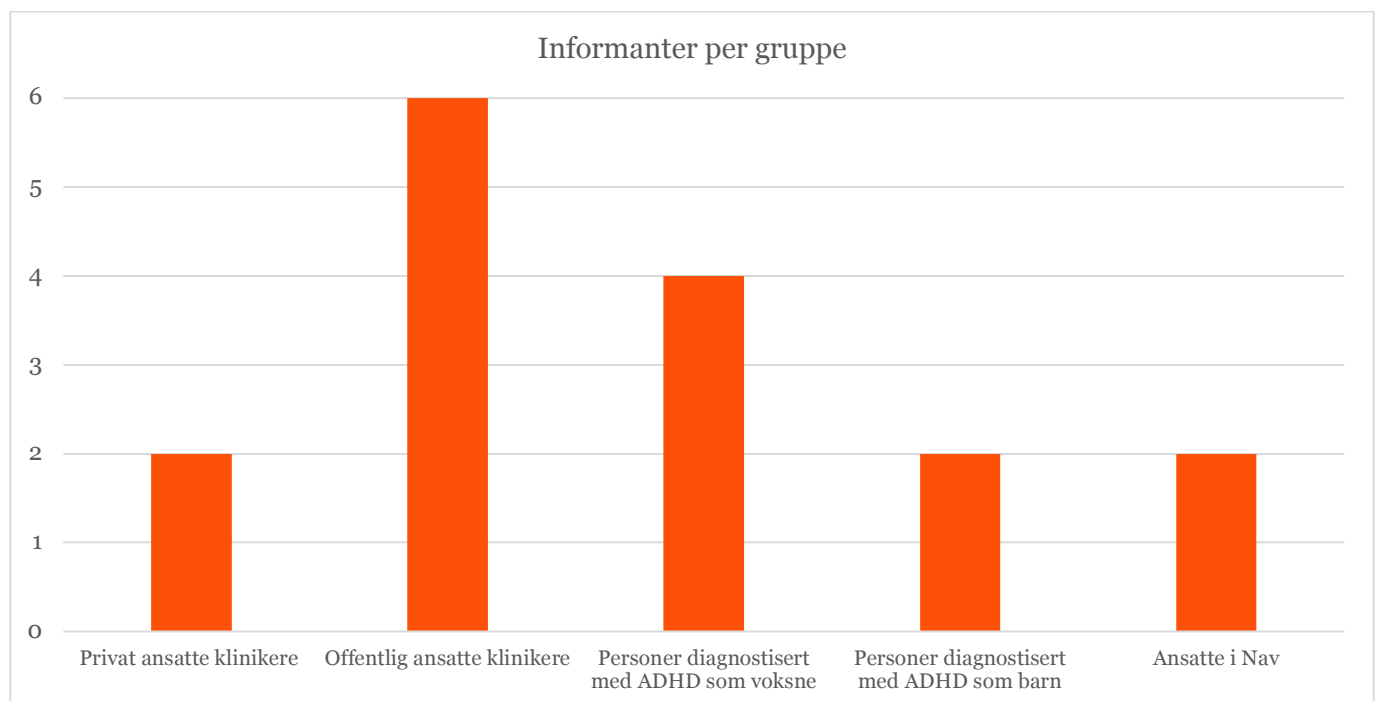
### 1.1.4 Intervjuer

For å supplere dokumentgjennomgangen og gi et praksisnært perspektiv, har vi gjennomført semistrukturerte intervjuer med ansatte i Nav, samt behandlere i offentlig psykisk helsevern, og klinikere som jobber i det private, både fast ansatte og selvstendig næringsdrivende. For å få fram mer av menneskene dette handler om sin stemme, har vi intervjuet et lite utvalg voksne personer som har fått diagnosen ADHD, enten før fylte 18 år, eller som voksne. Utvalget omfatter totalt 16 informanter. Intervjuene ble gjennomført digitalt, med en varighet på ca. 60 minutter. Alle informanter mottok

intervjuguide på forhånd, og intervjuguiden sikret sammenlignbarhet på tvers av intervjuene samtidig som det var rom for refleksjon og utdyping.

Alle intervju ble tatt opp og transkribert ved hjelp av KI, etter samtykke fra informantene. Videre er KI brukt til å bearbeide intervjumaterialet og renskrive transkripsjoner.

Vi har intervjuet to klinikere som jobber privat, og seks klinikere ansatt i psykisk helsevern. De fleste av disse er ansatt i distriktpsikiatriske sentre (DPS), som er der de fleste personer som utredes og behandles for ADHD, henvises til. De representerer tre av fire nasjonale helseforetak, og kommer fra ulike DPS/institusjoner i Helse Nord RHF, Helse Midt RHF og Helse Sør-Øst RHF. Navs representanter kommer fra Østlandet. Våre informanternes utsagn representerer deres syn og opplevelser, basert på deres subjektive bakgrunn, og de uttaler seg ikke på vegne av hele organisasjonen eller gruppen de representerer.



**Figur 1-4: Respondenter per gruppe**

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.

### **Styrker og svakheter ved metoden**

Metoden kombinerer data fra flere kilder: dokumentgjennomgang, kvalitative intervjuer og spørreundersøkelse, noe som gir både et bredt kunnskapsgrunnlag og praksisnære perspektiver. Dokumentgjennomgangen sikrer systematikk og forankring i nasjonale retningslinjer og forskningslitteratur, intervjuene tilfører erfaringer og vurderinger fra behandlere i både privat og

offentlig spesialisthelsetjeneste og pasienter med ADHD, og spørreundersøkelsen gir et stort datagrunnlag for å si noe om pasientenes perspektiver og erfaringer.

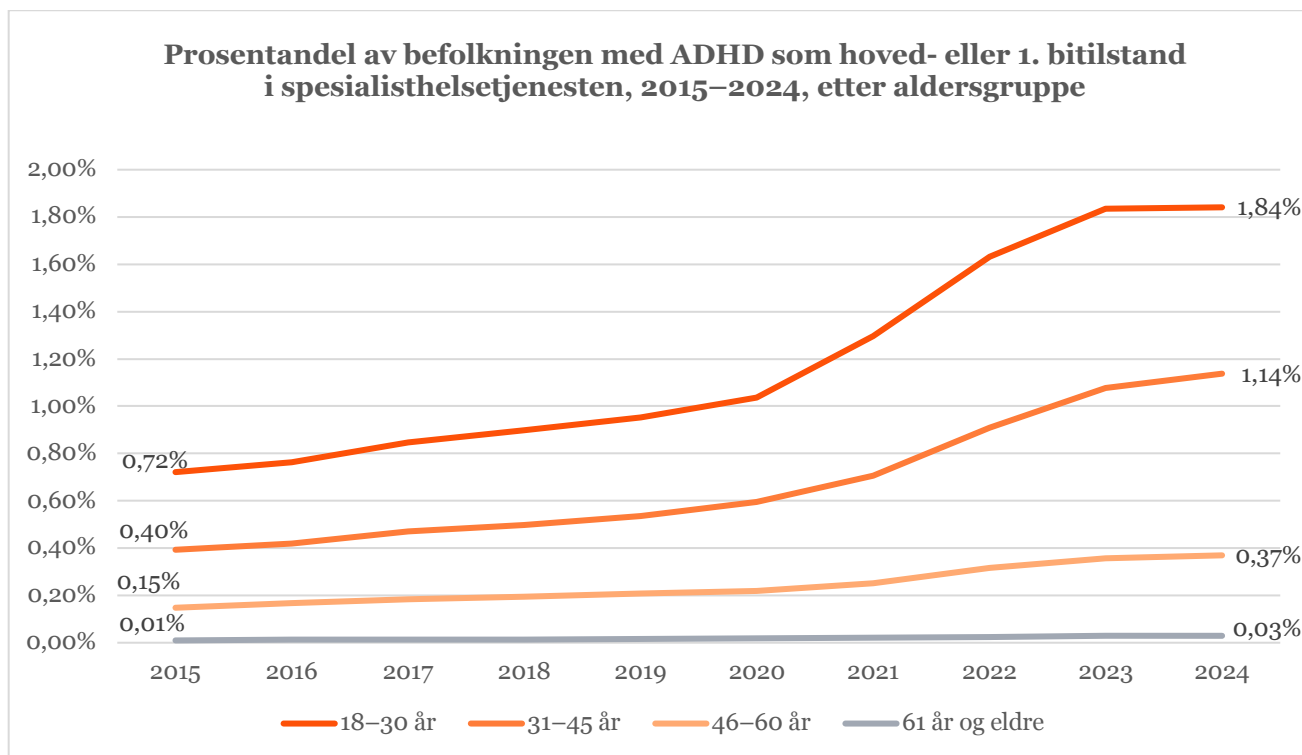
Samtidig har metoden noen begrensninger. Utvalget av informanter er strategisk og gir ikke et statistisk representativt bilde av disse gruppene. Vi har kun representasjon av Nav fra det sentrale Østlandet, som gir et begrenset innblikk i deres tjenestoområde og perspektiver, både med tanke på alle roller ansatte i Nav kan ha, og hvem de møter i sin hverdag. Det er ikke representasjon fra alle fire helseforetak, og det er lite variasjon i fagbakgrunn. Det er primært ansatte i DPS, selv om det er en stor andel personer med ADHD som også er i kontakt med Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB. Vi har ikke intervjuet representanter for kommunale helsetjenester. Informantene med ADHD ble rekruttert gjennom venner og bekjente, og er ikke representative for alle mennesker diagnostisert med ADHD. 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 voksne

Siden 2015 har det vært en betydelig økning av voksne som behandles for ADHD i spesialisthelsetjenesten. Nasjonale analyser, blant annet fra FHI, viser at det også for voksne er betydelig fylkesvis variasjon i diagnostikk, poliklinisk behandling og legemiddelbruk (Ørstavik et al, 2016). Variasjonen er særlig tydelig innen distriktpspsykiatriske sentre (DPS), der forskjeller i kapasitet, kompetanse og lokale praksiser kan påvirke både sannsynligheten for å få en diagnose og hvilket behandlingstilbud som gis. Helsedirektoratets Nasjonal faglig retningslinje for ADHD (Helsedirektoratet, 2022) legger føringer for mer enhetlige utrednings- og behandlingsforløp og har som mål å sikre høy og jevn kvalitet i tjenestene. Samtidig viser den offentlige debatten at ADHD hos voksne er et komplekst fenomen som påvirkes av langt mer enn helsetjenestens organisering.

### 2.1 Økning i ADHD-behandlinger

Andelen voksne som behandles for ADHD i spesialisthelsetjenesten i Norge har økt betydelig det siste tiåret, både blant kvinner og menn. I 2015 ble 0,31 prosent av den voksne befolkningen behandlet i spesialisthelsetjenesten med ADHD som hoved- eller første bitilstand (Helsedirektoratet, 2025). I 2024 var andelen steget til 0,77 prosent, en økning på 148 prosent. Figuren under viser utviklingen i behandlingsraten for ulike aldersgrupper. Mens den tidligere nevnte rapporten vår om ADHD blant barn- og unge presenterer insidens (antall nye ADHD-tilfeller per år), baserer denne analysen seg på prevalens, altså andelen voksne som til enhver tid mottar behandling i spesialisthelsetjenesten med ADHD som hoved- eller bidiagnose. Prevalenstillene innebærer dermed at samme person kan inngå i statistikken over flere år, så lenge vedkommende mottar behandling i spesialisthelsetjenesten. En gjennomgang av pasientene som mottok ADHD-behandling i 2024 viser at om lag halvparten også mottok behandling i 2023, og rundt to tredjedeler hadde hatt minst én ADHD-kontakt i perioden 2015–2023. Prevalens er valgt som mål fordi Helsedirektoratets datagrunnlag omfatter registrering av voksne i pågående ADHD-behandling.



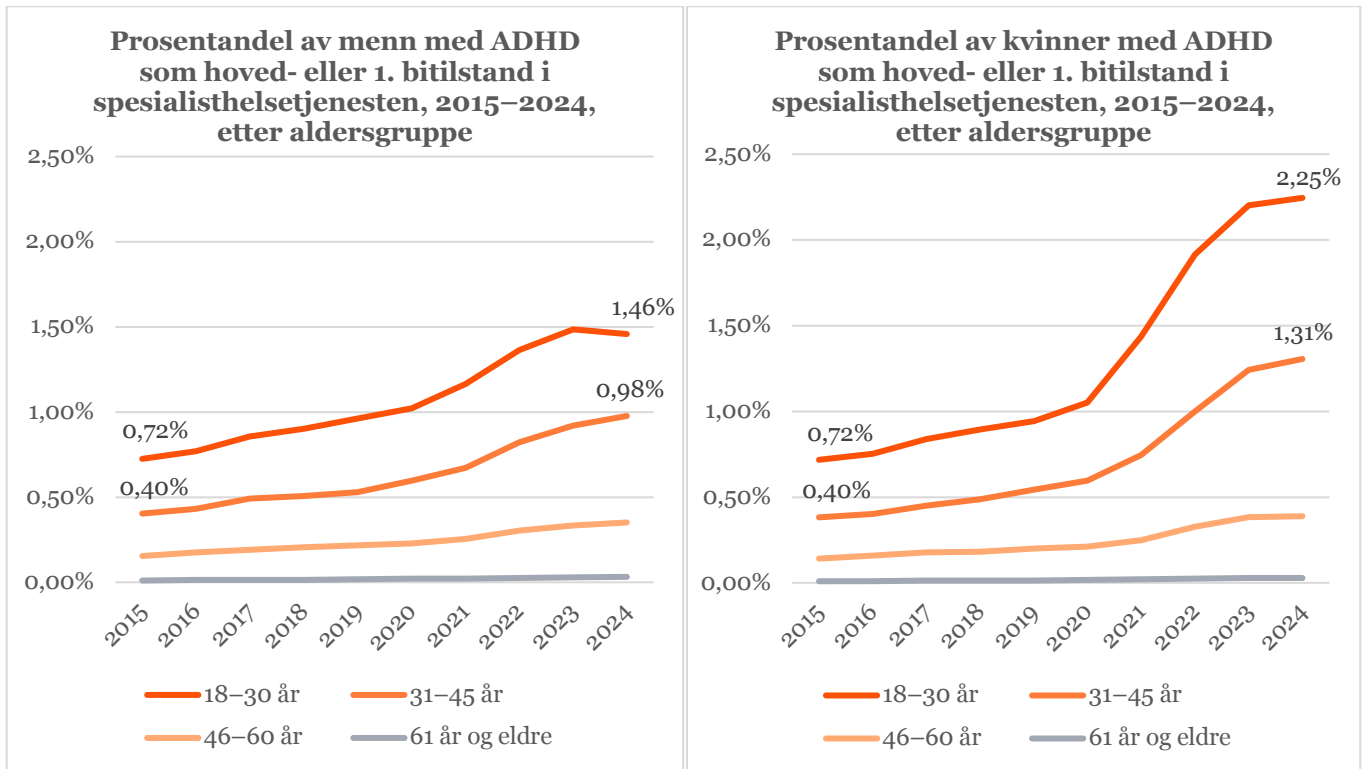
**Figur 2-1: Prosentandel av befolkningen med ADHD som hoved- eller 1. bitilstand i spesialisthelsetjenesten, 2015–2024, etter aldersgruppe** (Helsedirektoratet, 2025)

Den samlede veksten i andelen av den voksne befolkningen som behandles dempes noe av et demografisk skifte der befolkningen blir eldre. Antallet personer i aldersgruppen 18–30 år økte fra om lag 909 000 i 2015 til 918 000 i 2024, mens populasjonen i gruppen 61 år og eldre økte fra 999 000 til 1 318 000 i samme periode. Når man ser på de aldersspesifikke behandlingsratene, fremkommer det imidlertid at veksten er høyere i alle grupper enn i befolkningen samlet. For aldersgruppene 18–30, 31–45, 46–60 og 61 år og eldre økte behandlingsratene med henholdsvis 156 prosent, 192 prosent, 150 prosent og 193 prosent. Selv om behandlingsratene øker markant innen hver aldersgruppe, bidrar forskyvningen i befolkningens alderssammensetning mot eldre aldersgrupper med lavere behandlingsnivåer til å dempe veksten i totalraten.

*«Det kommer nå flere eldre pasienter, ikke bare den typiske studentmassen som før. Vi ser folk i 30-, 40- og helt opp i 50-årene.»*

Behandler

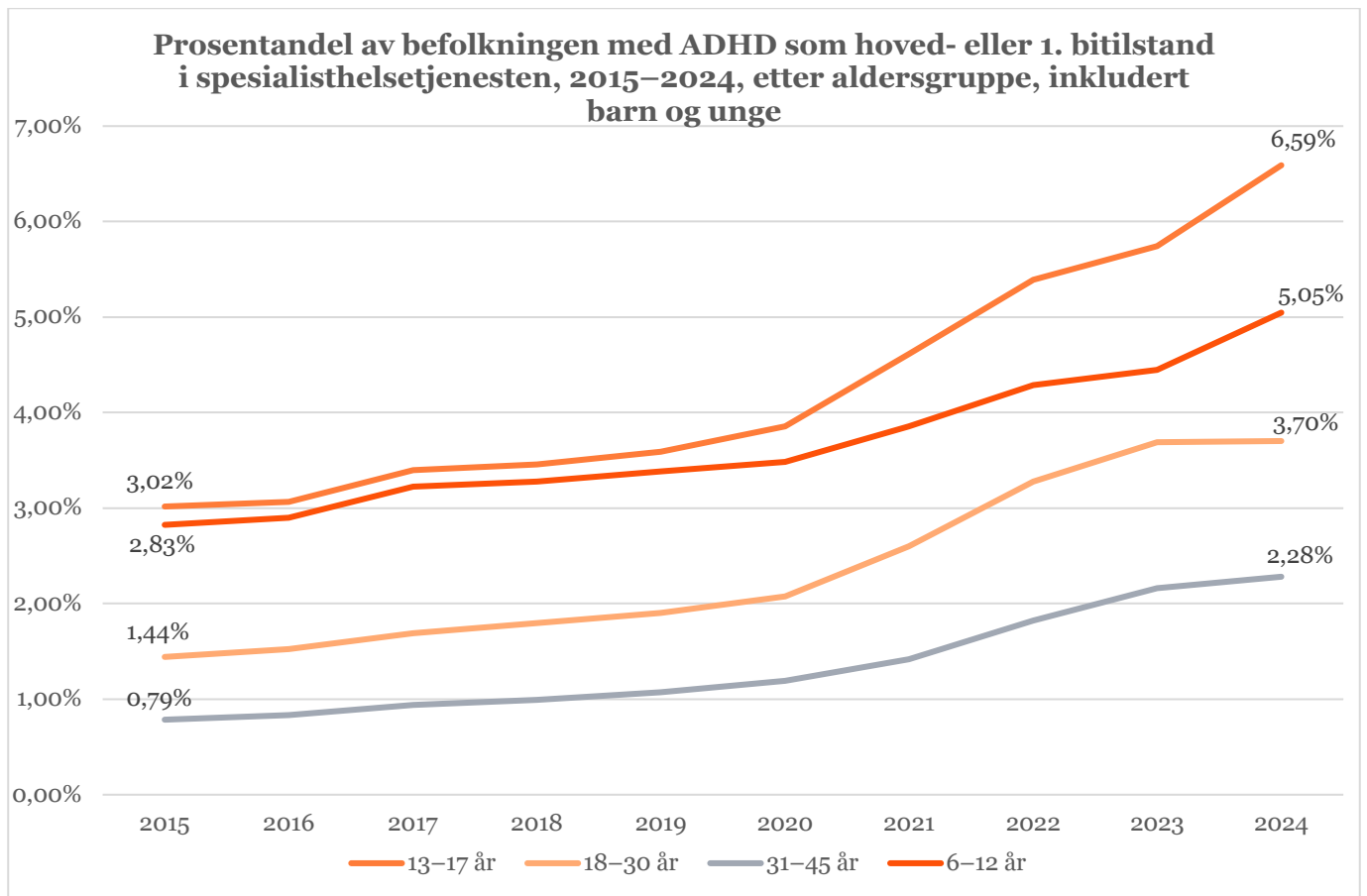
I 2015 var andelen kvinner og menn som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten med ADHD som hoved- eller bidiagnose tilnærmet identisk. I årene etter har begge kjønn opplevd en betydelig vekst i behandlingsraten, men økningen er særlig markant blant kvinner. Blant menn har andelen som mottar behandling økt med 103 prosent i aldersgruppen 18–30 år og 145 prosent i aldersgruppen 31–45 år. For kvinner er veksten i de samme aldersgruppene større, med en økning på henholdsvis 213 og 228 prosent. Figuren under viser en jevn stigning for begge kjønn i perioden 2015–2020, før en markant akselerasjon i årene 2021–2023, spesielt blant kvinner. I 2024 tyder utviklingen på en utflating og nedgang i noen aldersgrupper.



**Figur 2-2: Prosentandel av menn og kvinner med ADHD som hoved- eller 1. bitilstand i spesialisthelsetjenesten, 2015–2024, etter aldersgruppe (Helsedirektoratet, 2025)**

Målt i prosentpoeng har perioden 2015–2024 vært preget av en større økning i andelen barn og unge som behandles for ADHD i spesialisthelsetjenesten enn blant voksne. For aldersgruppene 6–12 og 13–17 år var økningen henholdsvis 2,22 og 3,57 prosentpoeng. Når endringene måles relativt, fremstår økningen derimot som mindre for de yngste aldersgruppene, som allerede hadde et høyere behandlingsnivå ved periodens start. Målt i prosent var økningen 78 prosent for aldersgruppen 6–12 år og 118 prosent for aldersgruppen 13–17 år. Dette representerer en betydelig vekst over tiårsperioden, men er fortsatt lavere enn økningen i de voksne aldersgruppene, som opplevde relative økninger i intervallet 150–193 prosent. Dette indikerer at selv om behandlingsveksten blant barn og unge er betydelig, har økningen blant voksne vært sterkere i relativ forstand.

Intervjudata belyser dette; en informant forteller at på deres DPS har omtrent én av fem pasienter ADHD som del av sin diagnoseprofil i 2025. Dette inkluderer pasienter med ulike psykiske lidelser som depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser.

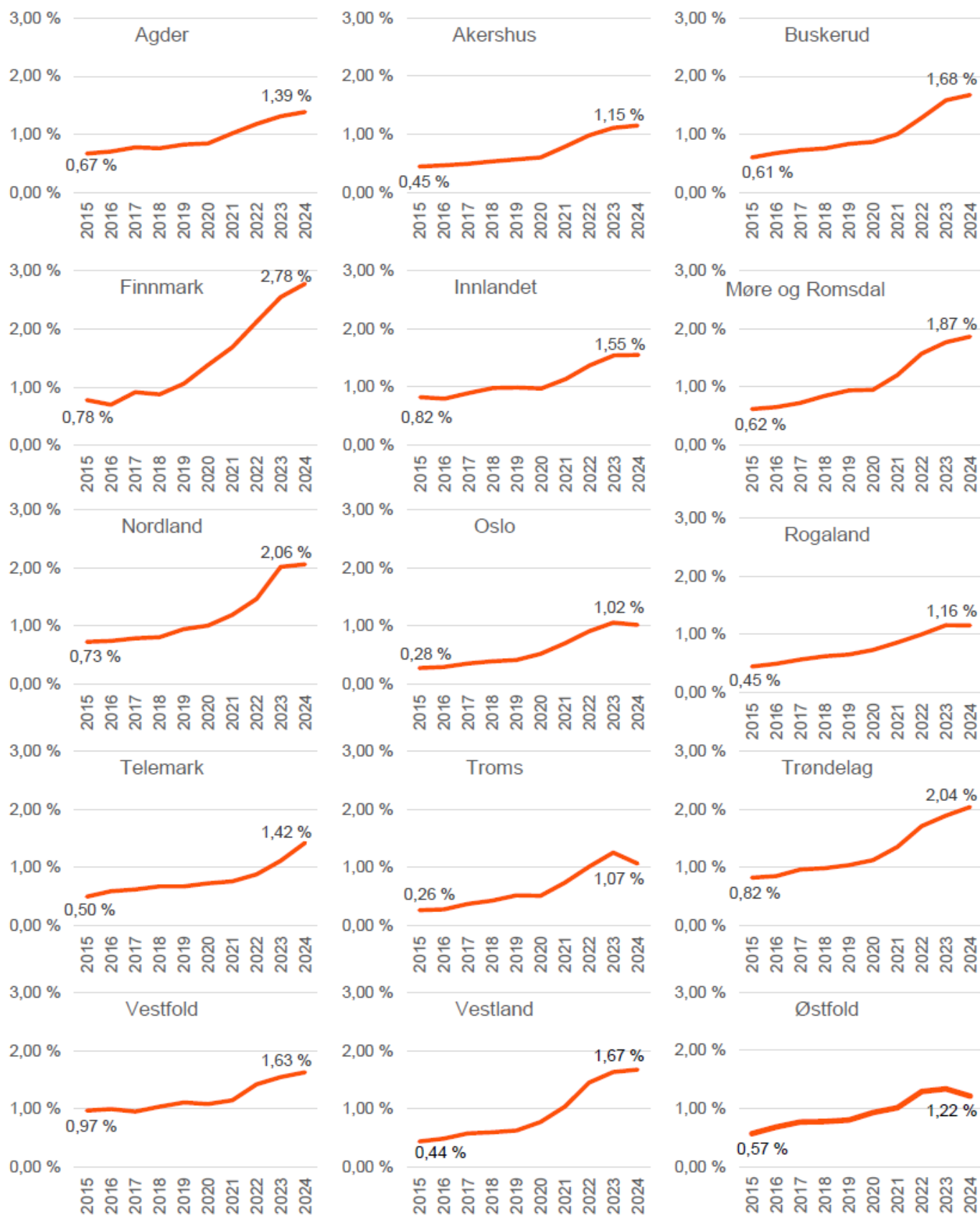


**Figur 2-3: Prosentandel av befolkningen med ADHD som hoved- eller 1. bitilstand i spesialisthelsetjenesten, 2015–2024, etter aldersgruppe, inkludert barn og unge (Helsedirektoratet, 2025)**

## 2.2 Fylkesvis variasjon

Figuren under viser en tydelig utvikling der andelen som har blitt behandlet har økt i alle 15 fylker, men økningens størrelse varierer. Det nasjonale gjennomsnittet for denne aldersgruppen økte fra 0,54 prosent i 2015 til 1,45 prosent i 2024, en endring på 0,91 prosentpoeng. I 2015 varierte andelen mellom 0,26 prosent i Troms og 0,97 prosent i Vestfold, et spenn på 0,71 prosentpoeng. Til sammenligning varierte andelen i 2024 fra 1,02 prosent i Oslo til 2,78 prosent i Finnmark, et spenn på 1,76 prosentpoeng.

### Årlig prosentandel av befolkningen 18-45 år med ADHD som hoved- eller 1. bitilstand i spesialisthelsetjenesten 2015-2024, etter fylke



Figur 2-4: Årlig prosentandel av befolkningen 18-45 år med ADHD som hoved- eller 1. bitilstand i spesialisthelsetjenesten 2015-2024, etter fylke (Helsedirektoratet, 2025)

Selv om utviklingen varierer mellom fylkene, er et gjennomgående trekk at andelen som behandles har økt årlig i samtlige fylker. Enkelte fylker, som Trøndelag, Nordland og Finnmark, lå godt over det nasjonale gjennomsnittet i 2015 og gjør det fortsatt i 2024. Andre fylker, som Akershus, Oslo, Rogaland og Troms, har ligget stabilt under gjennomsnittet i hele perioden. Fylker som Innlandet og Vestfold, som i 2015 lå klart over landsgjennomsnittet, ligger i 2024 noe nærmere dette nivået, til tross for at det nasjonale avviket mellom fylkene samlet sett har økt.

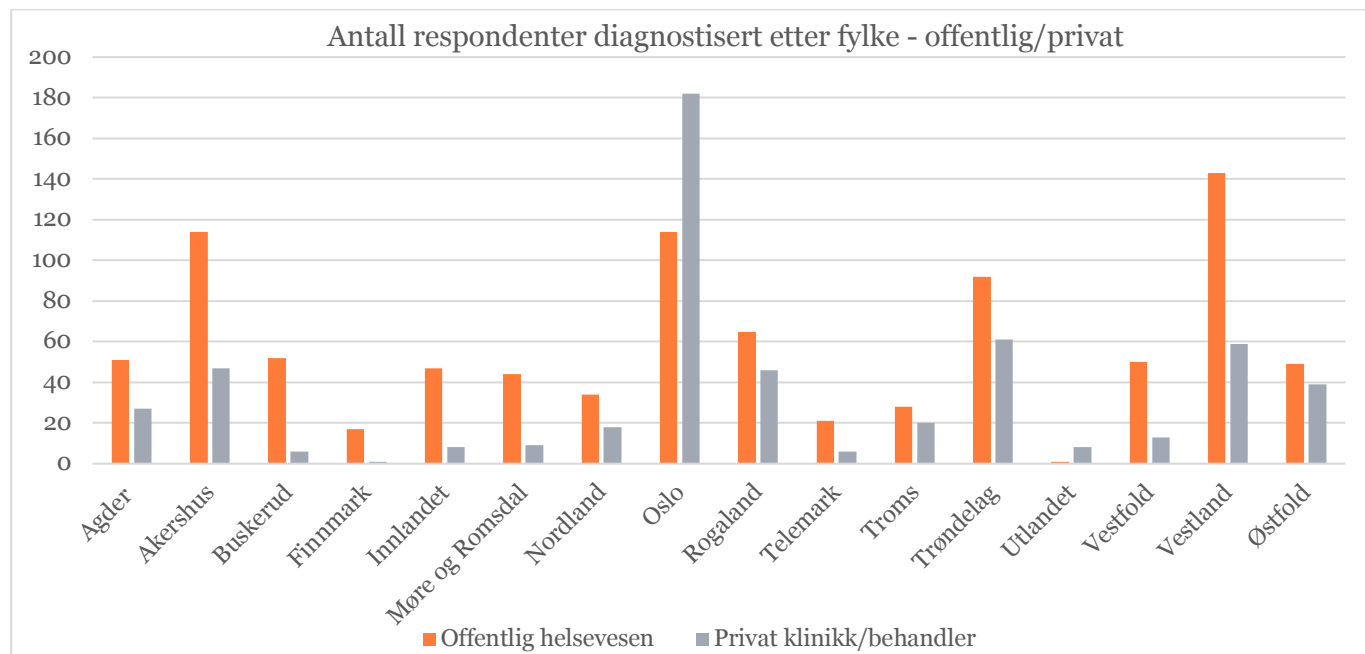
Geografisk fremkommer det ingen entydige mønstre. Generelt ligger fylkene i Sør- og Østlandet rundt eller under det nasjonale gjennomsnittet, mens de nordligere fylkene ligger noe over. Et markant unntak er Troms. Troms hadde den laveste behandlingsandelen nasjonalt i 2015, og den nest laveste i 2024. En relevant observasjon er at Troms i 2024 hadde den høyeste behandlingsandelen for aldersgruppen 6–17 år. Til sammenligning hadde fylket den ellefte høyeste andelen for samme gruppe i 2015. Dette kan indikere at behandlingsandelen blant voksne i Troms vil øke over tid, ettersom de høye andelenene i barne- og ungdomsgruppene beveger seg inn i voksen alder. En alternativ hypotese kan være at en større innsats tidlig rettet mot personer med ADHD i BUP, reduserer deres behov for bistand i spesialisthelsetjenesten i voksen alder.

Utviklingen som presenteres i dette kapittelet er basert på offisielle tall og inkluderer ikke behandling hos helprivate tjenesteytere. Dette innebærer at det foreligger «mørketall». Helprivate tjenesteytere kan også være en mulig forklaringsfaktor bak fylkesvise variasjoner i diagnose- og behandlingstall. I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å oppgi om de ble diagnostisert i den offentlige helsetjenesten eller hos en privat tjenesteyter. I spørreundersøkelsen ble det ikke tydelig spesifisert hva som menes med privat klinikk eller behandler, herunder om dette kun omfatter helprivate helsetilbydere eller også inkluderer avtalespesialister, private spesialister med driftsavtale med det offentlige.

Alle respondentene som oppga at de fikk diagnose hos privat klinikk/behandler, ble i spørreundersøkelsen stilt et oppfølgingsspørsmål om årsaken til at diagnosen ble stilt privat, hvor det var mulig å velge ett eller flere svaralternativer, inkludert et fritekstfelt. Samlet sett tilsier svarmønsteret at hoveddelen av disse respondentene trolig fikk diagnosen hos helprivate tjenesteytere. 47 prosent av respondentene oppga å ha blitt avvist av det offentlige helsevesenet, noe som impliserer at de ikke ble henvist videre innenfor det offentlig finansierte systemet, herunder til avtalespesialister. Videre oppga en betydelig andel lang ventetid i det offentlige helsevesenet som begrunnelse for å oppsøke privat behandling, noe som også i stor grad peker i retning av helprivate tilbud, ettersom avtalespesialister inngår i den offentlige spesialisthelsetjenesten og normalt forutsetter henvisning og ventelister. Fritekstsvarene i kategorien «annet» støtter denne tolkningen ytterligere, ved at blant annet mange respondenter viser til anbefalinger fra fastlege om privat utredning, ofte begrunnet med lav prioritering eller manglende forventning om å få tilbud via det offentlige helsevesenet.

Videre ble respondentene bedt om å oppgi hvilket fylke diagnosen ble stilt i. Når man ser på andelen respondenter som oppgir å ha fått diagnose gjennom private tjenesteytere, fremkommer det en tydelig

fylkesvis variasjon. For eksempel opplyser 60 prosent av respondentene i Oslo at de fikk diagnosen privat, mens tilsvarende andel i Finnmark er 6 prosent. Som illustrerende eksempel har Oslo den laveste offentlige behandlingsandelen i den fylkesvise oversikten, samtidig som fylket har den høyeste andelen respondenter som oppgir å ha fått diagnosen privat i spørreundersøkelsen. Finnmark viser motsatt mønster, med den høyeste offentlige behandlingsandelen og den laveste andelen respondenter i spørreundersøkelsen som fikk diagnosen privat. Variasjon i det private tjenestetilbudet som kilde til fylkesvis variasjon diskuteres nærmere i kapittel 3.4.4.



**Figur 2-5: Fordeling av respondenter til spørreundersøkelsen etter fylke de ble diagnostisert i og om de ble diagnostisert i den offentlige helsetjenesten eller ved en privat klinikk/behandler**

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

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 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-virkningsskjeder 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 tre underliggende årsaker: gjenkjenne symptomer, innsnevret forståelse av normal atferd og diagnoseattraktivitet. For en detaljert beskrivelse av sammenhengene mellom drivere, kategorier og underliggende årsaker, se kapittel 3.5.

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**

<b>Ord/uttrykk</b>	<b>Definisjon</b>
<b>Forhold som driver symptomtrykk</b>	Drivere som fører til at flere opplever eller rapporterer ADHD-symptomer som påvirker deres daglige fungering i større grad enn tidligere.
<b>Forhold som driver økt diagnostisering</b>	Drivere som har en effekt på økningen i antall ADHD-diagnoser per år, men ikke nødvendigvis som følge av økt symptomtrykk.
<b>Gjenkjenne symptomer</b>	At symptomer på ADHD i større grad blir gjenkjent og oppdaget av enkeltpersoner, i samfunnet og i helsetjenesten.
<b>Innsnevret forståelse av normal atferd</b>	At man vurderer personer sin atferd ut fra en smalere eller mer rigid standard for hva som anses som normal utvikling og funksjon.
<b>Diagnoseattraktivitet</b>	Forhold i samfunnet som gjør en ADHD-diagnose attraktiv.
<b>Drivere knyttet til samfunnet</b>	Årsaker fra et samfunnsperspektiv som har en effekt på økende ADHD-diagnosetall eller fylkesvis variasjon.

<b>Drivere knyttet til helsetjenesten</b>	Forhold ved helsetjenesten som har en effekt på økende ADHD-diagnosetall eller fylkesvis variasjon.
<b>Drivere knyttet til individet</b>	Forhold knyttet til enkeltpersoner som har en effekt på sannsynligheten for å bli diagnostisert med ADHD.
<b>Økende diagnosetall</b>	Andelen voksne som får diagnosen ADHD i Norge har økt betydelig over tid. Se kapittel 2.1.
<b>Fylkesvis variasjon</b>	Undersøkelser har avdekket forskjeller i forekomst av ADHD-diagnoser på tvers av fylker i Norge. Se kapittel 2.2.

### 3.1 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 2015 til 2025, da økningen i ADHD-diagnosetall har vært særlig uttalt i denne tidsperioden som observert i datagrunnlaget i kapittel 2.1. 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.

### 3.2 Drivere knyttet til samfunnet

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

- Flere barn og unge får ADHD
- Økte krav til eksekutive funksjoner i utdanning og arbeid
- Tilrettelegging og støtte til personer med ADHD
- Pandemi
- Økt skjermbruk, informasjonstilgang og sosiale medier
- Redusert stigma
- Levevaner (endringer knyttet til kosthold og søvn)

De påfølgende delkapitlene forklarer hver driver mer detaljert, med tilhørende årsak-virkningskjeder.

### 3.2.1 Flere barn og unge får ADHD

Forskning viser at ADHD i stor grad er arvbart. Norske retningslinjer for ADHD-utredning presiserer at det ved utredning bør kartlegges familiehistorikk med særlig vekt på symptomer på nevroutviklingsforstyrrelser hos nære slektninger (HelseDirektoratet, 2022). En tysk studie fant at blant et utvalg barn diagnostisert med ADHD, hadde omtrent halvparten minst én forelder som møtte kravene til diagnose (Starck et al, 2016). Når et barn utredes for ADHD, er det vanlig at foreldre kan gjenkjenne tilsvarende symptomer hos seg selv. For eksempel har UiB-forsker Berit S. Solberg funnet at mødre ofte søker utredning etter at døtrene deres har fått en ADHD-diagnose, fordi de kjenner seg igjen i døtrenes symptomer (Solberg, 2020).

Det har vært en markant økning i ADHD-utredninger og -diagnoser blant barn og unge de siste årene. Andelen av befolkningen i aldersgruppen 2–17 år som fikk en ADHD-diagnose i Norge, økte fra 0,39 prosent i 2010 til 0,81 prosent i 2024 (FHI, 2025). Når flere barn og unge blir diagnostisert, vil flere foreldre samtidig bli konfrontert med muligheten for at de selv kan ha ADHD. Dette beskriver også flere av våre respondenter at har vært tilfelle for dem:

*« ... datteren min hadde fått diagnosen bare en måned tidligere. Da hun ble henvist til BUP og fikk plass der, var det egentlig fastlegen som kommenterte at ADHD er veldig arvelig. Han [...] sa noe sånt som: 'Dette kan jo ikke komme fra noen andre enn dere.' Det satte i gang tankene hos meg. Jeg hadde aldri snakket høyt om de utfordringene jeg har hatt på grunn av diagnosen, men etter at jeg fikk datteren min, begynte jeg å tenke: Hun er veldig lik meg, og hun sliter med mange av de samme tingene.»*

Informant diagnostisert med ADHD

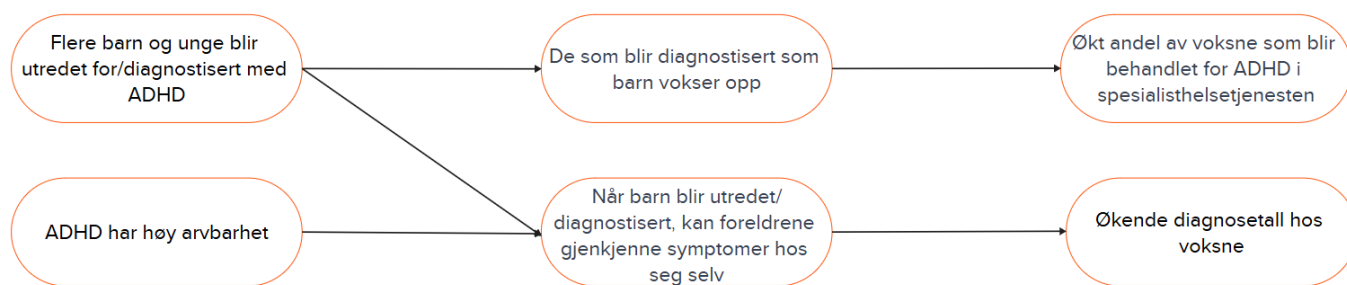
*«Jeg skjønnte tidlig på sønnen min at han var veldig aktiv ... Han er positiv og hyggelig, men samtidig ustrukturert og slapp med detaljer. Da tenkte jeg at jeg skulle undersøke ADHD i forhold til ressurssterke folk, slik som han er. Jeg bestemte meg for å gå gjennom utredningen selv først, før han fikk det, som en slags hensyn til ham. Det høres kanskje rart ut, men det var litt greia.»*

Informant diagnostisert med ADHD

Når det er en vedvarende trend at barn og unge i økende grad blir diagnostisert, kan dette ha en effekt på andelen av voksne som mottar behandling. En andel av de som blir diagnostisert som barn vil fortsatt ha et behov for oppfølging når de når voksen alder. Nyere longitudinelle studier viser at rundt 20–30 prosent fortsatt oppfyller full ADHD-diagnose i voksen alder, mens 40–60 prosent har vedvarende klinisk relevante symptomer, selv om det finnes begrenset forskning på hvor mange som faktisk trenger videre behandling i spesialisthelsetjenesten etter fylte 18 (Faraone et al, 2021; Sibley, et al., 2022).

På bakgrunn av tilgjengelig kunnskapsgrunnlag og relevante kilder vurderer PwC økningen i barne- og ungdomsdiagnoser som en sikker driver bak økende ADHD-diagnostisering hos voksne. Figuren

nedenfor illustrerer en årsak-virkningskjede for denne mekanismen, med nøkkelfaktorene økt utredningsaktivitet blant barn og høy arvelighet av ADHD, og hvordan dette kan føre til en økning i diagnoser også blant voksne og økt behov for behandling av voksne i spesialisthelsetjenesten.



**Figur 3-1: Årsak-virkningskjede for driveren flere barn og unge får ADHD. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiptet linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.**

### 3.2.2 Økte krav til eksekutive funksjoner i utdanning og arbeid

Som Kunnskapsbanken påpeker, er det ved universiteter og høyskoler «krav til egenstrukturering av hverdagen. Man har mindre kontakt med faglærerne, og det er lettere å «forsvinne» i mengden» (Nav, 2023). Voksne med ADHD rapporterer ofte at disse strukturkravene er vanskelige, de kan streve med å regulere følelser, fullføre studier eller beholde jobb når egenstrukturen svikter (Torgersen, 2025). Krav til selvstendig læring kan dermed medføre at ADHD-symptomer som konsentrasjons- og planleggingsvansker blir mer fremtredende i løpet av utdanningsløpet.

Utdannings- og kompetansekravene har økt i Norge. Nav beskriver en «inflasjon i formelle kompetansekrav i jobber», hvor stillinger som tidligere krevde bachelor i mange tilfeller nå utlyses med krav om master eller tilsvarende (Nav, 2023). I 2024 hadde 521 891 personer (om lag 11 prosent) fullført utdanning på masternivå (Mazza, 2025), og andelen med høyere utdanning økte fra cirka 31 prosent i 2014 til 38 prosent i 2024. Det er over 300 000 studenter i høyere utdanning nå, om lag 39 000 flere enn for ti år siden (SSB, 2025). Denne utviklingen innebærer at mange stillinger krever formell, avansert kompetanse, noe som skaper høye forventninger og prestasjonspress. Voksne med ADHD kan ofte ha utfordringer med organisering, planlegging, tidsstyring og å skifte raskt mellom oppgaver. I praksis innebærer det at krav om strukturert selvstendig arbeid, stramme frister og komplekse oppgaver oppleves som ekstra krevende, samtidig som samfunnets mestringkriterier er strengere.

*«Et større problem, som også henger sammen med hvorfor det har blitt en ADHD-bølge, er at folk tar veldig ambisiøse studier og jobber som presser konsentrasjonskapasiteten. Mange tar ikke hensyn til egen konsentrasjonsevne. Det ligger i tiden at man skal følge drømmen og være sin beste versjon av seg selv, og det gjør at noen velger studier som virker merkelige når man vet hvilke konsentrasjonsproblemer de hadde på videregående. Så kommer de hit med spørsmål om ADHD. Det*

*kan selvfølgelig være ADHD, men det handler også om hvilke valg folk gjør, og hvordan noen setter seg i situasjoner hvor det blir veldig tydelig at de strever med konsentrasjon.»*

Behandler

Norsk arbeidsliv stiller økende krav til faglig dyktighet og selvstendighet. Sysselsettingsutvalget konstaterer at «kravene til kompetanse i norsk arbeidsliv har økt over tid» (NOU 2021:2), og at de som mangler videregående opplæring i større grad stenges ute. Ny teknologi og omstillinger (bl.a. som følge av pandemien, grønn omstilling og ny teknologi) øker dessuten betydningen av livslang læring og omstillingsevne. Spesielt for personer med ADHD kan slike krav oppleves som krevende. Økte krav i arbeidslivet til fleksibilitet, planlegging, dokumentering og registrering kan være krevende. Noen personer med ADHD kan ha vansker med å foreta valg, lage en plan og å holde seg til denne. Dersom oppgavene tilrettelegges for lite, risikerer mange med ADHD å få vansker på jobb. Samtidig rapporterer studier at voksne med ADHD hyppigere bytter jobb og har større risiko for arbeidsrelaterte skader og sykdommer (Torgersen, 2025), noe som kan henge sammen med de nevnte selvstyringskravene.

I et moderne digitalisert samfunn blir oppmerksomheten ofte fragmentert av stadige avbrytelser og multitasking. Forskning peker på at hjernen ikke er laget for effektivt å utføre flere komplekse oppgaver samtidig, sammensatte digitale oppgaver deler mentale ressurser, øker kognitiv belastning og kan føre til mental tretthet (Hasan, 2024). Skjermbrukutvalget omtaler hyppige oppgavevekslinger og konstante stimuli som faktorer som svekker evnen til å holde fokus og konsentrere seg (NOU 2024:20). Studier viser også at personer som multitasker mye ofte har mer spredt oppmerksomhet og dårligere hukommelse for detaljer (Madore et al, 2020). En slik digital hverdag gir lite trening i vedvarende fokus.

Moderne teknologiske endringer og økende samfunnskrav virker sammen som en forsterkende driver knyttet til ADHD blant voksne: Digital multitasking og fragmentert informasjon svekker langvarig fokus, samtidig som stadig flere skal ta høyere utdanning og prestere godt i arbeidslivet (NOU 2024:20; Mazza, 2025). For personer med underliggende ADHD, som har vansker med nettopp oppmerksomhet og eksekutive funksjoner, kan dette føre til at symptomene blir mer framtrædende. Det samlede presset fra den digitale hverdagen og økt utdannings- og arbeidspress kan gi færre arenaer der personer med ADHD kan oppleve mestring. Når slike mestringsarenaer forsvinner, kan symptomer på ADHD bli mer synlige, noe som kan bidra til at flere søker diagnose og behandling.

*“Mange av de rolige jobbene som jeg synes fantes da jeg var ung, de er borte. Det er mye forventninger til norske arbeidstakere, og vi har laget oss et utdanningssamfunn hvor det er krav om utdanning nesten overalt. Og det tror jeg – bare for å ha sagt det – også er en viktig årsak til denne uføre-bølgen. Det står nesten aldri noe om det i avisene, men hvis du jobber i dette feltet over tid, så ser du det veldig tydelig.”*

Behandler om samfunnsendring og ADHD

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever utfordringer knyttet til ulike hverdagslige områder. Skalaen som ble brukt for å uttrykke opplevde utfordringer, gikk fra «ikke i det hele tatt», «i liten grad», «i noen grad» til «i svært stor grad». Over halvparten av respondentene meldte at de «i svært stor grad» opplever utfordringer knyttet til både organisering og struktur i hverdagen (62,1 prosent), samt arbeid eller studier (55,3 prosent).

Informantene våre er samstemte i at voksne i dag opplever høyere krav og forventninger, noe som kan føre til at flere søker en ADHD-diagnose som en forklaringsmodell for deres utfordringer. Flere ulike behandlere belyser sammenhengen mellom samfunnsutviklingen med økte krav, og personer de møter sitt strev:

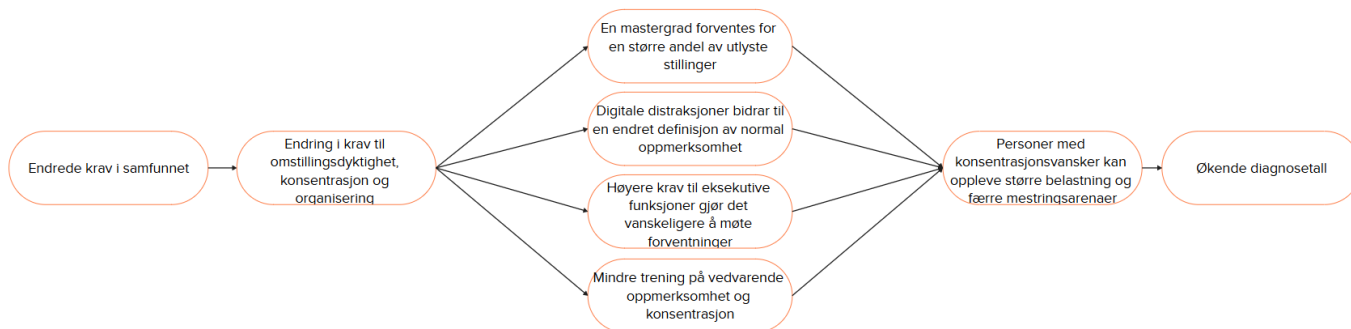
*"Det er noe med at veldig mange klarer jo ting som rørlegging og sånt – praktiske yrker som krever mye, ikke sant? Du må faktisk gjøre det, ikke bare kunne det i teorien. Du blir ikke en god rørlegger teoretisk sett. Men så får du plutselig ansvar for personalet, og da blir det noe helt annet. Og altså, det er liksom..."*

Behandler

*«Det er stadig flere som jobber på kontor, og flere som sitter foran en datamaskin. Du må hele tiden holde deg oppdatert. Bare det å sette seg inn i datasystemer – noe alle må gjøre etter hvert – kan være krevende. Det er klart, ikke alle mennesker egner seg for det, selv i praktiske yrker. Nå skal du også dokumentere, administrere og registrere.»*

Behandler

Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i endrede krav tilknyttet omstillingsdyktighet, konsentrasjon og organisering. Dette fører til at personer med konsentrasjonsvansker kan få større utfordringer med å møte samfunnets forventninger, oppleve økt belastning og få færre arenaer for mestring. Slike endringer i krav og rammer kan gjøre ADHD-symptomer mer synlige, og dermed bidra til at flere søker utredning og får diagnose. I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC økte krav til eksekutive funksjoner i utdanning og arbeid som et forhold som driver økt diagnostisering.



**Figur 3-2: Årsak-virkningskjede for driveren økte krav til eksekutive funksjoner i utdanning og arbeid. 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.**

### 3.2.3 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 utdanningssektoren kan studenter 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; Lovdata, 2025). 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).

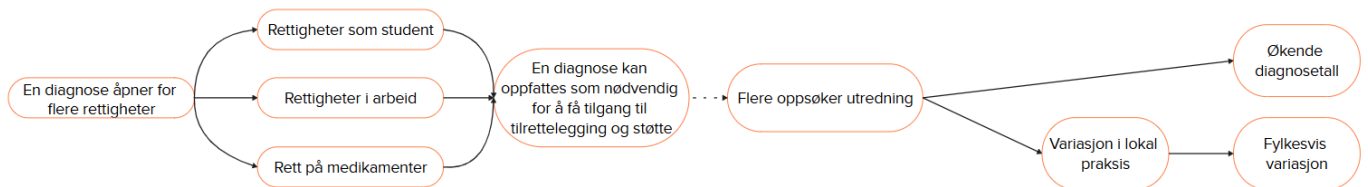
I arbeidslivet gir diskrimineringslovgivningen rett til individuell tilrettelegging, og Nav kan bidra med tiltak og hjelpemidler (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2025; Nav, 2025). Informantene våre beskriver at arbeidsgivere ofte ønsker å tilrettelegge når de får kunnskap om hvordan dette kan gjøres, men at behovene varierer betydelig mellom personer med samme diagnose.

En ADHD-diagnose er også nødvendig for å få tilgang til medikamentell behandling gjennom blåreseptordningen. Refusjonsreglene har vært relativt stabile i perioden, men diagnosen fungerer som inngangsport til legemidler som kan redusere symptombyrden (Helsedirektoratet, 2019; Metodebok, 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, arbeid og 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.

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 i utdanning, arbeid og behandling, og hvordan dette kan bidra til økende diagnosetall og fylkesvise variasjoner.



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

### 3.2.4 Pandemi

Under Covid-19-pandemien ble alles hverdag dramatisk endret, noe som har sammenfalt med en tydelig økning i ADHD-diagnoser, som beskrevet i kapittel 2.1. Ekspertene peker på at pandemiltak som stengte universitet- og høyskolelokaler, fjernundervisning, økt skjermtid og økte krav til selvstyring skapte omfattende miljøendringer som kan ha forsterket ADHD-symptomer og ledet til flere henvisninger for utredning for unge voksne (FHI, 2023). Det er også rapportert at personer med ADHD hadde økt risiko for å få Covid-19 (Heslin et al, 2023). Samtidig tyder andre studier på at økningen av ADHD-forekomsten ikke skyldes pandemien, men forhold i tallgrunnlaget (Zemer et al, 2024).

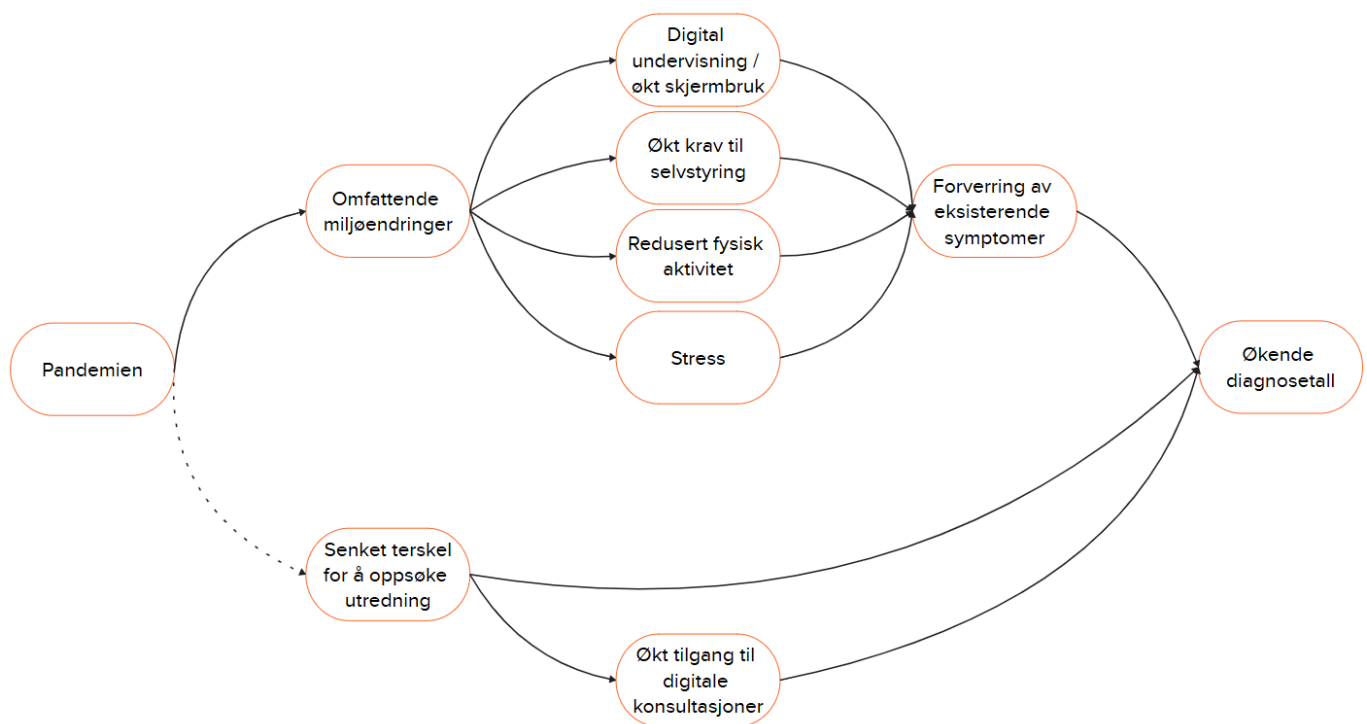
Pandemien førte til utstrakt bruk av digital undervisning og mer tid foran skjerm, som kan ha forverret symptomene til unge voksne som kunne slite med å tilpasse seg til den nye hverdagen (Hollingdale et al, 2021). Restriksjoner på fasiliteter som førte til redusert fysisk aktivitet kan også ha forverret symptomer under pandemien (Xianfeng et al, 2021). Bortfall av vante rammer påførte også familiene ekstra belastninger. Økt usikkerhet ble ytterligere forsterket av økonomisk stress som permitteringer og arbeidsmessig stress og hjemmekontor som førte til et mindre tydelig skille mellom jobb og fritid. Mange familier rapporterte hyppigere konflikt og generelt kaos hjemme (FHI, 2025). Dette kan delvis være genetisk betinget, fordi ADHD-symptomer hos foreldre kan ha innvirkning på organisering og struktur i hjemmet.

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 unge

kvinner kan ha bidratt til at flere kvinner nå får diagnose (FHI, 2023). I praksis kan dette bety at mange unge kvinner som «gikk under radaren» før pandemien, nå ble oppdaget i en situasjon med høyere familietilstedeværelse hjemme (FHI, 2023).

En finsk registerstudie viser også en markant økning i nye ADHD-diagnoser blant voksne under pandemien, muligens som følge av endringer i livssituasjonen og økt oppmerksomhet rundt symptomer (Auro et al, 2024). Pandemien skapte dermed ikke nødvendigvis flere tilfeller, men forsterket og synliggjorde eksisterende vansker for blant annet grensetilfeller, og bidro til økt diagnostikk blant voksne.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC pandemien 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 og senket terskel for utredning. Disse mekanismene kan ha 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.**

### 3.2.5 Økt skjermbruk, informasjonstilgang og sosiale medier

Selv om årsakssammenheng ikke er formelt bevist, synes det å være en sammenheng mellom bruk av sosiale medier og ADHD (Haavik, 2025). Andelen voksne som bruker internett til å delta i sosiale

nettverk i Norge har økt fra 71 prosent i 2015 til 89 prosent i 2025 (SSB, 2025). Nordmenn er i snitt på sosiale medier i 2 timer daglig, med høyest bruk blant unge voksne (Larsen L., 2025). Samtidig har gjennomsnittlig fokustid når man ser på skjerm falt fra 2,5 minutter i 2004 til 47 sekunder i 2021 (Mark, 2025).

Høy bruk av sosiale medier hos voksne er assosiert med en høyere sannsynlighet for å ha ADHD (Farchakh et al., 2022). Dette kan skyldes 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. Sannsynligheten for å utvikle et problematisk forhold til sosiale medier er fem ganger høyere blant personer med ADHD. I tillegg har bruk av sosiale medier en tydelig negativ innvirkning på psykososial fungering hos unge voksne (Thorell et al., 2025). I hverdagen kan bruk av flere apper utenom sosiale medier og varsler for organisering i familielivet føre til økt stress og opplevelse av å bli overveldet, spesielt hvis systemene oppleves som kompliserte eller for mange. Mengden digitale påminnelser kan bli en kilde til frustrasjon snarere enn støtte, noe som kan gjøre det vanskeligere å opprettholde oversikt og ro i hverdagen.

Flere kilder peker på kvalitetsutfordringer i innhold. Analyser av populære ADHD-videoer på sosiale medier viser høy andel misvisende eller overforenklet informasjon, samt ekkokammer-effekter som kan bekrefte forhåndsoppfatninger (de Vries et al., 2025; Schrios et al., 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; Schrios et al., 2025). Samtidig fremheves det at sosiale medier også kan ha positive effekter ved å gjøre helsetjenesten og faglig informasjon mer synlig og ved å redusere opplevd skam gjennom fellesskap og normalisering (Karasavva et al., 2025). Dermed kan innhold på sosiale medier både bidra til å feilinformere og gi økt helsekompetanse. Innhold og effektene av sosiale medier kan variere etter demografi og lokal kontekst.

*“Det vi ser i økende grad – og som jeg ser her på kontoret – er at mange pasienter mer eller mindre har bestemt seg for at de har rett til en diagnose fordi de kjenner seg igjen i symptomene. Mange kommer med en tydelig bestilling: «Jeg vet jeg har ADHD», og spørsmålet blir da om psykologen vurderer at det er riktig eller feil...”*

Behandler om opplevd effekt av TikTok/sosiale medier

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

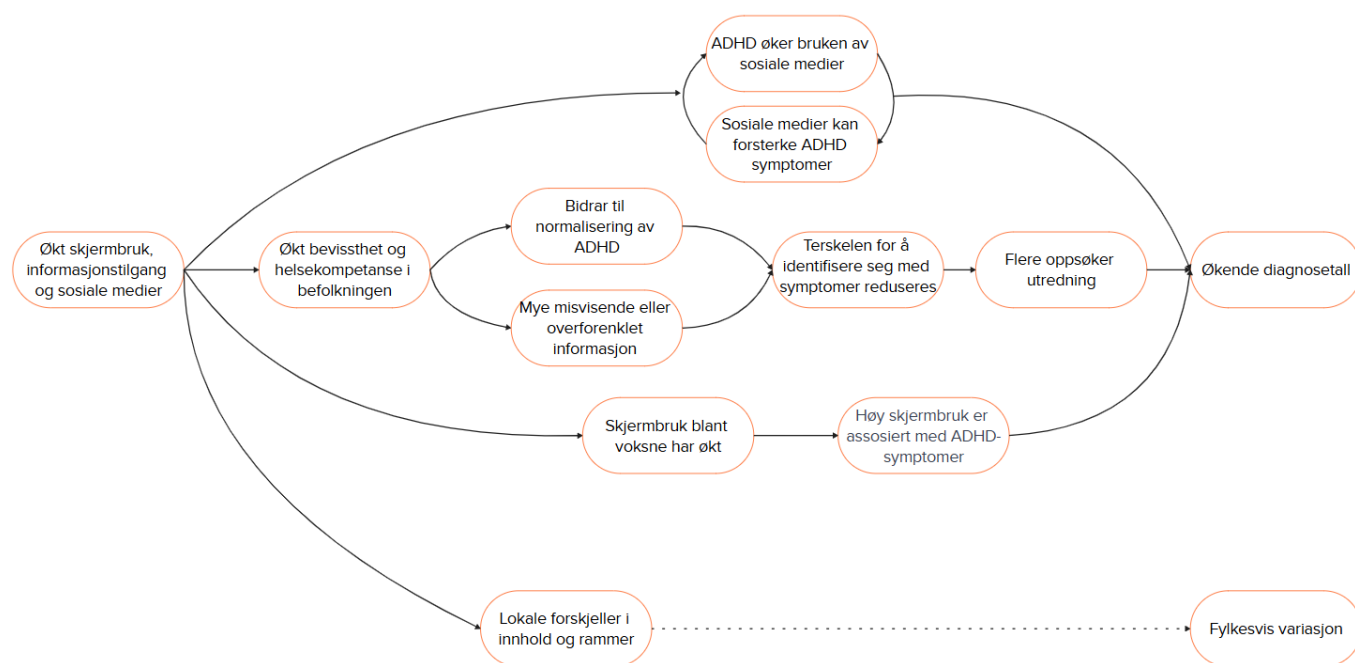
kompetansen og tilliten er sterkest. Økt helsekompetanse i befolkningen kan også føre til høyere tillit til helsetjenesten, ved at folk lettere forstår medisinsk informasjon, behandlingstilbud og helsetjenestens rolle. Økt kompetanse kan også gi bedre kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, samt 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.

Andre instanser som treffer mennesker som strever, slik som Nav, kan også treffes av den tilgjengelige kunnskapen om konsentrasjonsvansker, og bidra til å sikre at brukere får hjelp og utredning etter å ha strevd lenge.

*“Mange får hjelp av medisin, så det bør jo og testes i stedet for å bare parkere. Det er jo en av de få tingene som kan behandles.”*

Ansatt i Nav

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. Å gjenkjenne symptomer er den underliggende årsaken som fører til at økt skjermbruk og sosiale medier er et forhold som driver økt diagnostisering. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i enkeltfaktorene sosiale medier, informasjonstilgang og skjermbruk, og hvordan dette fører til økende diagnosetall og muligens fylkesvis variasjon.



**Figur 3-5: Årsak-virkningskjede for driveren økt skjermbruk, informasjonstilgang og sosiale medier. Heltrukken linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplede linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.**

### 3.2.6 Redusert stigma

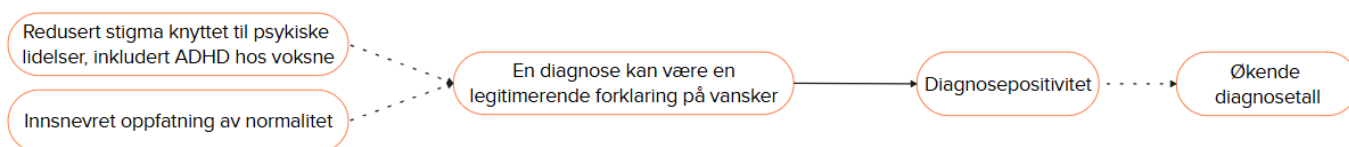
Informanter påpeker at det er en tendens til å sykelliggjøre normale variasjoner i atferd og funksjon. Flere nevner at det er viktig å skille mellom hva som er normalvariasjon og hva som faktisk er en funksjonsnedsettelse som krever en diagnose.

Redusert stigma knyttet til psykiske lidelser generelt, og ADHD spesielt, kan senke terskelen for å søke hjelp og å stille diagnoser (Bråten et al, 2023). Tidligere var ADHD primært assosiert med barn, men økende oppmerksomhet rundt voksne med ADHD i fagmiljøer og medier har bidratt til normalisering og økt bevissthet om tilstanden (Ørstavik et al, 2016). Til tross for eventuelle reduksjoner i stigma i nyere tid, svarer fortsatt 77 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen som ble diagnostisert på 2020-tallet, at de har opplevd stigma knyttet til diagnosen sin. For gruppen som ble diagnostisert før 2020, svarer nesten en identisk andel på 78 prosent at de har opplevd stigma knyttet til diagnosen.

Kulturelt ser man også en «diagnosepositivitet», der ADHD-diagnosen i enkelte miljøer omtales som en ressurs eller identitet snarere enn utelukkende som en funksjonsnedsettelse (Blume, 2023). Samtidig kan en innsnevret forståelse av hva som er «normal» fungering, i et samfunn preget av høyt tempo og produktivitetskrav, føre til at naturlig variasjon i oppmerksomhet og atferd lettere sykelliggjøres.

En annen faktor er at mange eldre voksne kanskje ikke oppfatter sine utfordringer som funksjonsnedsettelser fordi de har levd med disse vanskeligheten i flere tiår. Dette kan føre til underrapportering av utfordringer og deres konsekvenser. I tillegg kan sosiale forventninger for eldre voksne redusere oppfattelsen av hvor betydningsfulle visse funksjonsnedsettelser er, for eksempel vanskeligheter med tidsstyring eller multitasking (Cortese et al, 2025).

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 redusert stigma knyttet til psykiske lidelser hos voksne og hvordan dette fører til økende diagnosetall.



**Figur 3-6: 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.**

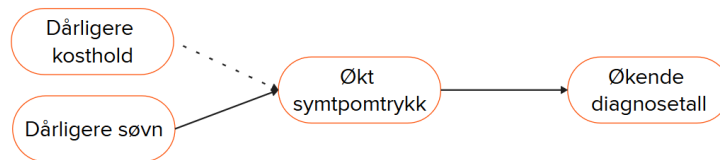
### 3.2.7 Levevaner (endringer knyttet til kosthold og søvn)

Det er både utfordringer og positive endringer i kostholdet til nordmenn over tid. Vi spiser mindre korn, grønnsaker (inkludert poteter), frukt, fisk og sjømat nå enn før. Kjøttforbruket har gått opp over tid, men har gått ned de siste årene. Nordmenn spiser mer mettet fett og salt enn anbefalt. I følge Norkost 4 (2022-2023) har mindre enn en tredjedel av voksne et kosthold i tråd med Helsedirektoratets kostråd om mengde fullkorn, frukt, bær, grønnsaker og fisk. Førti prosent spiser i tråd med rådet om å begrense inntaket av rødt kjøtt (Helsedirektoratet, 2024). Kostholdsfaktorer/mikrobiom er en mulig miljøfaktor også etter justering for genetisk risiko (Haavik, 2025). Samtidig er rollen til tarmmikrobiomet i voksen ADHD fortsatt kontroversiell og usikker på grunn av inkonsistente forskningsfunn (Cortese et al, 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.

Forekomsten av insomni blant voksne har økt i Norge siden 2000. En norsk undersøkelse viser en økning fra 11,9 prosent til 15,5 prosent i perioden 2001 til 2011, og nyere funn viser at forekomst av insomni har økt ytterligere til 20 prosent (Sivertsen, 2023). Det er også en betydelig økning i søvnvansker hos unge voksne. I den nasjonale undersøkelsen *Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse* (SHoT) svarte 22,6 prosent av respondentene at de hadde en god del eller svært mye søvnvansker i 2010. I 2022 var dette tallet 32,5 prosent (Sivertsen, 2023). 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). Mangel på søvn kan dermed være en årsak til økende funksjonsvansker som igjen fører til økende diagnosetall. I spørreundersøkelsen melder 49,8 prosent av respondentene at de «i svært stor grad» opplever utfordringer knyttet til ADHD når det kommer til søvn, mens 14,7 prosent og 2,8 prosent melder at de «i liten grad» og «ikke i det hele tatt» opplever utfordringer.

Fysisk aktivitet kan dempe ADHD-symptomer (Mehren et al, 2020; Svedell et al, 2025). Fysisk inaktivitet trekkes fram som et bortfall i en beskyttende faktor mot ADHD-symptomer. Samtidig har andelen voksne som følger Helsedirektoratets råd om fysisk aktivitet økt noe i perioden 2008 til 2022 (Helsedirektoratet, 2025). Dermed er det ikke sannsynlig at fysisk inaktivitet er en forklaring for økende diagnosetall på samfunnsnivå.

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 og søvn, og hvordan dette fører til økende diagnosetall.



**Figur 3-7: Årsak-virkningskjede for driveren levevaner (endringer knyttet til kosthold og søvn). 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 Driverer 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
- Virkningsfulle medisiner og en legemiddelindustri med økonomiske insentiver
- Praksisvariasjon
- Private tjenester som et alternativ for offentlige tjenestetilbud

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

#### 3.3.1 Utvidede og endrede diagnosekriterier

De siste DSM- og ICD-revisjonene har senket terskelen for hvem som kan få ADHD-diagnosen i voksen alder. Tidligere ble ADHD stort sett ansett som en barneforstyrrelse, men forskning viser nå at mange med barndoms-ADHD også har vedvarende symptomer som voksne (Cortese et al, 2022). DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) anerkjente at ADHD ofte vedvarer til voksen alder og tok flere grep for å tilpasse kriteriene. Nasjonale retningslinjer anbefaler nå å bruke DSM-5-kriteriene for både barn og voksne (Helsedirektoratet, 2021). Internasjonalt er ICD-11 (World Health Organization, 2019) vedtatt, og dette systemet har kriterier som i stor grad ligner DSM-5 (Shanghai Archives of Psychiatry, 2025), slik at også ICD-11 vil fange opp flere voksne enn den gamle ICD-10 gjorde (Cortese et al, 2025).

DSM-5 introduserte flere justeringer som påvirker voksne spesielt. Blant annet kreves nå bare fem (i stedet for seks) av ni symptomer i én eller begge domene hos personer fra 17 år og oppover (Helsedirektoratet, 2021). Aldersgrensen for når symptomer må ha startet ble hevet fra 7 til 12 år (Epstein et al, 2013). Videre fjernet DSM-5 autismespekterforstyrrelser som et eksklusjonskriterium for ADHD, slik at en person kan ha både ADHD og autismediagnose samtidig. DSM-5 skiller dessuten mellom «overveiende uoppmerksom», «overveiende hyperaktiv/impulsiv» og «kombinert» presentasjon, i stedet for gamle subtyper, og man spesifiserer alvorlighetsgrad som mild, moderat eller alvorlig. Disse endringene innebærer at flere voksne, særlig dem med mer uoppmerksomt eller mildt symptombylde, nå faller innenfor ADHD-definisjonen. For eksempel kan voksne som tidligere ikke ville fått diagnosen, enten fordi de bare hadde fem symptomer eller først utviklet tydelige vansker i tenårene,

nå kunne få en ADHD-diagnose (Helsedirektoratet, 2021; Epstein et al, 2013). De utvidede kriteriene betyr i praksis at flere voksne nå oppfyller diagnosen. Å senke symptomgrensen til fem symptomer for voksne gjør at også personer med noe mildere eller selektive plager fanges opp (Helsedirektoratet, 2021). Å tillate diagnose ved bare ett domene (f.eks. rene konsentrasjonsvansker) øker også gruppen som får ADHD, ettersom strenge ICD-10-kriterier før ville ført til at klinikere måtte avvise mange slike tilfeller.

*«Altså, det vi har merket er at det kanskje har blitt færre av de lettere angst- og depresjonslidelser. Det er mer utredning for ADHD, eller at de har fått en ADHD-diagnose i stedet. Det kan man jo gjenkjenne, fordi likhetstrekkene er manglende konsentrasjon, rastløshet og depresjonsfølelse – som ofte henger sammen med lav selvfølelse og lav selvtillit. Så man kan tenke at det har blitt en nedgang i de diagnosene [angst og depresjon], fordi det har kommet større oppmerksomhet rundt ADHD-diagnosen.»*

Informant, Nav, om at de samme brukerne kommer med ny «merkelapp»

Endringene i diagnosekriteriene har ført til at flere voksne blir fanget opp som ADHD-pasienter. Selv ved et konstant symptomtrykk vil disse endringene likevel medføre en økning i andelen voksne som diagnostiseres med og behandles for ADHD. De nye kriteriene senker terskelen for diagnosen og utvider den til også å omfatte personer med ren uoppmerksomhet eller komorbide tilstander. Dette gjør at gruppen som oppfyller kriteriene for ADHD blir større, særlig blant dem med mildere vansker.

Tidligere ble ADHD ofte utelukket som diagnose dersom personen hadde en historie med traumer eller omsorgssvikt. Det ble antatt at symptomer på oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker i slike tilfeller primært kunne forklares av belastende livserfaringer (Daud & Rydelius, 2009; Ford & Connor, 2009).

I dag tenker man annerledes. Det er en økende erkjennelse av at traumer og omsorgssvikt kan sameksistere med ADHD, og at disse faktorene kan påvirke hvordan symptomene uttrykkes og oppleves (Løwgren & Evensen, 2019; Reigstad & Kvernmo, 2015). Utredningene søker derfor i større grad å skille mellom hva som kan være konsekvenser av traumer, og hva som kan være uttrykk for en underliggende nevroutviklingsforstyrrelse. Dette innebærer at man ikke automatisk utelukker ADHD ved tilstedeværelse av traumer, men vurderer helheten i symptom bildet og livshistorien (Løwgren & Evensen, 2019)

*«... det jo ofte et litt sånn. Hva er det? Er det traumene i barndom, eller er det traumer i barndom og ADHD, eller kan vi på en måte si at det er ADHD da? Så det er ofte litt sånn vanskelige utredninger... kan være da bruker mye tid på å innhente komparenter og... For å gjøre en god nok utredning da»*

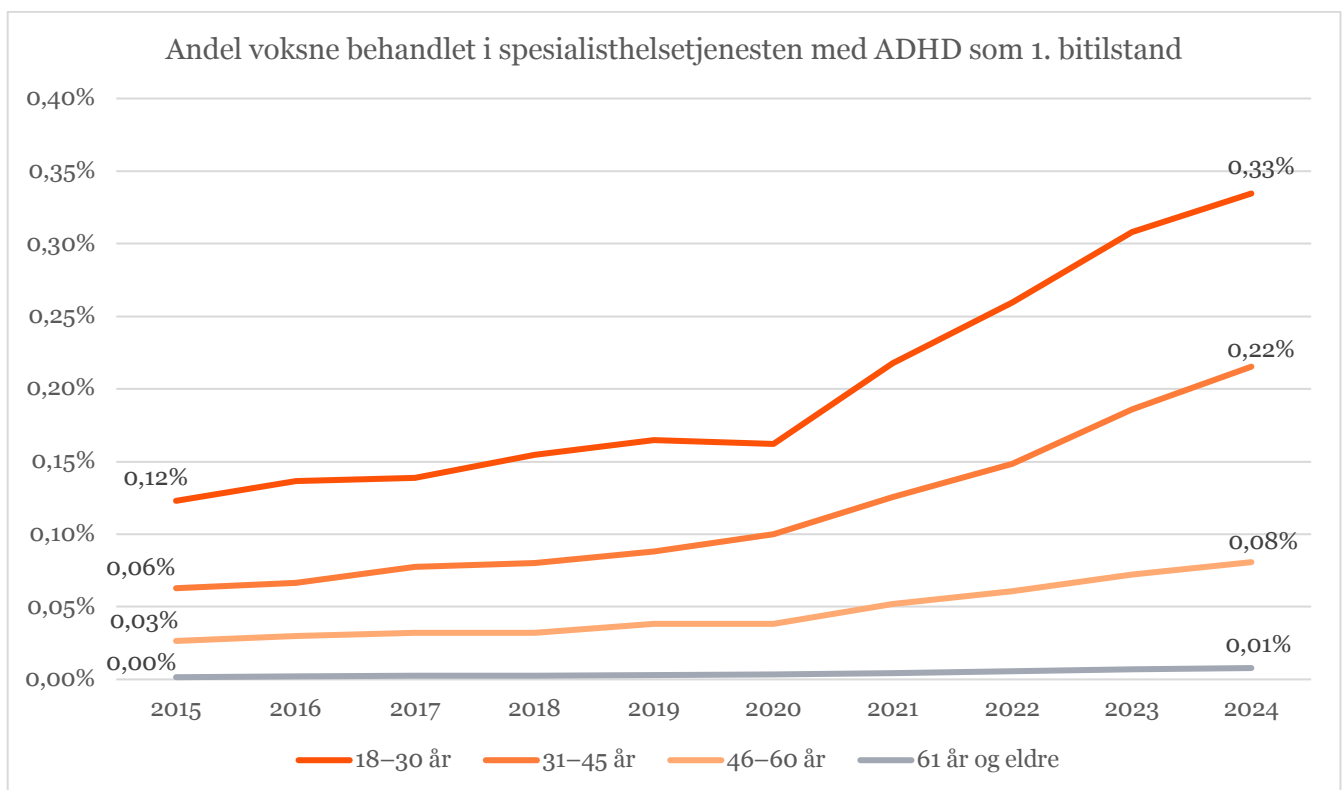
Behandler om kompleks differensialdiagnostikk og vurdering av komorbiditet

«Vi ser en del pasienter med andre primærdiagnoser, for eksempel traumer, der man samtidig mistenker ADHD.»

Behandler

Endret forståelse av komorbiditet gjør at voksne henvist for andre problemer nå i større grad undersøkes for ADHD. Norske retningslinjer understreker at «ADHD forekommer hyppig sammen med en rekke andre tilstander» (Helsebiblioteket, 2022), og at svært få har ADHD uten tilleggsvansker. I praksis betyr dette at voksne henvist for angst, arbeidsrelaterte utfordringer eller problemer med læring og konsentrasjon i større grad blir vurdert med tanke på ADHD.

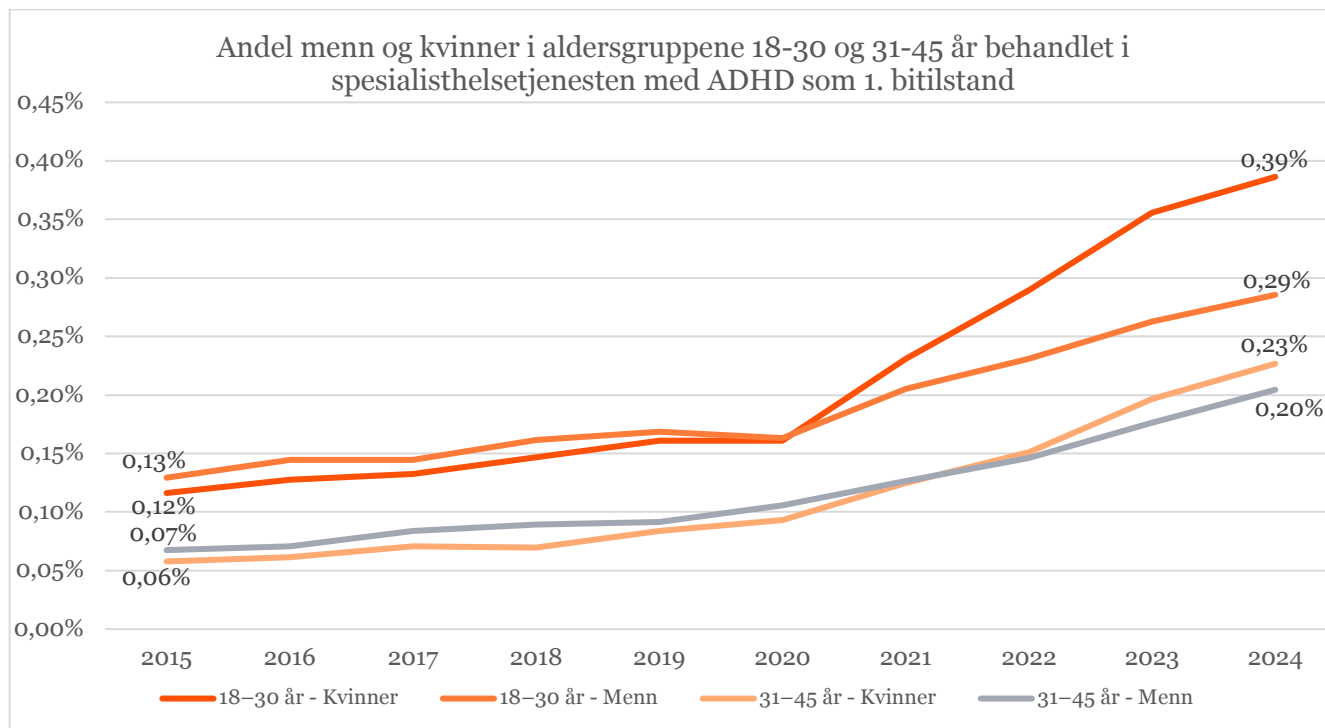
Datagrunnlaget viser en klar utvikling i andelen av befolkningen som blir behandlet i spesialisthelsetjenesten der ADHD er første tilleggsdiagnose. Denne økningen er spesielt tydelig for de yngre aldersgruppene. Det betyr at de primært behandles for en annen diagnose, men har fått en ADHD-diagnose i tillegg. Tidligere ville denne gruppen i utgangspunktet ikke fått en ADHD-diagnose.



**Figur 3-8: Andel voksne behandlet i spesialisthelsetjenesten med ADHD som 1. bitilstand** (Helsedirektoratet, 2025)

Økningen er spesielt markant blant yngre kvinner i alderen 18–30 år, hvor andelen som har blitt behandlet i spesialisthelsetjenesten med ADHD som første bitilstand har økt fra 0,12 prosent i 2015 til 0,39 prosent i 2024, tilsvarende en økning på 225 prosent. Som vist i kapittel 2.1, har kvinner i denne aldersgruppen samtidig opplevd en særlig sterk vekst i den samlede andelen som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det er verdt å merke seg at økningen i personer behandlet med ADHD som hovedtilstand følger omtrent samme utvikling som økningen i personer med ADHD som første bitilstand. For kvinner i alderen 18–30 år var andelen av ADHD-behandlede som hadde ADHD registrert som første bitilstand 16,67 prosent i 2015 og 17,33 prosent i 2024. Den relative stabiliteten i denne andelen over tid tyder på at veksten i behandlingsomfang i stor grad reflekterer en generell økning i behandling for ADHD i denne aldersgruppen, samtidig som en økt tilbøyelighet til å registrere komorbiditet og endringer i forståelsen av komorbide tilstander også kan ha bidratt til utviklingen.



**Figur 3-9: Andel menn og kvinner i aldersgruppene 18-30 og 31-45 år behandlet i spesialisthelsetjenesten med ADHD som 1. bitilstand (Helsedirektoratet, 2025)**

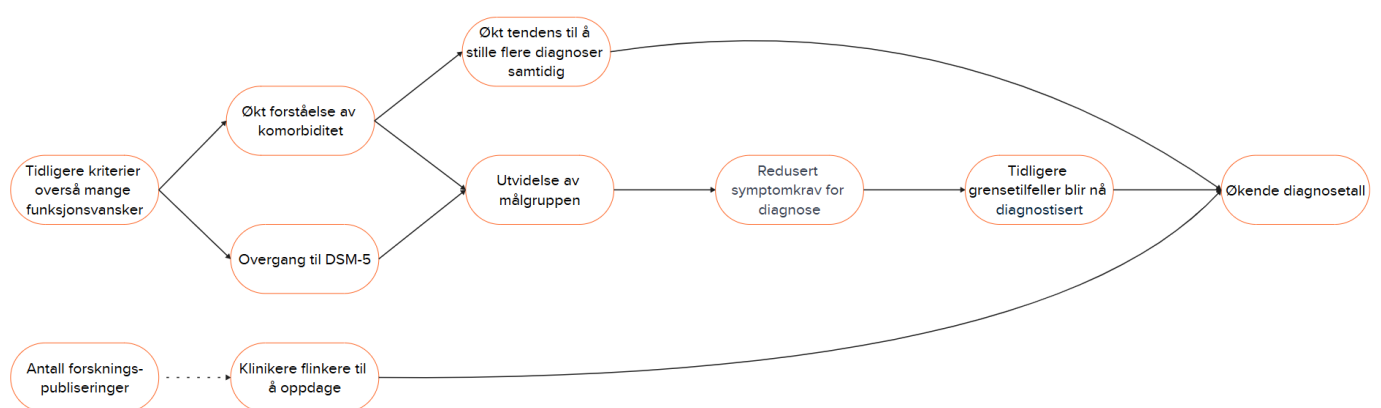
Det er en markant økning i forskningspubliseringer om ADHD siden ca. år 2000, noe som kan bidra til større oppmerksomhet og diagnostisk sensitivitet (Haavik, 2025). Forskning og publisering av nye resultater bidrar til at klinikere får tilgang til oppdatert kunnskap om ADHD, symptomer og diagnostiske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

*«Jeg fikk egentlig diagnosen litt som en bisetning. Jeg gikk allerede til psykolog i [by A] fordi jeg hadde spiseforstyrrelsesproblematikk. Da jeg senere kom til en ny psykolog i [by B], mente han at jeg burde ta en ADHD-utredning – og det gjorde jeg.»*

Informant diagnostisert med ADHD som ung voksen

Det løftes en hypotese om at klinikere er blitt mer oppmerksomme på og bedre til å oppdage ADHD-symptomer, særlig hos unge kvinner, i takt med økt kompetanse hos helsepersonell (Aase et al, 2025). Hvis klinikere har blitt bedre 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. 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 7 til 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. I tillegg anerkjenner DSM-5 i større grad forekomsten av komorbiditet, noe som bidrar til en mer helhetlig diagnostisering der tilstander som angst, depresjon og konsentrasjonsvansker vurderes sammen med ADHD. Disse endringene gjør at flere voksne, særlig personer med mildere symptomer, nå fanges opp og diagnostiseres.



**Figur 3-8: 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.**

### 3.3.2 Virkningsfulle medisiner og en legemiddelindustri med økonomiske insentiver

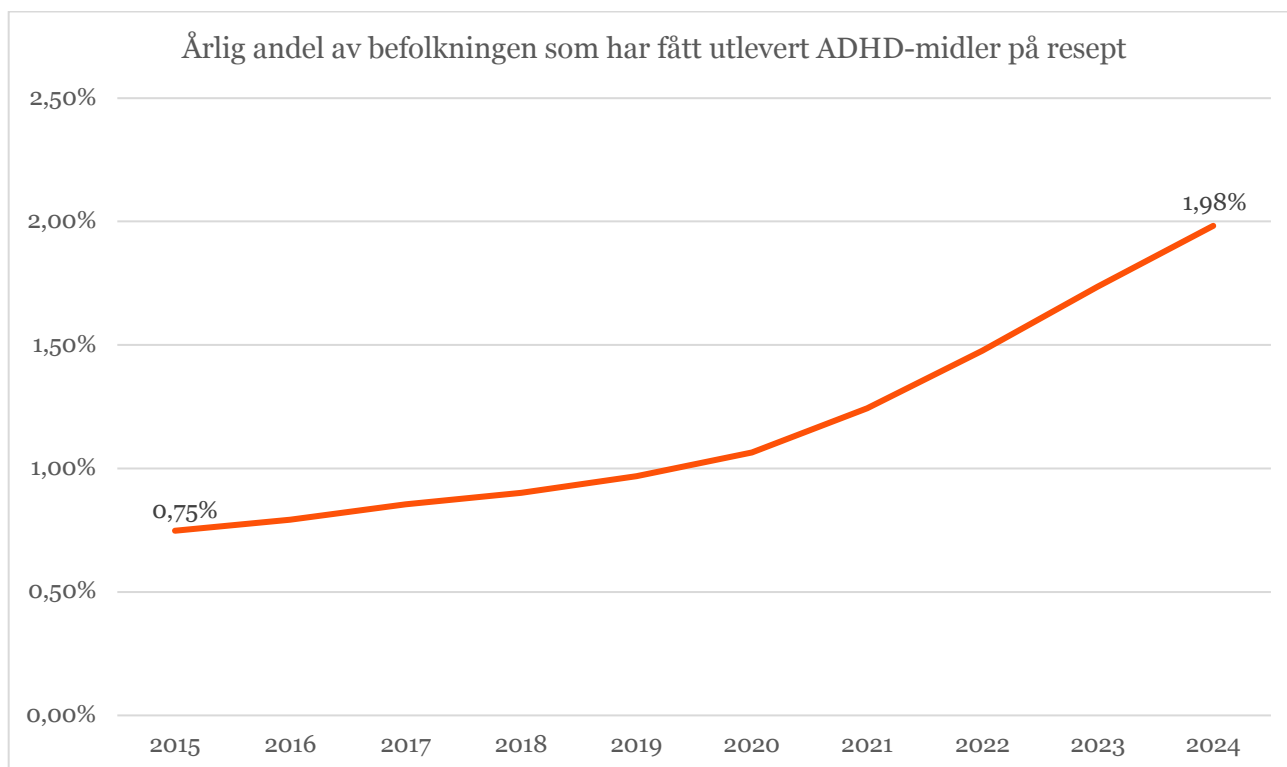
Det er kommersielle aktører som produserer og selger ADHD-medisiner. De opererer i farmasøytisk industri, som i stor grad består av virksomheter med mål om å generere overskudd for sine aksjonærer eller eiere. De kan dermed ha et insentiv om å enten øke pris eller øke salgsvolumet av legemidlene, noe 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 et al., 2017). For legemiddelindustrien er

det er en fordel når diagnoser ses på biologisk (Mjølstad, 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.

For det andre har ADHD-medisiner dokumentert effekt. Studier viser at sentralstimulerende legemidler som metylfenidat og lisdeksamfetamin kan gi betydelig symptomreduksjon hos både barn og voksne med ADHD (Faraone et al., 2022). Effekten gjelder særlig oppmerksomhet og impulsivitet, men kan også bidra til bedre funksjon i utdanning, arbeid og relasjoner. Dette gjør medisin attraktivt for personer med ADHD-symptomer fordi det hjelper på symptomer, men for å få tilgang på medisiner er det nødvendig med en ADHD-utredning og en diagnose, slik vi også diskuterte i avsnitt 3.2.3.

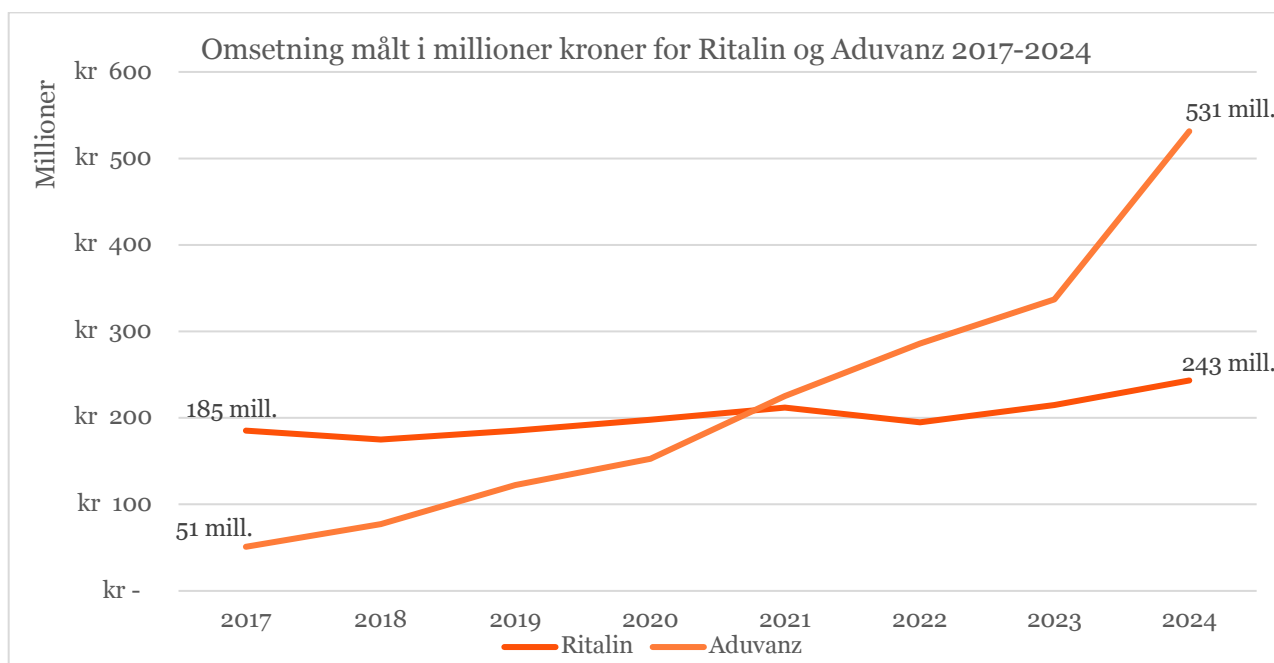
Andelen av befolkningen som har fått utlevert ADHD-medisiner har økt fra 0,75 prosent i 2015 til 1,98 prosent i 2024, en økning på 164 prosent. Merk at dataene i figur 3.10 gjelder hele befolkningen, inkludert barn og unge. Offentlig tilgjengelige data for perioden 2021–2024 er ikke delt opp i aldersgrupper. I 2015 utgjorde aldersgruppen 0–19 år 47,36 prosent av de som fikk utlevert ADHD-medisiner, mens andelen var 37,51 prosent i 2020. Dette viser at for tidsperioden 2015–2020 var det voksne som i størst grad bidro til økningen i ADHD-resepter.



**Figur 3-10** Årlig andel av befolkningen som har fått utlevert ADHD-midler på resept (Folkehelseinstituttet, 2025; Reseptregisteret, 2021)

Fra 2005 er det i Norge og internasjonalt introdusert flere nye legemidler mot ADHD, med nye virkestoffer, formuleringer og doseringer. Det har derfor blitt lettere å tilpasse legemiddelbehandlingen for den enkelte pasient og finne passende dosering. De to legemidlene med ADHD som hovedindikasjon, og som i 2024 hadde høyest omsetning, var Aduvanz og Ritalin (Apotekforeningen, 2025). Spesielt

Aduvanz har hatt en markant økning i omsetning de siste årene. Selv om metylfenidat (Ritalin, Concerta, Delmosart osv.) er førstevalg i offentlige retningslinjer (Metodebok, 2023), har lisdexamfetamin (Aduvanz, Elvanse, Vyvanse osv.) hatt en kraftigere økning i omsetning. Dette kan skyldes at mange pasienter opplever en jevnere effekt og færre bivirkninger, og at Aduvanz var patentbeskyttet til 2023–2024 (Google Patents, 2025; Department of Health & Human Services, 2015), noe som gav produsentene økonomiske insentiver til å øke omsetningen til produktet. Samtidig kan forskrivningspraksis ha blitt påvirket av pasientpreferanser og klinikernes erfaringer med effekt og toleranse. Prisen per definerte døgndose (DDD) har holdt seg relativt stabil, noe som tyder på at økningen i omsetning i hovedsak skyldes økt salgsvolum, ikke prisøkning. Den årlige gjennomsnittsprisen per DDD for Aduvanz har hatt en moderat økning fra 22 kroner i 2017 til 23,8 kroner i 2024, mens prisen for Ritalin har gått ned fra 12,5 til 11,7 kroner (Apotekforeningen, 2025).



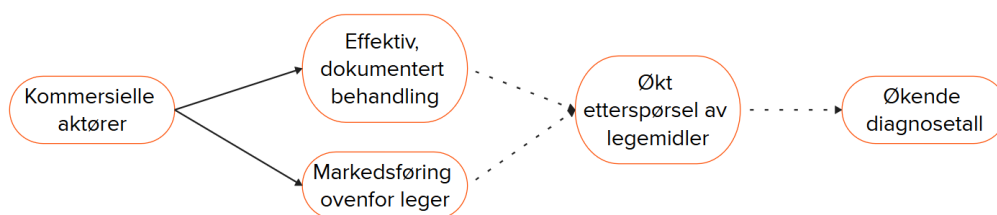
**Figur 3-11: Omsetning målt i millioner kroner for Ritalin og Aduvanz 2017-2024** (Apotekforeningen, 2025)

Fra spørreundersøkelsen kommer det frem at 93 prosent av respondentene på et tidspunkt har prøvd ADHD-medisiner. 34 prosent av respondentene oppgir at medikamentell behandling er den eneste formen for hjelp eller behandling de har mottatt. Blant dem som ble diagnostisert som barn, oppgir alle at de på et tidspunkt har prøvd medisiner. Av respondentene som har brukt medisiner, melder 80 prosent at de fortsatt gjør det, dette gjaldt 77 prosent av de som fikk diagnosen i den offentlige helsetjenesten, og 84 prosent av de som fikk diagnosen hos en privat klinikk eller behandler. Blant respondentene som ble diagnostisert i det offentlige og som fortsatt bruker medisiner, svarte 33 prosent at de har opplevd en «svært positiv» effekt. Til sammenligning oppga 43 prosent av de som ble diagnostisert privat at de har hatt en tilsvarende effekt. Av respondentene som tidligere har brukt medisiner, men som har sluttet, oppgir 51 prosent bivirkninger som en av grunnene til at de avsluttet behandlingen. Videre oppgir 48 prosent manglende effekt som en av årsakene til at de sluttet. Andre

vanlige begrunnelser omfatter praktiske hindringer, andre helseproblemer, et ønske om å klare seg uten medisiner og kostnadene til medikamentene.

Kombinasjonen av at det finnes effektiv, dokumentert medikamentell behandling som kan fremstå attraktivt for pasienter og markedsføring ovenfor leger som gir økt oppmerksomhet og kunnskap blant leger om medisin som effektivt virkemiddel for pasientgruppen, 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 at kombinasjonen av at legemidler har dokumentert effekt og at legemiddelindustrien har insentiver til å fremme medikamentell behandling som en mulig driver for økende diagnosetall. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med utgangspunkt i insentivene til kommersielle aktører, og hvordan dette kan føre til økende diagnosetall.



**Figur 3-12: Årsak-virkningskjede for driveren virkningsfulle medisiner og en legemiddelindustri med økonomiske insentiver. Heltrukket linje betyr at det er en dokumentert sammenheng mellom boblene, mens stiplede linje betyr at det er en mulig sammenheng basert på ytring eller hypotese.**

### 3.3.3 Praksisvariasjon

Praksisvariasjon kan bidra til fylkesvise forskjeller i hvor mange voksne som får ADHD-diagnose. Til tross for nasjonale retningslinjer, viser både forskning og erfaring at diagnostisk praksis varierer på tvers av geografiske områder og fagmiljøer.

Ulik tilgang til ressurser er en sentral faktor. Ulike DPS har ulik kapasitet for å gjennomføre ADHD-utredninger. Selv om helsetjenester er universelt tilgjengelig og gratis i Norge, finnes det regionale forskjeller i kapasitet, ventetider og antall spesialister. Behandlere i områder med begrensede ressurser kan tvinges til å prioritere strengt, og må derfor avvise pasienter de under andre forhold, med lavere press og bedre kapasitet, ville vurdert for utredning og eventuell diagnose. Internasjonal forskning viser at områder med høyere tetthet av spesialister har høyere ADHD-rater, uavhengig av befolkningens faktiske symptomnivå (Akmatov et al., 2018).

Skjønnsutøvelse er en annen viktig mekanisme. ADHD-diagnostisering hos voksne bygger på en klinisk helhetsvurdering. Dette gir rom for variasjon i hvordan fagpersoner vurderer symptomtrykk, funksjonsvansker og komorbiditet (Bogdańska-Chomczyk et al., 2025). Studier av barne- og ungdomspsykiatere i Norge har vist at enkelte klinikere har en mer «restriktiv» tilnærming, der alvorlig og langvarig funksjonssvikt vektlegges, mens andre har en «liberal» holdning der moderate vansker også gir grunnlag for diagnose (Lyhmann et al., 2022). Det finnes ikke tilsvarende norske studier for voksne, men det anses som plausibelt at lignende praksiskulturer eksisterer i voksenfeltet, særlig ettersom symptomene er mer subtile og varierende i voksen alder (Ørstavik et al, 2016).

Flere informanter fra intervjuene peker på at kriteriene for å bli tatt inn til ADHD-utredning er blitt strengere i spesialisthelsetjenesten, mens privat sektor kan ha lavere terskel. Dette gjelder både hvordan retningslinjene og prioriteringsveilederen tolkes i inntaksteam på de ulike DPS. Et tydelig funn fra intervjuene er at det er uenighet om hva som kvalifiserer som "betydelig funksjonstap" i prioriteringsveilederen: noen legger vekt på tap av jobb eller relasjoner, og krever dokumenterte vansker fra før fylte 12 år i henvisning, mens andre inkluderer subjektiv lidelse og stress hos individet.

*«Dette er et vanskelig felt, og det er stor uenighet og ulike måter å tenke om funksjonsnedsettelse på, også internt hos oss. Vi er opptatt av at det skal være en tydelig funksjonsnedsettelse, men vurdert opp mot pasientens eget nivå. Mange, særlig kvinner, har klart seg gjennom utdanning og livet med stor innsats, men er utbrente når de kommer hit. Da handler det ikke bare om ytre funksjon, men også om subjektiv lidelse – angst, energitap og stress. Noen av oss vektlegger dette som en del av funksjonssvikten, men det er mye usikkerhet og uenighet rundt dette.»*

Behandler om skjønn og praksisvariasjon internt på samme DPS

En annen faktor som ser ut til å virke inn på regionale forskjeller i diagnostisering, er grenseflaten mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Dette belyses av våre informanter på flere måter i intervjuene. En informant som jobber i en DPS som dekker flere kommuner, beskriver at *kommune X* trekkes frem som et område med bedre kommunale tilbud og mer nøyaktige henvisninger, mens *kommune Y* har svakere tilbud og flere henvisninger av lav kvalitet. En informant forteller at de jobber med opplæring av kommunalt ansatte i sine opptakskommuner i å drive mestringstilbud for mennesker med lettere konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker. Flere andre informanter problematiserer at dette ikke fins, og at det burde vært lovpålagt, både for å forebygge henvisninger, men også for å ivareta de menneskene som henvises til DPS for ADHD-utredning, men som ikke vurderes med så omfattende symptomtrykk eller funksjonsfall at de tas inn.

Flere steder har DPS utsendt spesialister til legekantor for felles drøftinger av saker på fast basis, som også øker fastlegers kompetanse og trygghet, hever kvalitet på henvisninger og sikrer kalibrering mellom tjenestene. Kartleggingsverktøy som benyttes for å vurdere om man skal gå videre med en ADHD-utredning, som ASRS (Kessler, et al., 2005), beskrives av flere informanter som for sensitive, og kan fange opp normalt livsstress som ADHD-symptomer, og føre til at for mange falske positive henvises til

DPS om ikke fastlegen gjør egen vurdering. Andre steder i landet har DPS laget felles avslagsbrev ved ADHD-henvisninger, som sendes til både henviser og pasient for å gi en bedre og felles forståelse av hva som kan gjøres i kommunal regi/av pasienten selv. Slike variasjoner i kommunale tilbud og økonomi, fastlegers kompetanse og kapasitet, samt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og fastleger/kommunale tjenester påvirker hvem og hvor mange som henvises, kvaliteten på henvisningene og dermed diagnostiseringen.

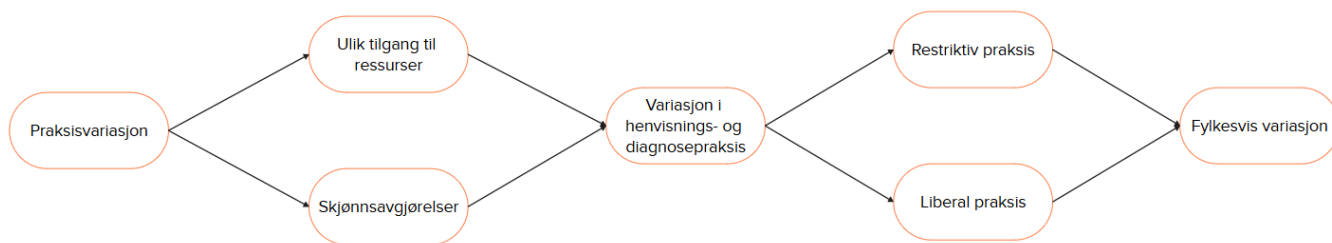
Praksisvariasjon knyttes også til organisering av tjenestene. Flere DPS har innført kortere vurderingssamtaler for å avklare om pasienten skal utredes videre for ADHD, eller om andre tilbud passer bedre, og gjennomfører ukentlige drøftingsmøter for å sikre kvalitet i vurderinger internt i DPS. Disse drøftingsmøtene sikrer at det blir færre interne uriktige ADHD-henvisninger, da behandlere fra andre team kan drøfte sine saker med ADHD-teamet.

Et gjennomgående tema hos informantene er at ulik fungering i kommunene og ulikt samarbeid med Nav har stor betydning for praksisvariasjonen. Kommuner som har etablert lavterskeltilbud og faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten opplever mer presise henvisninger og bedre pasientflyt. Andre kommuner mangler slike tilbud, noe som fører til flere henvisninger av lav kvalitet og økt press på DPS.

Denne kombinasjonen av ulik ressurskapasitet og individuell skjønnsutøvelse fører til variasjon i henvisnings- og diagnosepraksis. Noen DPS har lav terskel for å utrede, mens andre har strengere prioriteringskriterier. Til sammen gir dette grunnlag for fylkesvis variasjon. Helseatlas viser at det er «middels geografisk variasjon» i pasientraten for ADHD i spesialisthelsetjenesten, og tidligere data har dokumentert merkbare forskjeller blant barn og unge (Helseatlas, 2025; Aase et al, 2025). Det er plausibelt å anta at lignende mønstre kan gjelde voksne, særlig ettersom mange av de strukturelle og faglige mekanismene bak variasjonen er like.

Det er mangler i datagrunnlaget som viser ADHD-diagnostisering over tid. En gjennomgang av 540 journaler fra 20 helseforetak i 18 fylker i 2018 avdekket varierende praksis med hensyn til journalføringen ved utredning av ADHD. Gjennomgangen viste at hyperkinetisk forstyrrelse var klart dokumentert i bare 49 prosent av tilfellene, mens 51 prosent manglet sikker dokumentasjon (Aase et al, 2025). 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.

I lys av kunnskapsgrunnlaget vurderer PwC praksisvariasjon som en plausibel og delvis dokumentert driver bak fylkesvis variasjon i ADHD-diagnoser hos voksne. Dette støttes av både nasjonale vurderinger og internasjonal forskning som peker på hvordan systembetingelser, faglige tradisjoner og tilgang påvirker diagnostisk praksis. Figuren under illustrerer en mulig årsak-virkningskjede for denne variasjonen, med utgangspunkt i praksisvariasjon som påvirker henvisnings- og diagnosepraksis gjennom ulik tilgang til ressurser og skjønnsutøvelse.



**Figur 3-13: Årsak-virkningskjede for driveren praksisvariasjon. 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 Private tjenester som et alternativ for offentlige tjenestetilbud

Tjenestetilbudet for ADHD-utredning i Norge er todelt, med ulik terskel og kapasitet i det offentlige og private. I den offentlige spesialisthelsetjenesten kreves henvisning fra fastlege og et alvorlig symptomnivå for å få utredning. Den nasjonale prioriteringsveilederen fra Helsedirektoratet sier at spesialisthelsetjenesten bør konsentrere seg om utredning av de som har betydelige funksjonsproblemer på skole, arbeid og i hjemmet (Helsedirektoratet, 2024). Kapasitetsutfordringer 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 et al, 2025). Ekspertene påpeker at det å nekte utredning til pasienter som sannsynligvis oppfyller kriterienepotensielt er skadelig, fordi ubehandlet ADHD ofte henger sammen med andre lidelser (angst, depresjon, rus) og økt risiko for negative utfall (Opsahl, 2025).

En mulig konsekvens av den pressede offentlige kapasiteten, kombinert med prioriteringsveilederen fra Helsedirektoratet er fremveksten av et todelt helsetilbud for ADHD. Når personer avvises eller må vente lenge i det offentlige, kan de, dersom de har mulighet, søke hjelp hos private aktører. De som har økonomiske ressurser eller en god helseforsikring kan velge mellom private og offentlige utredninger, mens de uten slike muligheter i praksis kun kan gå gjennom det offentlige systemet. Pasienter som får avslag i spesialisthelsetjenesten har rett til å be om en ny vurdering fra et annet behandlingssted (Helsenorge, 2025), inkludert private avtalespesialister som har rett til å vurdere henvisninger. I tillegg har det vokst frem en rekke helprivate klinikker som tilbyr ADHD-utredning uten henvisning, men til høye kostnader, ofte i størrelsesorden titusenvis av kroner (Oftedahl et al., 2023).

Dette skaper en sosioøkonomisk skjevhet, ressurssterke personer kan få rask tilgang til utredning og diagnose privat, mens personer med svakere økonomi er henvist til tidvis lange offentlige ventelister, dersom det vurderes at de har rett til utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten. Fagfolk advarer om at dette utvikler seg til et todelt helsevesen der lommeboken kan avgjøre tilgangen til hjelp (Opsahl, 2025).

Som omtalt i kapittel 2.2 er private tilbydere vesentlige drivere for fylkesvis variasjon. De offisielle tallene som blant annet benyttes i kapittel 2 til å kartlegge den historiske utviklingen i andelen av befolkningen

som behandles i spesialisthelsetjenesten, omfatter behandling innenfor det offentlig finansierte systemet, herunder behandling hos avtalespesialister, men inkluderer ikke behandling ved helprivate klinikker eller andre rent privatfinansierte helsetilbydere. Når disse offisielle tallene ses i sammenheng med resultatene fra spørreundersøkelsen, fremkommer det at Finnmark som i 2024 hadde den høyeste andelen av befolkningen som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten, har den laveste andelen respondenter som opplyser at de fikk diagnose privat. I motsatt ende av spekteret ligger Oslo, som har den laveste andelen av befolkningen som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten, men samtidig den høyeste andelen av respondenter som opplyser at de ble diagnostisert privat. Dette innebærer at en betydelig andel av de som får behandling for ADHD ikke inngår i den offisielle statistikken, og at fylkesvis variasjon knyttet til ADHD-behandling dermed blir vanskelig å måle og vurdere på grunn av et mangelfullt statistisk grunnlag.

Private klinikker og behandlere er ujevnt fordelt over landet, noe som også bidrar til fylkesvise variasjoner i diagnostisering. Blant respondentene i Oslo fikk 60 prosent diagnosen privat, mens tilsvarende andel i Finnmark var 6 prosent. En person som søker utredning i Oslo og møter lange ventetider eller blir avvist, kan gå direkte til et titalls private klinikker i byen. I Finnmark er derimot det private markedet for helsetilbud langt mindre utviklet. For eksempel tilbyr verken Volvat eller Aleris, to av Norges største private helseaktører, tjenester i Finnmark, samtidig som de har et omfattende tilbud i Oslo-området og andre tettbygde strøk (Aleris, 2025; Volvat, 2025). Dette innebærer at personer i tettbygde områder har reelle alternativer til den offentlige helsetjenesten, mens personer i områder med mindre utbygde private tilbud i praksis kun kan motta den hjelpen de trenger gjennom det offentlige systemet.

Private helseaktører tilbyr tjenester som i større grad kan benyttes av personer med god privatøkonomi. Dette kan trolig også bidra til fylkesvise variasjoner, ettersom økonomisk velstand og kjøpekraft ikke er jevnt fordelt mellom fylkene (SSB, 2025). I områder med høyere inntektsnivå kan etterspørselen etter private helsetjenester dermed være større, noe som igjen påvirker tilgjengelighet og tilbud. Dette kan forsterke eksisterende geografiske forskjeller i helsetilgang.

Av de 556 respondentene i spørreundersøkelsen som hadde benyttet en privat klinikk eller behandler, oppga 50 prosent, blant flere mulige svaralternativer, at de ble avvist av den offentlige helsetjenesten som en av grunnene til at de valgte private tjenesteytere. Videre oppga 41 prosent at lang ventetid i det offentlige var en medvirkende årsak. Blant dem som benyttet private tjenester, opplyste 7 prosent at de hadde en privat forsikring som dekket kostnadene.

Dataene fra spørreundersøkelsen viser også en tydelig utvikling over tid når det gjelder andelen som mottok diagnosen privat. Blant dem som ble diagnostisert på 1990- og 2000-tallet, oppgir 13 prosent at diagnosen ble satt privat, mens andelen for dem som ble diagnostisert på 2010-tallet og 2020-tallet er på 25 prosent og 43 prosent respektivt. Dette indikerer en trend der det blir stadig vanligere å oppsøke private aktører for utredning og diagnostisering.

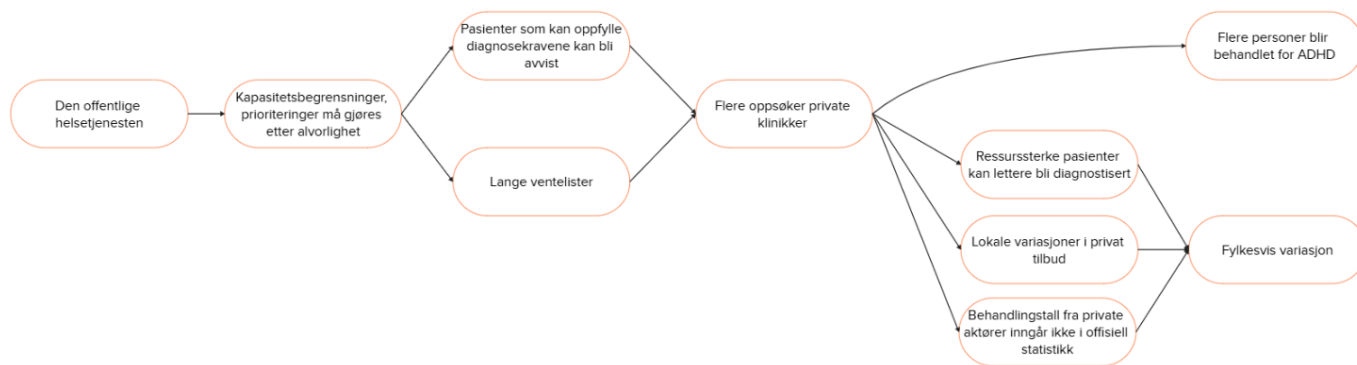
Enkelte informanter uttrykker bekymring for at private aktører har økonomiske insentiver som kan påvirke diagnostiseringspraksis. Pasienter betaler betydelige summer for utredning, og kommer ofte med en klar forventning om å få en diagnose. Informantene beskriver at dette kan føre til en høyere andel diagnoser i privat sektor, sammenlignet med offentlig tjeneste, der kriteriene er strengere og kapasiteten mer begrenset. Vi forstår at bekymringen kan løftes, men har ikke gjort en vurdering av private tjenesters utredningspraksis, og har derfor ikke grunnlag for å vurdere om dette er tilfellet.

Flere informanter beskriver en «loop» der pasienter som avvises i det offentlige, søker seg til private klinikker og får diagnosen der. Disse pasientene henvises deretter tilbake til det offentlige for oppfølging, noe som skaper ekstra arbeidsmengde og press på spesialisthelsetjenesten. Informantene peker på at dette mønsteret bidrar til å øke diagnostiseringen, og samtidig forsterker kapasitetsutfordringene i det offentlige.

Informanter med egen arbeidserfaring fra både det offentlige og det helprivate, beskriver at private aktører ofte kan tilby større fleksibilitet og mer tid per pasient enn det som er mulig i offentlig spesialisthelsetjeneste. Dette gjør at personer som først får betydelige symptomer når kravene til eksekutive funksjoner øker i voksenlivet – for eksempel i forbindelse med foreldreskap eller økt ansvar i arbeid – i større grad oppsøker private tilbud. Det samme gjelder personer som har tydelige ADHD-symptomer, men som ikke har hatt langvarig eller omfattende funksjonssvikt på flere livsområder.

I tråd med prioriteringsveilederen vurderer offentlig spesialisthelsetjeneste alvorlighetsgrad og funksjonstap som hovedkriterier for rett til helsehjelp. Personer med betydelige symptomer, men uten betydelig funksjonstap på flere livsområder, vil derfor ikke alltid få rett til utredning i DPS. Private tjenester kan dermed fange opp grupper som faller utenfor de offentlige prioriteringskriteriene, og bidra til at flere med milde til moderate vansker får en ADHD-diagnose. Samtidig kan dette påvirke den samlede diagnoseandelen i befolkningen.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder vurderer PwC private tjenester som et alternativ for offentlige tjenestetilbud 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 den offentlige helsetjenesten og et todelt system der private klinikker tilbyr ADHD-utredning. Ressurssterke personer har lettere tilgang til utredning og diagnose, mens andre kan møte lange ventelister og høy terskel for henvisning. Samlet bidrar dette sannsynligvis til økende diagnosetall og geografiske forskjeller i hvem som får utredning og diagnose i den offentlige helsetjenesten.



**Figur 3-14: Årsak-virkningskjede for driveren private tjenester som et alternativ for offentlige tjenestetilbud. 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 Drivere knyttet til individet

Ulike forhold ved individet anses som mulige drivere til økende ADHD-diagnosetall blant voksne og fylkesvis variasjon. Vi har identifisert følgende mulige drivere knyttet til individet:

- Forsinket diagnose (kvinner, minoriteter, høy IQ)
- Behov for selvforståelse

De påfølgende delkapitlene forklarer hver driver mer detaljert, med tilhørende mulige årsak-virkningskjeder.

#### 3.4.1 Forsinket diagnose (kvinner, minoriteter, høy IQ)

ADHD har lenge vært underdiagnostisert hos unge kvinner. ADHD-symptomer arter seg ofte annerledes hos kvinner enn hos menn, noe som har gjort at symptomer hos mange jenter har blitt oversett i barndommen. Historisk ble ADHD gjerne betraktet som en «guttediagnose», med symptombeskrivelser og kriterier basert på gutters kliniske presentasjon, ikke slik tilstanden typisk fremtrer hos jenter. Jenter og unge kvinner har ofte mer skjulte symptomer, som vansker med oppmerksomhet og konsentrasjon, noe som kan bli oversett eller feiltolket (Aase et al, 2025). I tillegg utvikler mange jenter tidlig ulike kompensierende strategier, for eksempel ved å være pliktoppfyllende, stille eller sosialt tilpassningsdyktige, som gjør ADHD-symptomene lite synlige for omgivelsene (Aase et al, 2025). Hverken foreldre, lærere eller helsepersonell tenker da nødvendigvis i baner av ADHD, og mange av disse jentene får andre forklaringer eller diagnoser (som angst eller depresjon) før en eventuell, men forsinket, ADHD-diagnose blir stilt senere i forløpet (Aase et al, 2025).

*«Jeg har hatt flere voksne kvinner ... som på papiret ser veldig vellykket ut, men som opplever kronisk indre uro, søvnvansker og depressive symptomer.»*

Behandler

De siste årene har forekomsten av ADHD-behandling økt mest blant kvinner som beskrevet i kapittel 2.1. Tall fra FHI for aldersgruppen 18-30 år viser at i 2010 ble 0,27 prosent av menn og 0,24 prosent av kvinner diagnostisert med ADHD i den offentlige helsetjenesten, mens i 2024 ble 0,39 prosent av menn og 0,69 prosent av kvinner diagnostisert (FHI, 2025).

Norske data viser at forekomsten av ADHD-diagnoser er betydelig lavere hos utenlandsfødte personer og hos personer med utenlandsfødte foreldre enn hos dem med norskfødte foreldre, noe som kan indikere underdiagnostisering i enkelte minoritetsgrupper (FHI, 2025). I perioden 2010-2022 var den kumulative ADHD insidensen for aldersgruppen 2-17 år lik 4,31 prosent for barn med norsk landbakgrunn, mens for barn med asiatisk og afrikansk landbakgrunn var insidensen lik 1,87 prosent og 1,53 prosent (FHI, 2025). Dette kan skyldes forhold som språklige barrierer, ulik kjennskap til helsetjenestene og kulturelle forskjeller i hvordan foreldre og fagpersoner tolker barns atferd, noe som i tidligere forskning er foreslått som mulige forklaringer på lavere diagnoseforekomst i slike grupper (Hansen et al., 2023). Blant de fem fylkene med høyest andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra ikke-vestlige land (Oslo, Akershus, Buskerud, Østfold og Rogaland) (SSB, 2025), er fire (Oslo, Akershus, Østfold og Rogaland) også blant de fem fylkene med lavest behandlingsandel, slik vist i delkapittel 2.2. Denne samvariasjonen kan være informativ når man vurderer potensielle forklaringsfaktorer bak den fylkesvise variasjonen i diagnosetall. Samtidig er det viktig å understreke at den ikke skal tolkes kausalt, fylker med høy innvandrerandel kan ha andre strukturelle eller demografiske særtrekk som også påvirker behandlingsandelen, og sammenhengen bør derfor tolkes med forsiktighet.

*«Hvis du snakker med en person som har et evnenivå i øvre normalområde oppover og de ikke er stein hyperaktiv, så har de ikke noe problemer med å komme seg gjennom barne- og ungdomsskole uten at noen er veldig bekymret.»*

Behandler

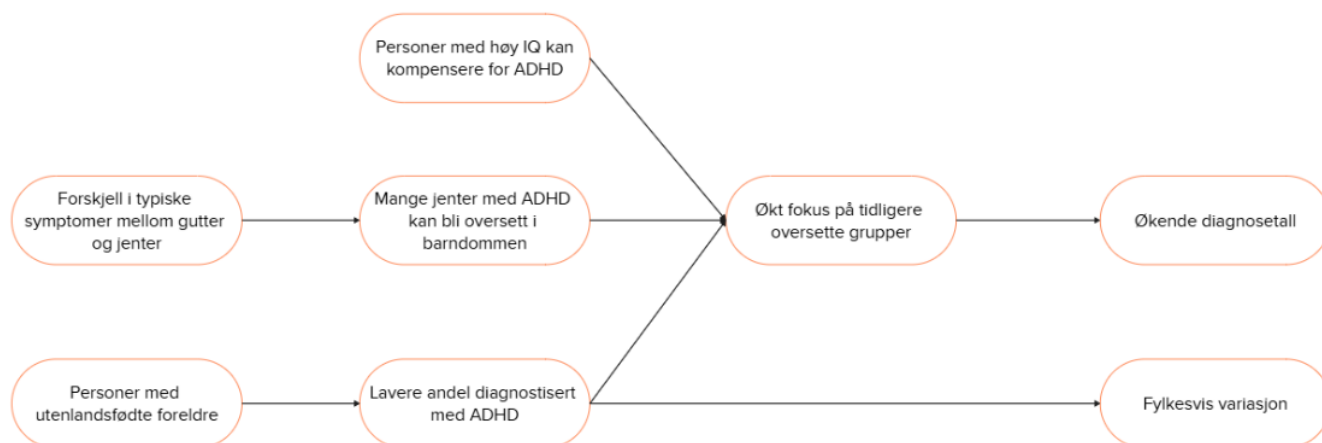
Personer med høy IQ eller store personlige ressurser kan kompensere for ADHD-symptomene over lang tid. Nyere forskning tyder på at barn med høyere IQ i gjennomsnitt får ADHD-diagnosen senere enn jevnaldrende med lavere IQ (Hare et al., 2024). Et høyt evnenivå kan kompensere for funksjonssvikten slik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

*«Jeg har hatt flere voksne kvinner med doktorgrad ... de sier jo at de har klart å komme gjennom, men vært utbrent flere ganger underveis.»*

Behandler

I de senere årene har imidlertid bevisstheten og kunnskapen om ADHD økt, og med økt synlighet av ADHD i forskning, media og sosiale medier har mange i tidligere oversette grupper først i voksen alder begynt å kjenne seg igjen i symptombildet (Aase et al, 2025). Forsinkede ADHD-diagnoser hos kvinner, personer med utenlandsfødte foreldre og høyfungerende personer, og en påfølgende økning i kunnskap kan dermed ha bidratt til en økt etterspørsel etter utredning og behandling av ADHD blant voksne

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC forsinket diagnose (kvinner, minoriteter, høy IQ) som et mulig forhold som driver økende diagnosetall. Historisk underdiagnostisering av personer med utenlandsfødte foreldre anses også som et mulig forhold som driver fylkesvis variasjon i diagnosetall. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med enkeltfaktorene kompensering for symptomer, forskjell i symptomer mellom gutter og jenter og underdiagnostisering av personer med utenlandsfødte foreldre og hvordan dette fører til økende diagnosetall og fylkesvis variasjon.



**Figur 33-15: Årsak-virkningskjede for driveren forsinket diagnose (kvinner, minoriteter, høy IQ). 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.**

### 3.4.2 Behov for selvforståelse

Mange voksne oppsøker ADHD-utredning for å oppnå bedre selvforståelse og bekreftelse, snarere enn for medikamentell behandling. En ADHD-diagnose kan fungere som en «oppklarende lettelse» ved at personen endelig får et navn og en forklaringsramme på noe som har skapt problemer og påvirket livsutfoldelsen i årevis (Mandelid, 2025). Tidligere mistolkede svakheter blir forståelige symptomer, og pasientene kan se eget livsløp i et nytt lys (Lein, 2015). Samtidig er det viktig å anerkjenne at skillet mellom kliniske ADHD-symptomer og normal kognitiv variasjon ikke alltid er tydelig. Denne gråsonen kan føre til at enkelte tolker vanlige menneskelige utfordringer som uttrykk for en underliggende lidelse, noe som kan påvirke både etterspørsel etter utredning og den samlede diagnoseutviklingen.

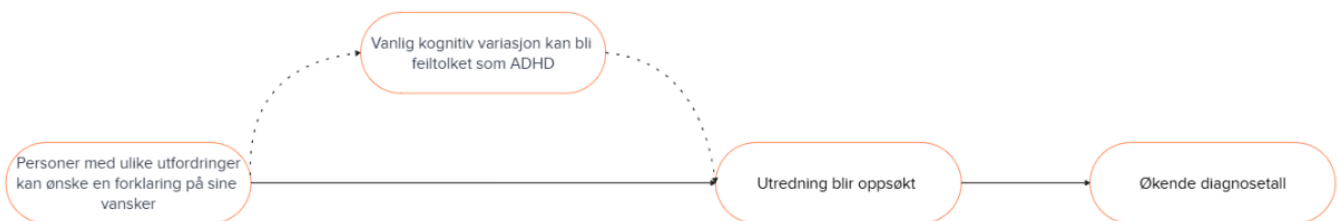
Et av de avsluttende spørsmålene i spørreundersøkelsen var det valgfrie fritekstspørsmålet «Hva har vært positivt med å få diagnosen ADHD?». Dette var det fritekstspørsmålet som engasjerte respondentene mest, og hele 92 prosent svarte på det. Når svarene ble kategorisert, viste det at 62 prosent av de som besvarte spørsmålet valgte å fremheve økt selvforståelse som en positiv følge av diagnosen. Dette var det mest gjengående svaret. Respondentene beskrev at det å bli diagnostisert ga dem bedre innsikt i egen atferd, følelser, styrker og utfordringer. Mange uttrykte at «brikkene falt på plass», at livet i ettertid fikk en større mening, og at de kunne se seg selv i et nytt og mer forståelsesfullt lys. Andre positive aspekter ved diagnosen som respondentene trakk fram, var bedre behandling og medisinerer, bedre mestring og fungering, forbedret tilgang til hjelp og støtte, redusert skam, samt en følelse av lettelse og bekreftelse/anerkjennelse. Dette bildet bekreftes også av våre informanter fra både behandlerensiden, og personer diagnostisert med ADHD, gjennom intervjuene.

*Samtidig ser vi mange som strever med betydelig psykisk lidelse, som enten ikke har fått god effekt av behandling, eller som søker en annen forklaring på hvorfor livet har vært vanskelig. Disse ønsker også utredning for ADHD”*

Behandler

Utviklingen viser at motivasjonen bak økende ADHD-diagnostisering hos voksne kan skyldes et menneskelig behov for selvinnsett og anerkjennelse, ikke nødvendigvis bare et ønske om behandling.

I lys av kunnskapsbasert grunnlag og andre kilder, vurderer PwC behov for selvforståelse som et mulig forhold som driver økende diagnosetall. Figuren under viser en mulig årsak-virkningskjede for driveren, med enkeltfaktoren ønske om forklaring på vansker som et utgangspunkt og hvordan dette kan føre til økende diagnosetall.



**Figur 3-16: Årsak-virkningskjede for driveren behov for selvforståelse. 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 Oppsummering av identifiserte drivere

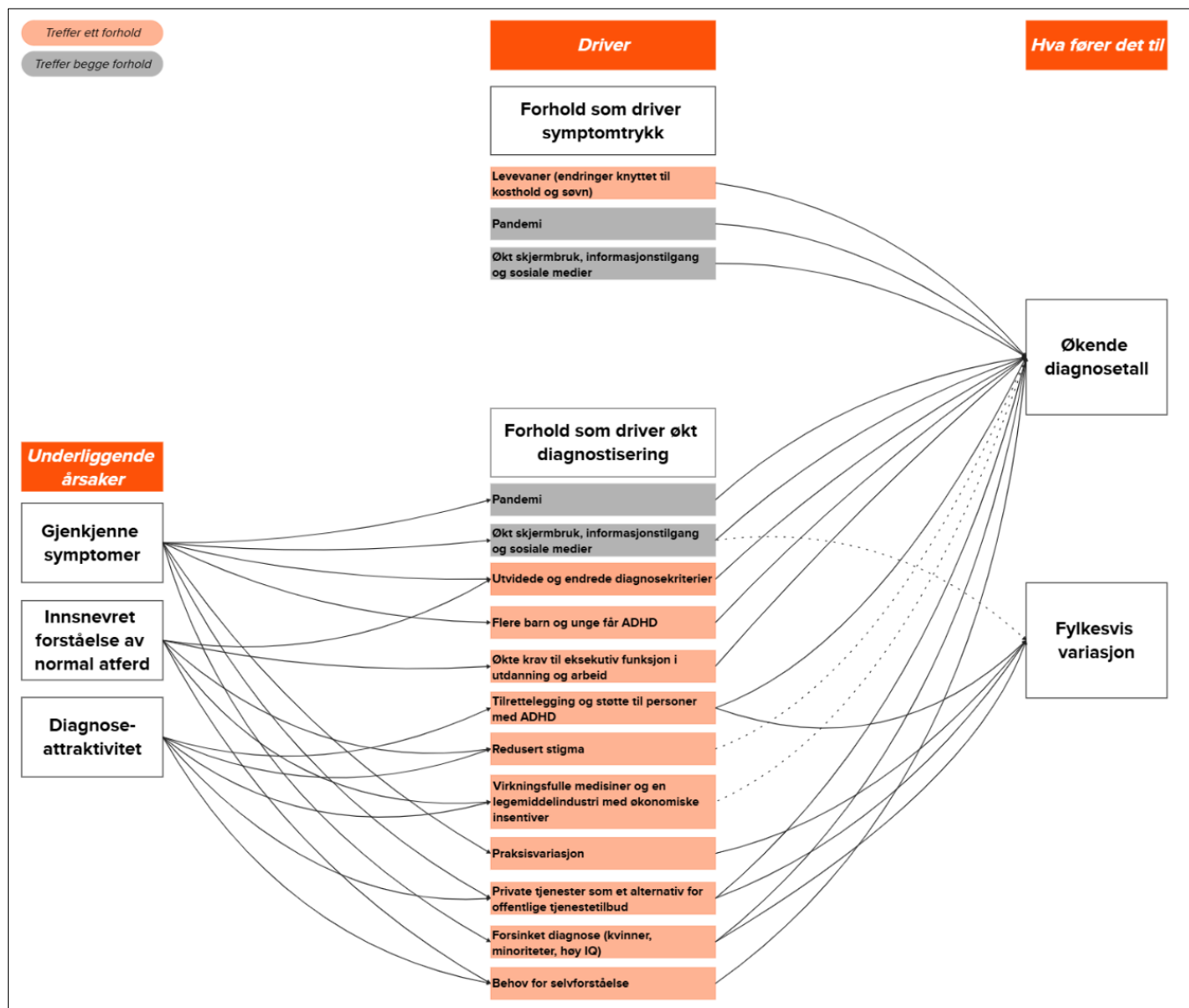
Basert på gjennomgangen av mulige drivere har PwC sortert driverne i to hovedgrupper: 1) forhold som driver symptomtrykk og 2) forhold som driver økt diagnostisering. Noen av driverne er vurdert å både gi økt symptomtrykk og økt diagnostisering.

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, 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 tre 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 voksne sin atferd ut fra en smalere eller mer rigid standard for hva som anses som normal utvikling og funksjon. Innsnevret forståelse av normal atferd kan føre til at flere voksne som viser variasjoner i oppmerksomhet, impulsivitet eller aktivitet blir oppfattet som avvikende eller symptomatiske, selv når atferden kan være innenfor et normalt spektrum.
- 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 figuren under.



**Figur 3-17: 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 har vi 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	Dokumentert sikker effekt	(Cortese et al, 2022), (American Psychiatric Association, 2013), (Helsedirektoratet, 2021), (World Health Organization, 2019), (Shanghai Archives of	(Aase et al, 2025)

Driver	Kategori	Effekt på hva	Grad av effekt	Kilder: Kunnskapsbasert og forskning	Kilder: Hypoteser og ytringer
				Psychiatry, 2025), (Epstein et al, 2013), (Daud & Rydelius, 2009), (Ford & Connor, 2009), (Løwgren & Evensen, 2019), (Reigstad & Kvernmo, 2015), (Helsebiblioteket, 2022), (Haavik, 2025)	
Flere barn og unge får ADHD	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert sikker effekt	(Helsedirektoratet, 2022), (Starck et al, 2016), (Solberg et al, 2024), (FHI, 2025), (Faraone et al, 2021), (Sibley, et al., 2022)	
Økte krav til eksekutiv funksjon i utdanning og arbeid	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Nav, 2023), (Nav, 2023), (Mazza, 2025), (SSB, 2025), (NOU 2021:2), (Hasan, 2024), (NOU 2024:20), (Madore et al, 2020)	(Torgersen, 2025)
Tilrettelegging og støtte til personer med ADHD	Samfunnet	Økende diagnosetall, fylkesvis variasjon	Dokumentert mulig effekt	(Nav, 2025), (Utdanningsdirektoratet, 2024), (Lånkassen, 2025), (Lovdata, 2025), (St. Olavs hospital, 2025), (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2025), (Nav, 2025), (Helsedirektoratet, 2019), (Metodebok, 2023), (FHI, 2025)	
Pandemi	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(FHI, 2023), (Heslin et al, 2023), (Zemer et al, 2024), (Hollingdale et al, 2021), (Xianfeng et al, 2021), (FHI, 2025), (Auro et al, 2024)	
Økt skjermbruk, informasjonstilgang og sosiale medier	Samfunnet	Økende diagnosetall, fylkesvis variasjon	Dokumentert mulig effekt	(Haavik, 2025), (SSB, 2025), (Larsen L. , 2025), (Mark, 2025), (Farchakh et al, 2022), (Thorell et al, 2025), (de Vries et al., 2025),	(Mandahl, 2025), (Langeland et al., 2025)

<b>Driver</b>	<b>Kategori</b>	<b>Effekt på hva</b>	<b>Grad av effekt</b>	<b>Kilder: Kunnskapsbasert og forskning</b>	<b>Kilder: Hypoteser og ytringer</b>
				(Schrios et al., 2025), (Karasavva et al., 2025)	
Redusert stigma	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Bråten et al, 2023), , (Ørstavik et al, 2016), (Cortese et al, 2025)	(Blume, 2023)
Levevaner (endringer knyttet til kosthold og søvn)	Samfunnet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Helsedirektoratet, 2024), (Haavik, 2025), (Cortese et al, 2025), (Sivertsen, 2023), (Køhn, 2025), (Mehren et al, 2020), (Svedell et al, 2025), (Helsedirektoratet, 2025)	(Køhn, 2025), (Lund, 2025)
Virkningsfulle medisiner og en legemiddelindustri med økonomiske insentiver	Helsetjenesten	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt	(Staff, 2015), (Lundh et al., 2017), (Mjølstad, 2025), (Faraone et al, 2021), (Folkehelseinstituttet, 2025), (Reseptregisteret , 2021), (Apotekforeningen, 2025), (Metodebok, 2023), (Google Patents, 2025), (Department of Health & Human Services, 2015),	
Praksisvariasjon	Helsetjenesten	Fylkesvis variasjon	Dokumentert mulig effekt	(Akmatov et al., 2018), (Bogdańska-Chomczyk et al., 2025) (Lyhmann et al., 2022), (Ørstavik et al, 2016) (Kessler, et al., 2005), (Helseatlas, 2025), (Aase et al, 2025)	
Private tjenester som et alternativ for offentlige tjenestetilbud	Helsetjenesten	Økende diagnosetall, fylkesvis variasjon	Dokumentert mulig effekt	(Helsedirektoratet, 2024), (Aase et al, 2025), (Opsahl, 2025), (Helsenorge, 2025), (Ofte Dahl et al., 2023), (Aleris, 2025), (Volvat, 2025), (SSB, 2025)	
Forsinket diagnose (kvinner, minoriteter, høy IQ)	Individet	Økende diagnosetall, fylkesvis variasjon	Dokumentert mulig effekt	(Aase et al, 2025), (FHI, 2025), (Hansen et al., 2023), (SSB, 2025), (Hare et al., 2024)	

<b>Driver</b>	<b>Kategori</b>	<b>Effekt på hva</b>	<b>Grad av effekt</b>	<b>Kilder: Kunnskapsbasert og forskning</b>	<b>Kilder: Hypoteser og ytringer</b>
Behov for selvforståelse	Individet	Økende diagnosetall	Dokumentert mulig effekt		(Mandelid, 2025), (Lein, 2015)

## 4 Identifiserte konsekvenser av økningen i ADHD-diagnoser

Økningen i ADHD-diagnoser blant voksne er godt dokumentert, og i driveranalysen har vi undersøkt og drøftet både godt dokumenterte og nærmest udiskutable drivere til økningen i diagnoser, og drivere som er mer eller mindre sannsynliggjorte og underbygde hypoteser. Vi er bedt om å forsøke å belyse noen av konsekvensene av økningen. For å gjøre dette på en strukturert måte, starter vi drøftingen med en oppsummering av kjente konsekvenser og risikofaktorer forbundet med symptombildet knyttet til ADHD-diagnosen. I den grad økt diagnostisering av ADHD innebærer at flere personer med disse utfordringene får hjelp og behandling, er det grunn til å anta at det for enkeltpersonene og for samfunnet finnes flere positive konsekvenser av at flere personer får tilgang på behandling.

Samtidig skaper økningen i ADHD-diagnoser også 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 for at andre pasientgrupper blir fortrent og ikke får nødvendig hjelp. Samtidig, dersom diagnostisering og behandling reduserer risikoadferd og sannsynligheten for annen fysisk og psykisk uhelse eller rusproblematikk, kan nettoeffekten også for helsetjenesten være positiv.

Utdanningsinstitusjoner, arbeidslivet og Nav opplever økt etterspørsel etter tilrettelegging. For den enkelte institusjonen kan dette oppleves som en utfordring å håndtere, men dersom dette også reduserer risikoen for frafall i utdanning og øker deltakelsen i arbeidslivet, kan nettoeffekten for samfunnet være positiv.

Det ligger utenfor omfanget av denne rapporten å kvantifisere og veie kostnader og nytte av disse konsekvensene opp mot hverandre, men vi forsøker i dette kapitlet likevel å belyse noen av problemstillingene.

### 4.1 Utfordringer assosiert med ADHD-symptomer

Dokumentstudien og intervjuene viser at ADHD-symptomer har omfattende konsekvenser for individet. Personene som lever med diagnosen beskriver både konkrete funksjonsvansker og en subjektiv lidelse som preger hverdagen, relasjoner og selvfølelse. Samtidig fremhever de styrker og positive sider ved diagnosen, som kreativitet, energi og evne til hyperfokus. Behandlerne bekrefter dette sammensatte bildet og peker på hvordan tjenestene møter disse erfaringene, og hvor systemet svikter. En av våre informanter oppsummerer en rekke av utfordringene i møtet mellom mennesker med ADHD-symptomer og samfunn:

*«Mange tenker at dette handler om en bestemt personlighet eller type personlig stil. Det er også mye fokus på ADHD som et samfunnsproblem, fordi vi vet at det er en overhyppighet av personer med*

*ADHD i fengsel, og en overhyppighet blant dem som havner i rusproblematikk. Mange blir dratt ut av arbeidslivet og får en rekke tilleggsutfordringer.»*

Behandler

### 4.1.1 Funksjonsvansker og subjektiv lidelse

Respondentene våre forteller om vedvarende vansker med konsentrasjon, organisering og emosjonsregulering. Flere beskriver en livslang kamp med å håndtere og kompensere for sine symptomer, noe som har ført til utmattelse, utbrenthet og sosial isolasjon. Kvinner med høyt evnenivå fremhever hvordan de lenge har kompensert, men til slutt «møtt veggen» når kravene ble for store.

Den subjektive lidelsen kommer tydelig frem i fortellingene:

- Følelse av å være «annerledes» og ikke mestre samfunnets krav, gjentatte sykmeldinger og utenforskap.
- Skam og selvkritikk når symptomer blir misforstått som latskap eller manglende evne.
- Stor smerte når relasjoner glipper, fordi man ikke klarer å følge opp kontakt eller det blir konflikter.
- Vansker med å få eller holde på jobber og hyppige omveltninger i livet.
- Indre uro og emosjonell reaktivitet som gjør hverdagen uforutsigbar.

En informant beskriver hvordan hun i årevis la all kritikk på seg selv, uten å forstå hvorfor hun ikke fungerte som andre. En annen forteller om å bli sett på som et «problembarn» i oppveksten, og hvordan dette preget selvbildet. Flere understreker at diagnosen har gitt en forklaring og lettelse, men også avdekket hvor mye lidelse de har båret alene, og flere har hatt en sorgreaksjon i etterkant av diagnostisering.

Symptomene virker for mange inn på ulike måter i arbeidshverdagen for våre informanter.

*«Ja, jeg er jo litt utålmodig – med enkelte, det må jeg bare si. Og så er det veldig mange ting jeg må huske å gjøre, og det kan av og til gå litt over stakk og stein. Men som oftest får jeg ryddet opp i det viktigste.»*

Informant med ADHD

Flere av informantene beskriver også at manglende kunnskap om hvilke rettigheter og tilpasninger de kan be om, forsterker den subjektive lidelsen. De opplever at de «bør klare seg selv», og at det er vanskelig å vite hva man kan be om i møte med arbeidsgiver eller Nav. Dette gjør at mange ikke ber om

tilrettelegging før situasjonen har blitt uholdbar, og flere beskriver en ond sirkel der de prøver å fungere uten støtte, blir utmattet, og opplever nederlag og skam.

*“Når jeg skal tilbake [etter sykmelding og utbrenthet], blir det enten ubehagelig å komme tilbake, eller jeg prøver – men jeg prøver jo på det samme som sist. Jeg har ikke bedt om tilrettelegging, fordi jeg ikke vet hva jeg skal spørre om. Det er jo ikke krav til noe, for det er jo «ingenting som feiler meg». I hermetegn, sant? Jeg er jo bare en vanlig person. Hva skal jeg be om? Jeg må innfri forventningene. Og så går det bare i en ond sirkel.”*

Informant med ADHD

## 4.1.2 Komorbiditet og negative helseutfall

Voksne med ADHD har høyere forekomst av komorbide psykiske lidelser som angst, depresjon og rusmiddelbrukslidelser. Det er også studier som dokumenterer økt forekomst av spesifikke personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og schizofreni ved ADHD. En svensk studie rapporterte assosiasjoner mellom ADHD hos voksne og fedme, søvnforstyrrelser, migrene, epilepsi, kronisk obstruktiv lungesykdom og type 2 diabetes. Andre studier viste en økt risiko for alle typer kardiovaskulære sykdommer, Alzheimers og Parkinsons sykdom (Cortese et al, 2025). Nylig har det også blitt funnet at en alarmerende høy andel helsetilstander er mer vanlig blant voksne med ADHD, inkludert type 1 diabetes, demens, astma, allergier, irritabel tarmsyndrom og ulcerøs kolitt, leddgikt, mange autoimmune sykdommer og tidlig overgangsalder (Kooij, 2025).

Det er også økt risiko for lav livskvalitet, ulykker, arbeidsledighet, gambling, sosiale vansker, kriminalitet, selvmord og for tidlig død hos personer med ADHD (Faraone et al, 2021).

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. Samtidig er disse forskjellene små, og forskjellene mellom mennesker med og uten ADHD er ikke vesentlige (Faraone et al, 2021).

## 4.1.3 Stigma og holdninger

Stigma knyttet til ADHD beskrives som en tydelig konsekvens for enkeltpersoner. Informantene forteller om å bli møtt med fordommer og misforståelser, særlig i arbeidslivet, noe som kan føre til diskriminering og redusert tilrettelegging.

I tillegg beskriver flere en form for internalisert stigma, der de opplever at de «ikke har krav på noe» eller at utfordringene deres ikke er alvorlige nok til å be om hjelp. Dette gjør at mange venter lenge med å søke støtte, og forsterker opplevelsen av å stå alene med vansker som i realiteten kunne vært avhjulpet.

Samtidig peker informantene på en positiv utvikling i samfunnets holdninger, der ADHD i økende grad forstås som en tilstand med både styrker og utfordringer. Denne normaliseringen kan bidra til å redusere stigma og åpne for mer inkluderende praksiser. Utviklingen samsvarer med driveren vi drøfter i avsnitt 3.2.6, der redusert stigma kan være en faktor som bidrar til økt diagnostisering.

#### 4.1.4 Opplevelse av utenforskap

Det er en hypotese at symptomkomplekset ved en ADHD-diagnose i tidlig alder kan bidra til utenforskap som voksen (Lund, 2025). Voksne med ADHD kan slite med å få venner og holde på relasjoner (Psykiater, 2024).

*“... det tar man med seg fra barndommen inn i voksenlivet – følelsen av at man ikke er god nok, og at man må være annerledes for at andre skal orke å være nær deg.”*

Informant med ADHD

Informantene beskriver hvordan ADHD kan føre til misforståelser og marginalisering, med konsekvenser for sosial deltakelse. Når mennesker faller utenfor relasjoner eller arbeidsliv, kan det bidra til økt utenforskap og redusert samfunnsdeltakelse.

*“Hvis man klarer å få til jobben sin, så klarer man ingenting annet, fordi man blir utbrent. Og så blir man veldig alene, ensom med følelsene sine, fordi man har fått høre hele livet at man er «for mye», «for ekstrem» og «slitsom».”*

Informant med ADHD

Etter diagnose opplever flere større aksept og mulighet til å forklare sine utfordringer, noe som har styrket relasjoner og inkludering. Dette gir samfunnet gevinster i form av bredere deltakelse og mindre sosial eksklusjon.

#### 4.1.5 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 som diskutert i kapittel 3.4.2, 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).

*«Jeg har i mange år vært veldig fornøyd og stolt av diagnosen min, fordi jeg synes den er en kul del av meg. Jeg liker å få folk til å le, og så lenge de ler, har det gått helt fint. Men de siste årene, som voksen, har jeg følt at det har blitt vanskeligere å håndtere.»*

Informant med ADHD

Informantene trekker frem viktige styrker ved ADHD. De peker både på de underliggende trekkene mange kjenner seg igjen i, assosiert med diagnosen, og å ha fått diagnosen som forklaring:

- **Kreativitet og alternative løsninger:** Flere beskriver evnen til å se mønstre og tenke utradisjonelt som en ressurs i studier og arbeid.
- **Hyperfokus:** Evnen til å fordype seg intenst i oppgaver som engasjerer, gir både mestring og produktivitet.
- **Energi og spontanitet:** Informantene opplever at ADHD gir dem drivkraft og entusiasme, som kan skape gode opplevelser og styrke sosiale relasjoner.
- **Raushet og selvforståelse:** Etter diagnosen har flere fått større aksept for seg selv og sine nærmeste, og ser verdien av å tilrettelegge på egne premisser.
- **Mestringsstrategier:** Bruk av musikk, trening, digitale verktøy og strukturering av oppgaver gir bedre balanse i hverdagen.

Behandlerne og ansatte vi har intervjuet i Nav bekrefter at mange individer med ADHD har ressurser som kan bli verdifulle i arbeidsliv og samfunn, dersom de får riktig støtte og tilrettelegging.

## 4.2 Flere får støtte og behandling

### 4.2.1 Udiagnostisert og ubehandlet ADHD

Mange voksne kan ha udiagnostisert og ubehandlet ADHD, og behandling kan være livsendrende (Køhn, 2025). En økning i diagnostisering av voksne kan føre til at flere får behandlingen de har behov for. Samtidig diskuteres det om diagnosen bør stilles tidligere i utgangspunktet, altså at voksne får diagnosen for sent (Køhn, 2025).

*“Jeg har egentlig gått hele livet og visst at jeg har vært annerledes, og gjort det jeg kan for å prøve å være som andre. Det har hatt mange konsekvenser. Det har vært mange år med høy maskering og høy fungering – det som vises for andre – mens man selv opplever at man ikke mestrer verken jobb, privatliv eller livet generelt.”*

Informant med ADHD

Behandlere uttrykker bekymring for at ADHD-diagnoser kan bli «trendy», og at individer med det som typisk omtales som «alvorlig psykisk lidelse», eksempelvis alvorlig depresjon eller alvorlig psykoseproblematikk, eller andre tilstander som krever høy kompetanse og tverrfaglig behandling i spesialisthelsetjenesten, kan bli skjøvet til side. Samtidig fremheves at ADHD lenge har vært underdiagnostisert i voksenpsykiatrien, og at økningen delvis reflekterer en nødvendig korrigering. Dette

skaper spenninger i fagmiljøene, der noen legger vekt på nevropsykiatriske forklaringer og genetisk sårbarhet, mens andre betoner samfunnets rolle og normalvariasjon.

*«Man kan jo egentlig stusse litt på når man vet at ADHD-diagnosen er en av de vanligste utviklingsforstyrrelser hos barn og unge, og at 75 % har med seg diagnosen inn i voksenlivet og at det ofte medfører mye tilleggsproblematikk... så er det pussig at man ikke har hatt mye mer fokus på ADHD i voksenpsykiatrien.»*

Behandler

## 4.2.2 Konsekvenser av økt legemiddelbruk

I samsvar med økningen i ADHD-diagnoser har det vært en økning i medikamentell behandling. Bruken av ADHD-legemidler har økt, særlig etter 2020 som beskrevet i kapittel **Error! Reference source not found.**

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 (Aas, 2025; Køhn, 2025; Larsen B. M., 2025; Lovdata, 2022; WADA, 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, benbrudd, kjønnssykdommer, depresjon, selvmord og kriminalitet (Faraone et al, 2021). Flere av våre informanter peker på at ADHD-medisin kan gi bedre søvn og fungering i hverdagen – en effekt som beskrives både av pasienter med ADHD og av behandlere som ser den hos sine pasienter. 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 medisiner 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 medisiner 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 vanligvis som milde, som moderate søvnproblemer, nedsatt appetitt, munntørrehet og hodepine, og kan potensielt håndteres ved å justere dosen eller bytte medisin (Faraone et al, 2021). Samtidig kan det være en økt risiko for psykose ved bruk av sentralstimulerende legemidler (de Pablo et al, 2025). Den internasjonale konsensusuttalelsen fra Verdensforbundet for ADHD finner ikke holdepunkter for at medisiner forårsaker observerte svekkelser i hjernens struktur eller funksjon hos pasienter med ADHD. (Faraone et al, 2021).

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). 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, men det er også utfordringer knyttet til feilbruk, som 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.

### 4.2.3 Mestring og behandling

Medisinering beskrives som livsendrende for mange, med effekter på konsentrasjon, energinivå og døgnrytme. En informant forteller:

*«Medisinen ga meg søvnen tilbake ... døgnrytmer, regulering, energiøkonomisering, sansing ble mye, mye enklere.»*

Informant med ADHD

Samtidig peker flere på bivirkninger, feilbehandling og manglende oppfølging, og understreker behovet for mer tilpasset behandling – særlig for kvinner.

Individene fremhever egne mestringsstrategier: lister, alarmer, musikk og trening for å regulere energi, digitale verktøy for struktur, og sosial støtte fra kollegaer og venner. Flere beskriver hvordan diagnosen har gitt dem raushet overfor seg selv og mulighet til å se styrker som kreativitet, energi og evne til hyperfokus.

Behandlerne understreker at medisinering kan være avgjørende, men at det ikke kan stå alene. De peker på behovet for lavterskeltilbud, kurs og psykoedukasjon, og fremhever viktigheten av å kartlegge styrker og læringsmåter tidlig.

### 4.2.4 Systemiske utfordringer

Informantene med ADHD vi har intervjuet forteller om manglende informasjon og oppfølging fra helsetjenesten, og at de ofte må finne ut av rettigheter og strategier på egen hånd. Flere opplever at

fastleger ikke har tatt symptomene på alvor, og at byråkrati og lange ventetider har forsinket tilgangen til hjelp.

*«Det har vært null oppfølging og null informasjon. Jeg føler at man bare blir satt på medisiner, og så er det liksom det.»*

Informant med ADHD

Behandlerne bekrefter at tjenestene er under press, med dramatisk økning i henvisninger og store regionale forskjeller i praksis.

Videre opplever flere av våre informanter at det svikter i samhandlingen med Nav:

*“Det jeg har ønsket meg mest, er forståelse. At noen ser meg – ikke bare som et menneske, men for hva jeg faktisk har, og hvordan jeg kan bruke styrken i ADHD-en til noe positivt. For eksempel å gi meg muligheter.”*

Informant med ADHD om møtet med Nav og manglende forståelse

Informanter fra Nav peker på at etaten arbeider etter en generalistmodell, der alle saksbehandlere i hovedsak skal håndtere et bredt spekter av problemstillinger og lovverk i møte med brukerne. Denne organiseringen ser ut til å bidra til at personer med ADHD i mindre grad opplever å bli forstått, og at de ikke alltid får tiltak som bygger på deres styrker, men snarere kan forsterke utfordringene.

*“Jeg har søkt på jobber, og det går veldig på selvtilliten når man har ADHD. Ofte ender man med å kaste inn håndkleet, og så får man ikke hjelp fra det offentlige. Da sitter man og klør seg i hodet: Hvordan skal jeg klare dette?”*

Informant med ADHD

### **4.3 Økt press på helsetjenestene**

Helsetjenesten opplever en markant økning i antall henvisninger til utredning for ADHD. Mange av disse henvisningene gjelder personer med sammensatte utfordringer eller lavt symptomtrykk, noe som gjør utredningene tidkrevende og komplekse. Dette skaper et betydelig press på spesialisthelsetjenesten, der ressursene må fordeles mellom ADHD-utredninger og andre alvorlige psykiske lidelser. Flere behandlere løfter en sterk bekymring for at dette kan gå ut over tilbudet til individer med større behov, dersom utviklingen fortsetter. De peker på behovet for tydeligere nasjonale retningslinjer og for at fastleger og kommunale tjenester skal ha en tydeligere rolle i å gi informasjon og veiledning.

### 4.3.1 Kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten

Økningen i ADHD-diagnoser sammenfaller med at helsetjenestene står overfor betydelige kapasitetsutfordringer, blant annet som følge av eldrebølgen og mangel på helsepersonell. Flere pasienter med ADHD vil ha konsekvenser for tjenestene, fordi det krever økt oppfølging, behandling og ressurser i en allerede presset sektor (Aase, 2025).

Når en stadig større andel pasienter har behov for spesialisert hjelp, uten at kapasiteten øker tilsvarende, blir det nødvendig å organisere og spisse tilbudene (Hjerneteltet, 2025). Uten mer effektiv ressursbruk risikerer man økte ventetider, noe som kan føre til at mange ikke får tilstrekkelig oppfølging.

Det er gjennomført flere ulike omorganiseringer ved DPS rundt om i landet for å møte den økende etterspørselen. Informanter beskriver hvordan ulike prosjekter har vært prøvd ut, med mål om å effektivisere utredning og oppfølging av ADHD-pasienter. Et konkret eksempel er et pågående prosjekt ved Nidaros og Nidelv DPS (Anda, 2025), der utredning og dokumentasjon gjennomføres på én dag over 3,5 timer, inkludert skriving. Dette står i kontrast til den mer tradisjonelle prosessen som i snitt tok 6,5 timer fordelt over flere måneder, med gjentatte polikliniske kontakter og risiko for uteblivelse. Informantene fremhever at en slik organisering kan gi gevinster både for pasienter og behandlere, men peker samtidig på at dagens finansieringssystem belønner flere separate polikliniske kontakter fremfor en samlet utredning. Dermed blir slike endringer mindre lønnsomme for helseforetakene, selv om de kan bidra til bedre ressursutnyttelse og pasientforløp.

I driveranalysen avsnitt 3.3.3 beskriver behandlere i spesialisthelsetjenesten en tydelig sammenheng mellom ressurser og kompetanse i kommunale tilbud og kvaliteten på henvisninger til DPS. Henvisninger og oppfølging varierer sterkt mellom kommuner: der det finnes lavterskeltilbud og faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten, oppleves henvisningene som mer presise og pasientflyten bedre. I kommuner med svakere tilbud er henvisningene ofte av lav kvalitet, noe som øker presset på DPS. Flere behandlere peker også på at det mangler tydelige nasjonale føringer for kommunale tilbud rettet mot personer med konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker. Informantene mener at slike føringer kunne ha forebygget belastningen på DPS, både ved å redusere antallet henvisninger som ikke samsvarer med kriteriene og ved å gi pasienter et alternativ når de ikke får plass i spesialisthelsetjenesten. I dag opplever mange at DPS er eneste mulighet, noe som bidrar til frustrasjon og klager. Informantene peker på at dersom kommunene hadde hatt mer tilpassede lavterskeltilbud, kunne flere pasienter blitt sluset direkte inn i et passende tilbud og dermed fått hjelp tidligere og på riktig nivå. Dette kunne også hatt en forebyggende effekt ved å redusere risikoen for at symptomtrykket øker til et nivå som kvalifiserer for utredning i DPS. Vi har ikke snakket direkte med kommunene om dette, men vi gjengir her behandlernes fortellinger fra spesialisthelsetjenesten om hvordan manglende kommunale tilbud kan få konsekvenser for pasientflyt og belastning på spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidet med Nav trekkes frem som avgjørende for tilrettelegging i arbeid. Flere behandlere beskriver Nav, særlig jobbspesialister, som en uvurderlig samarbeidspartner for å hjelpe mennesker med

ADHD inn i eller tilbake til arbeid. Samtidig kan det økte behovet for individuelle tilpasninger stille krav til saksbehandlere og tiltaksansvarlige som dagens organisering gjør det vanskelig å møte. Resultatet blir ofte ineffektiv ressursbruk og gjentatte feilutprøvinger, som for pasientene kan innebære økt symptombyrde, manglende mestring og større subjektiv lidelse – noe som igjen øker behovet for bistand i spesialisthelsetjenesten.

En økning i ADHD-diagnoser kan også skape avvik mellom helsepolitiske forventninger og det faktiske tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Mens helsemyndighetene kan legge føringer og sette ambisiøse mål for utredning og behandling, er kapasiteten begrenset av ressursmangel. Denne ubalansen kan føre til at både pasienter og samfunnet opplever at tilbudet ikke samsvarer med forventningene, noe som kan svekke tilliten til både helsetjenestene og helsemyndighetene. Tillitsutfordringen gjelder ikke bare mellom befolkningen og tjenesteyterne, men også internt mellom de som gir politiske oppdrag og de som leverer helsetjenestene (Ørbæk, 2025).

### 4.3.2 Økt administrativ belastning, klagesaker og rettighetsforvaltning

Økningen i ADHD-diagnoser har også konsekvenser for helsetjenestens rolle i rettighetsforvaltningen. ADHD Norge beskriver at mange personer med ADHD opplever avslag på søknader om ytelser og tilrettelegging, selv når de har en formelt stilt diagnose (ADHD Norge, 2025). Dette fører til at flere klager på vedtak, og organisasjonen rapporterer om en økning i henvendelser knyttet til klageprosesser og rettighetsoppnåelse. Slike prosesser skaper usikkerhet for pasientene og øker behovet for dokumentasjon og oppfølging fra behandlere.

I tillegg rapporterer Psykologtidsskriftet at enkelte DPS-er, som Stavanger DPS, har registrert en markant økning i klagesaker på vurdering av rett til utredning for ADHD (Schaefer, 2025). Når kliniske vurderinger i større grad blir gjenstand for klagebehandling og juridisk prøving, øker behovet for dokumentasjon og administrativt arbeid. Dette legger ytterligere press på tjenestene og kan bidra til ulik praksis mellom behandlere og regioner.

Samlet illustrerer disse utviklingstrekkene hvordan spesialisthelsetjenesten i økende grad trekkes inn i komplekse vurderinger av rettigheter og ytelser. Dette påvirker både kapasitet, prioriteringer og faglig handlingsrom, og forsterker presset på en tjeneste som allerede er under belastning. Dette fenomenet er neppe unikt for ADHD-feltet eller psykiatrien, men kan delvis gjenspeile generelle utviklingstrekk i vårt moderne velferdssamfunn.

### 4.3.3 Fordeler for helsetjenesten ved riktig diagnose

Behandlerne understreker at når mennesker får en korrekt ADHD-diagnose, gir det flere fordeler:

- **Mer målrettet behandling:** Riktig diagnose gjør at medisiner og tilrettelegging kan settes inn tidlig, og reduserer behovet for gjentatte konsultasjoner og feilbehandling.

- **Bedre ressursbruk:** Når ADHD identifiseres som den underliggende årsaken, unngår man unødvendige utredninger og behandlinger for andre tilstander.
- **Forebygging av komorbiditet og komplikasjoner:** Tidlig og riktig diagnose kan sannsynligvis redusere risikoen for sekundære lidelser som depresjon, angst, rusproblemer, skader og ulykker, som kan ha store kostnader for helsevesenet.
- **Økt mestring og funksjon:** Personer som får riktig diagnose opplever bedre livskvalitet, noe som igjen kan redusere sykefravær og belastning på helsetjenesten.
- **Bedre samarbeid:** En tydelig diagnose gir enklere kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og Nav, og gjør tilrettelegging mer effektiv.

#### 4.3.4 Privat sektor som konsekvens av press på offentlig spesialisthelsetjeneste

Informanter beskriver hvordan presset på den offentlige helsetjenesten, med lange ventetider og avslag, bidrar til at privat sektor i økende grad spiller en rolle i diagnostiseringen av ADHD. Når kapasiteten i det offentlige ikke strekker til, oppsøker enkelte private aktører for utredning, og noen vender deretter tilbake til det offentlige for oppfølging.

Behandlere forteller at henvisninger og utredninger fra private aktører ikke alltid vurderes som tilstrekkelige, og at de derfor kan bli avvist eller kreve ny vurdering. Dette legger ytterligere beslag på kapasitet i det offentlige systemet.

Informantene uttrykker bekymring for at denne utviklingen kan bidra til et todelt helsevesen: de med økonomiske ressurser får raskere tilgang til utredning og behandling, mens andre må vente. Samtidig understreker flere at privat sektor kan være en viktig mulighet for personer som ellers ville stått lenge uten hjelp.

Det er viktig å presisere at disse erfaringene bygger på informantenes beskrivelser, og at vi ikke har systematiske data som viser omfanget av fenomenet. Vi diskuterer hvordan private tjenester som et alternativ for offentlige tjenestetilbud også kan være en driver for økende diagnosetall i rapporten, se kapittel 3.3.4.

### 4.4 Samfunnsøkonomiske kostnader

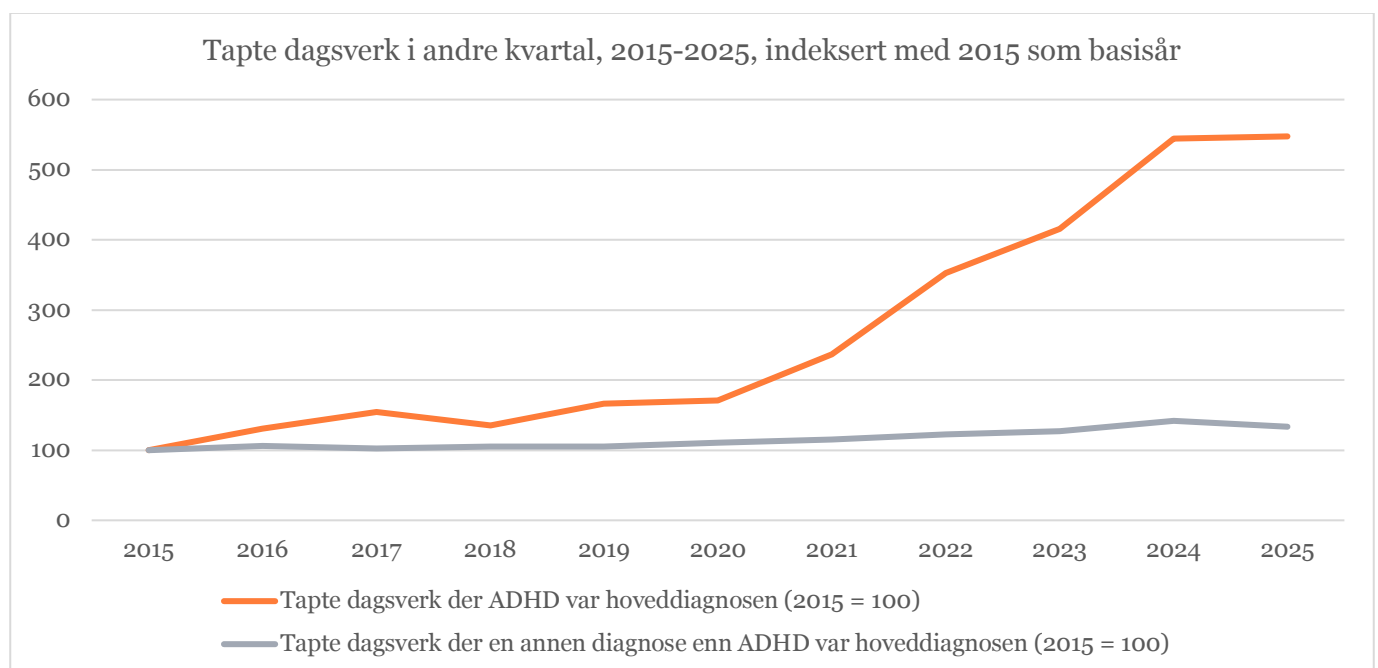
Studier av økonomiske konsekvenser viser at ADHD koster samfunnet flere hundre milliarder dollar hvert år på verdensbasis (Faraone et al, 2021). Samfunnsøkonomiske kostnader inkluderer områder som helsehjelp for ADHD-pasienter, utdanning (inkludert ekstraundervisning og utdanningssystemets ressurser), kostnader til sosiale tjenester for ADHD-pasienter og netto tap som følge av lavere inntekt og sysselsetting (Le et al, 2014; Jennum et al, 2020).

En dansk befolkningsstudie fant at de gjennomsnittlige årlige helsekostnadene for personer med ADHD og deres partnere var henholdsvis ca. 2 600 euro og 500 euro høyere enn kontrollgruppen. En større andel av personer med ADHD og deres partnere, sammenlignet med kontrollgruppen, mottok sosiale tjenester som sykepenge eller uførepensjon. Personer med ADHD hadde lavere inntekt fra arbeid enn kontrollene i tilsvarende perioder opptil fem år før den første ADHD-diagnosen. De ytterligere direkte og indirekte årlige kostnadene for personer i alderen 18 år eller eldre, inkludert overføringer knyttet til ADHD sammenlignet med kontrollene, var ca. 23 000 euro for personer med ADHD og 8 000 euro for deres partnere (Jennum et al, 2020).

*“Vi som jobber i offentlig psykisk helsevern må også forvalte hensynet til samfunnsøkonomisk nytte. Det betyr at vi kanskje må prioritere dem som er i ferd med å falle ut av jobb, fremfor personer som trolig aldri kommer i jobb. Dette er etiske beslutninger vi sitter med hver dag.”*

Behandler

I andre kvartal 2025 utgjorde sykefravær med ADHD som hoveddiagnose 0,44 prosent av det totale antallet sykefraværsdager, tilsvarende 33 989 tapte dagsverk (Nav, 2025). Dette representerer en betydelig økning over de siste ti årene. I andre kvartal 2015 var antallet tapte dagsverk med ADHD som hoveddiagnose 6 208, noe som innebærer en økning på 448 prosent. Til sammenligning økte antallet tapte dagsverk totalt i samme periode med 33 prosent.



**Figur 4-1: Tapte dagsverk i andre kvartal, 2015–2025, indeksert med 2015 som basisår** (Nav, 2025)

I november 2025 utgjorde personer med ADHD 5 588 mottakere, tilsvarende 3,29 prosent av alle mottakere av arbeidsavklaringspenge (Nav, 2025). I aldersgruppen 18–29 år var ADHD hoveddiagnose for 4,6 prosent av mottakerne av uføretrygd (Nav, 2025).

At vi observerer en økning i sykefravær og mottakere av arbeidsavklaringspenger der ADHD er registrert som hoveddiagnose kan være en naturlig konsekvens av at diagnostiseringen av ADHD har økt. Vi vet ikke om det samtidig betyr at gruppen har blitt sykere og mindre arbeidsfør, bare at de nå har diagnosen ADHD i Navs systemer.

En høyere andel av personer med ADHD går tidligere ut av utdanningssystemet (Biele, 2023). Flere informanter forteller om hvordan ADHD-symptomer har påvirket skolegang og studier, med frafall og opplevelse av å ikke mestre. Dette har konsekvenser for samfunnet i form av tapt kompetanse og lavere utdanningsnivå. Etter diagnose beskriver flere at de har fått bedre strategier og tilrettelegging, noe som har gjort det mulig å fullføre utdanning eller ta videre studier. Samfunnet kan dermed dra nytte av at flere får brukt sitt potensial.

De ulike informantene beskriver hvordan ADHD-symptomer kan føre til gjentatte sykmeldinger, redusert arbeidsevne og i noen tilfeller uføretrygd. Dette representerer en kostnad for arbeidslivet og samfunnet. Flere peker på at manglende diagnose eller sen behandling gjør at mennesker faller ut av arbeidslivet tidligere enn nødvendig. Samtidig fremheves at riktig diagnose og tilrettelegging kan ha motsatt effekt: personer som får støtte og behandling opplever økt stabilitet, mestring og produktivitet. Dette kan bidra til redusert sykefravær og bedre ressursutnyttelse i arbeidslivet. Behandling av ADHD er assosiert med lavere kriminalitet og ulykker. Utgiftene i kriminalomsorgen i Norge knyttet til ADHD er ikke kvantifisert, men dersom en kan forebygge bare noen få alvorlige kriminelle handlinger, kan besparelsene potensielt langt overgå kostnadene ved behandling.

## 4.5 Oppsummerende drøfting av konsekvenser

Økningen i ADHD-diagnoser blant voksne har et bredt spekter av konsekvenser for individer, helsetjenesten og samfunnet. Analysen viser at konsekvensene er sammensatte, med både positive og negative sider, og at de må forstås i lys av kapasitetsutfordringer, organisering og samfunnets forventninger.

**For individet** innebærer diagnosen både utfordringer og muligheter. Mange beskriver vedvarende funksjonsvansker, subjektiv lidelse, komorbiditet og risiko for utenforskap. Samtidig fremheves styrker som kreativitet, energi og evne til hyperfokus, og diagnosen gir økt selvforståelse og tilgang til behandling og tilrettelegging. Riktig diagnose kan forebygge sekundære lidelser, gi bedre livskvalitet og redusere sykefravær.

**For helsetjenesten** skaper økningen et betydelig press. Kapasitetsutfordringer gjør at DPS må håndtere flere henvisninger, ofte med varierende kvalitet. Manglende kommunale lavterskeltilbud bidrar til at DPS blir eneste mulighet for mange, noe som øker belastningen og kan føre til frustrasjon og klager. Samtidig viser erfaringer at riktig diagnose gir mer målrettet behandling, bedre ressursbruk og enklere samarbeid mellom aktører. Flere DPS har prøvd ut nye organisasjonsformer, som prosjektet ved Nidaros

og Nidelv DPS, der utredning gjennomføres på én dag fremfor gjentatte konsultasjoner. Slike tiltak kan gi gevinster, men dagens finansieringssystem belønner ikke alltid effektivisering.

**Systemiske konsekvenser** inkluderer fremveksten av privat sektor som supplement til offentlig diagnostisering. Dette kan gi raskere hjelp til noen, men også bidra til et todelt helsevesen. I tillegg kan ubalansen mellom helsepolitiske forventninger og faktisk kapasitet svekke tilliten til helsetjenestene.

**For samfunnet** innebærer økningen både kostnader og gevinster. ADHD er forbundet med høyere forekomst av komorbide lidelser, lavere utdanningsnivå, økt sykefravær og større risiko for ulykker, tidlig død, kriminalitet og uføretrygd, noe som gir samfunnsøkonomiske kostnader. Samtidig kan riktig diagnose og tilrettelegging bidra til redusert frafall i utdanning, økt deltakelse i arbeidslivet og bedre ressursutnyttelse. Nav trekkes frem som en sentral samarbeidspartner, men dagens organisering gjør det utfordrende å møte behovet for individuelle tilpasninger.

Samlet peker konsekvensanalysen på et misforhold mellom pasientenes forventninger og behov, helsetjenestens kapasitet og finansieringssystemets insentiver. Økningen i ADHD-diagnoser blant voksne gir både utfordringer og muligheter: den kan bidra til bedre livskvalitet og samfunnsdeltakelse, men krever samtidig tydeligere nasjonale føringer, styrking av kommunale tilbud og mer kunnskap om langtidseffekter av behandling.

## 5 Informantenes forslag til tiltak

I det følgende kapitlet presenteres ønsker fra våre informanter presentert i intervjuene. I tillegg løfter vi fram de tiltak som allerede er iverksatt ved flere DPS i delkapittel 5.5, til inspirasjon. PwC understreker at vi ikke har vurdert informantenes forslag og anbefalinger. Vi har ikke vurdert hvor egnet og kostnadseffektive de vil være for å møte utfordringene beskrevet tidligere. Innspillene bærer også til en viss grad preg av å komme fra ett perspektiv eller aktørgruppe, og andre aktører og perspektiver vil kunne være uenig i at dette er egnede eller riktige tiltak.

### 5.1 Retningslinjer og kriterier

- **Presisering av funksjonsfall/funksjonssvikt:** Informantene etterlyser tydeligere definisjoner i nasjonale retningslinjer for ADHD.
- **Avgrensing av målgruppen:** Dagens retningslinjer oppleves som for vide og favner for mange, noe som gir utydelighet og ulik praksis.
- **Inkluder behandlere som jobber i DPS i revidering av nasjonale retningslinjer for ADHD:** Dagens retningslinjer oppleves av flere behandlere i utvalget vårt som for preget av forskningsperspektivet og interesseorganisasjons-perspektivet, og for lite av det praktiske DPS-perspektivet.

## 5.2 Kommunale tilbud og lavterskeltilbud

- **Manglende lavterskeltilbud:** Informantene peker på at personer med konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker har få/ingen tilbud kommunalt, og sammenlikner denne gruppen med grupper med depresjon eller angst.
- **Store geografiske forskjeller:** Kvaliteten på henvisninger varierer sterkt mellom kommuner, avhengig av om lavterskeltilbud og faste samarbeidsmøter med DPS er etablert.

## 5.3 Nav og arbeidsliv

- **Generalistmodell:** Navs organisering gir stor variasjon i kunnskap hos saksbehandlere som møter personer med ADHD.
- **Tilrettelegging i arbeid:** Jobbspesialister trekkes frem som viktige, men ressursmangel og organisering gjør det vanskelig å møte behovene.
- **Fleksibilitet i karrierevalg:** Informantene beskriver at fokus på prestisjeyrker og høyere utdanning kan presse personer inn i utdannings- og jobblop som ikke passer deres styrker.
- **Tidlig kartlegging:** Forslag om å starte styrkekartlegging tidlig i skoleløpet for å hjelpe unge til å finne mestringsarenaer og yrker som passer bedre.

## 5.4 Kompetanse og faglig kvalitet

- **Økt kompetanse:** Behov for bedre kunnskap hos fastleger, psykologer og psykiatere om ADHD-diagnostikk og behandling.
- **Bedre anamneser:** Informantene understreker viktigheten av å fange opp utviklingshistorikk, utfordringer og mestringserfaringer tidlig.
- **Konsensus om vurdering:** Etterlyser tydeligere nasjonale føringer for hvordan funksjonsfall/funksjonssvikt skal vurderes i inntaksteam.

## 5.5 Tiltak utprøvd i helsetjenesten

- **Reorganisering:** DPS forsøker å tilpasse seg økt etterspørsel gjennom nye strukturer og prioriteringer. Dagens finansieringsmodell og insentivstruktur kan hindre innovative løsninger.
- **Psykoedukative kurs:** Tilbud som *Mestre din ADHD* og *PEGASUS* gir verktøy for eksekutive vansker, og flere steder er kursene digitalisert og skalert opp. Flere mener disse kan overføres til eller gjennomføres i samarbeid med kommunene.
- **Standardiserte avslagsbrev:** Noen DPS sender brev med felles informasjon og veiledning til pasient og fastlege, slik at de som ikke får diagnose likevel får støtte.
- **Kompetanseheving:** Intern undervisning for kollegaer, samt for fastleger, skal sikre bedre kvalitet i henvisninger og oppfølging.

- **Prioritering og triagering:** Strengere kriterier innføres enkelte steder for å sikre at de med størst behov prioriteres.

## 5.6 Oppsummering av informantenes forslag

Samlet viser informantenes forslag at utfordringene knytter seg både til systemnivå (retningslinjer, finansiering, kommunale tilbud) og til praksisnivå (kompetanse, organisering, tilrettelegging). Tiltakene peker mot et behov for tydeligere nasjonale føringer, styrking av kommunale lavterskeltilbud, bedre samhandling med Nav og arbeidslivet, og økt kompetanse i helsetjenesten.

Eksempelene fra DPS viser samtidig at det finnes rom for innovasjon og tilpasning innenfor dagens rammer. Flere informanter peker likevel på at dagens finansieringsmodell, og den insentivstrukturen som følger av den, i begrenset grad understøtter helhetlig utredning, diagnostikk og behandling av ADHD. Som informantene beskriver det, gir for eksempel samordnede utredningsløp der pasienten møter flere behandlere samme dag lavere økonomisk uttelling enn når pasienten møter én og én behandler på flere separate oppmøtedager. Dette kan gjøre det krevende å prioritere tidkrevende utredningsforløp og tverrfaglig arbeid, selv om slike arbeidsformer kan være bedre tilpasset pasientgruppen og bidra til mer effektiv utredning og behandling. Ifølge informantene vil mer hensiktsmessige insentiver kunne bidra til å realisere og skalere tiltak som allerede er utviklet lokalt.

## 6 Oppsummerende drøfting

Rapporten dokumenterer en markant økning i ADHD-diagnoser blant voksne det siste tiåret. Økningen kan forstås som et resultat av både endringer i symptomtrykk og en rekke drivere som bidrar til økt diagnostisering. ADHD fremstår som en kompleks og multifaktoriell tilstand, der samspillet mellom genetiske, miljømessige og sosiale faktorer gjør det vanskelig å isolere enkeltstående årsaker.

Driveranalysen viser at noen faktorer bidrar til at flere opplever symptomer, mens andre gjør at flere blir diagnostisert uten at symptomtrykket nødvendigvis har økt. Utvidede diagnosekriterier og økningen i ADHD blant barn og unge fremstår som sikre forklaringsfaktorer, mens andre drivere har et svakere forskningsbasert kunnskapsgrunnlag knyttet til seg, og litteraturstudien alene gir derfor ikke grunnlag for å isolere og rangere hvorvidt den ene eller andre driveren er mest sikker. Disse må derfor tolkes med større forsiktighet. Samtidig peker både litteraturen og informantene på at mange av samfunnsendringene det siste tiåret har økt kravene til folks eksekutive funksjoner, det vil si evne til å organisere, planlegge og koordinere seg selv og andre. Både behandlere og pasienter forteller i intervjuer og i spørreundersøkelsen at disse endringene har gjort det mer krevende å fungere godt for personer med ADHD-symptomer. Personer med ADHD-symptomer som tidligere fant mestringsstrategier og roller i arbeidslivet hvor de kunne fungere godt, opplever nå i større grad at de kommer til kort og kjenner på et reelt funksjonstap som følge av symptomene. Vi mener det fremstår som sannsynlig at dette også er med på å forsterke og forklare utviklingen vi ser i ADHD-diagnoser, selv om vi ikke har grunnlag til å peke ut og isolere nøyaktig hvilken endring som driver utviklingen.

Samlet peker analysen på at samfunnet både har blitt bedre til å gjenkjenne symptomer, samtidig som forståelsen av normal atferd er innsnevret og diagnosen for noen kan oppleves som attraktiv.

Konsekvensene av økningen er sammensatte. For individet kan diagnosen gi økt selvforståelse, tilgang til behandling og tilrettelegging, men også innebære stigma. Symptomene er i tillegg ofte forbundet med komorbiditet og risiko for utenforskap. For helsetjenesten skaper økningen et betydelig press, med kapasitetsutfordringer og risiko for ulik praksis, samtidig som riktig diagnose kan gi bedre ressursbruk og forebygge sekundære lidelser. For samfunnet innebærer økningen både kostnader i form av sykefravær, uføretrygd og lavere utdanningsnivå, men også gevinster dersom flere får brukt sitt potensial gjennom tilrettelegging i utdanning og arbeid.

Informantenes forslag til tiltak peker på behovet for tydeligere nasjonale retningslinjer; spesielt trekkes presisering av funksjonsfall fram. I tillegg ønskes det styrking av kommunale lavterskeltilbud, bedre samhandling med Nav og arbeidslivet, og økt kompetanse i helsetjenesten. Eksempler fra DPS viser at innovative løsninger kan gi gevinster, men at dagens finansieringsmodell ikke alltid belønner effektivisering.

Samlet gir rapporten Helsedirektoratet en helhetlig problembeskrivelse og et grunnlag for å vurdere virkemiddelbruk. Økningen i ADHD-diagnoser blant voksne kan ikke forstås som entydig positiv eller

negativ, men som et komplekst fenomen med både gevinster og kostnader. Den peker på et misforhold mellom pasientenes behov, helsetjenestens kapasitet og finansieringssystemets insentiver, og understreker behovet for videre forskning, tydeligere føringer og politiske prioriteringer.

Lignende observasjoner er beskrevet i andre land og for andre diagnoser (Pearson, 2025). I et høyt utviklet og rikt land er det liten aksept for å rasjonere tilgangen til helsetjenester eller andre velferdsgoder. Organiseringen og finansieringen av tilbudet til denne pasientgruppen er derfor ikke bare et medisinsk eller økonomisk spørsmål, men berører også temaer som verdisyn, menneskesyn og etiske avveininger.

## Kilder

- ADHD Norge. (2023, 10 04). *Rettigheter i arbeidslivet for deg som har ADHD*. Hentet fra ADHD Norge: <https://www.adhdnorge.no/artikkel/rettigheter-i-arbeidslivet-for-deg-som-har-adhd>
- ADHD Norge. (2025). *Vant rettssak om retten til ung ufør*. Hentet fra adhdnorge.no: <https://www.adhdnorge.no/artikkel/vant-rettssak-om-retten-til-ung-ufor>
- ADHD.no. (2025). *Alt om ADHD, utredning, symptomer og behandling – ADHD.no*. Hentet fra <https://adhd.no/>
- Akmatov et al. (2018). *Trends and regional variations in the administrative prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in Germany*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30451896/>
- Aleris. (2025). *Her finner du oss*. Hentet fra aleris.no: <https://www.aleris.no/her-finner-du-oss/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR*.
- Anda, L. K. (2025, 10 23). *Nidelv DPS og Nidaros DPS sammen om ny ADHD-utredning*. Hentet fra St. Olavs Hospital: <https://www.stolav.no/nyheter/2025/sammen-om-ny-adhd-utredning/>
- Apotekforeningen. (2025). *Legemiddelstatistikk*. Hentet fra apotek.no: <https://www.apotek.no/tall-og-fakta/legemiddelstatistikk>
- Arendalsuka. (2025). *Privat utredet ADHD-diagnose: Ikke god nok for det offentlige?* Hentet fra arendalsuka.no: <https://www.arendalsuka.no/programsoek/details/13535>
- Auro et al. (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 et al. (2022). *Relative Age and Psychotropic Drug Use in Preterm and Term-Born Children and Young Adults*. *Pediatrics*.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 4th ed.* 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*. *European Consortium for Sociological Research*, 14.
- Biele, G. (2023). *ADHD: Trender i forekomst og betydning for skoleutfall*. Hentet fra FHI.
- Bierud et al. (2024). *Lite søvn går ut over livskvaliteten: - Mange sover i timene*. Hentet fra <https://www.nrk.no/sorlandet/sovnproblemer-blant-norske-ungdommer-pavirker-livskvaliteten-1.17012265>
- Blume, S. (2023). *Embracing an ADHD Identity*. Hentet fra Psychology Today: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/a-means-of-ingress/202312/embracing-an-adhd-identity>

- Bogdańska-Chomczyk et al. (2025). *ADHD in Adulthood: Clinical Presentation, Comorbidities, and Treatment Perspectives*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41303501/>
- Bruknapp, R. (2023). *Overstimulert? den nye normal tilstanden*. Hentet fra New Baseline: <https://www.newbaseline.no/blog/overstimulert-den-nye-normal-tilstanden/>
- Bråten et al. (2023). *Økt bruk av psykiske diagnoser for unge*. Hentet fra Psykologtidsskriftet: <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as03ae-Okt-bruk-av-psykiske-diagnoser-for-unge>
- Bufdir. (2025). *Ungdom og psykiske vansker*. Hentet fra bufdir.no: <https://www.bufdir.no/foreldrehverdag/ungdom/utvikling-selvfolelse-og-kommunikasjon/ungdom-og-psykiske-vansker>
- CDC. (2022). *DSM-5 criteria for ADHD*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/adhd/diagnosis/index.html>
- CDC. (2024, 10 8). *ADHD in Adults: An Overview*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/adhd/articles/adhd-across-the-lifetime.html>
- CDC. (2024). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Treatment, and Telehealth Use in Adults – National Center for Health Statistics Rapid Surveys System, United States, October–November 2023*. Hentet fra cdc.gov: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7340a1.htm>
- CDC. (2024, 10 3). *Diagnosing ADHD*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/adhd/diagnosis/index.html>
- Collett, L. G. (2025, Juni 16). ADHD Norge - for mennesker med ADHD, deres foresatte og familier. ADHD Norge.
- Cortese et al. (2022). *Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40948064/>
- Cortese et al. (2025). *Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40948064/>
- Daud, A., & Rydelius, P. A. (2009, 09). *Comorbidity/overlapping between ADHD and PTSD in relation to IQ among children of traumatized/non-traumatized parents*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19395643/>
- de Pablo et al. (2025). *Occurrence of Psychosis and Bipolar Disorder in Individuals With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treated With Stimulants*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40900605/>
- de Vries et al. (2025). *Exploring concept creep: Youth's portrayal of ADHD on TikTok*. Hentet fra SSM - Mental Health: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266656032500101X>
- Department of Health & Human Services. (2015). Hentet fra [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/appletter/2015/202802Orig1s000TAltr.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/appletter/2015/202802Orig1s000TAltr.pdf)
- Direktoratet for medisinske produkter. (2024). *Reklame for legemidler til mennesker*. Hentet fra dmp.no: <https://www.dmp.no/tilvirkning-import-og-salg/reklame-for-legemidler/generelt-om-reklameregelverket>

- DMP. (2023). *Reklame for legemidler til mennesker*. Hentet fra <https://www.dmp.no/tilvirkning-import-og-salg/reklame-for-legemidler/generelt-om-reklameregelverket>
- Epstein et al. (2013). *Changes in the Definition of ADHD in DSM-5: Subtle but Important*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24644516/>
- Faraone et al. (2021). *The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33549739/>: National Library of Medicine.
- Faraone et al. (2022). *From Structural Disparities to Neuropharmacology: A Review of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication Treatment*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35697389/>
- Farchakh et al. (2022). *Association Between Problematic Social Media Use and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Sample of Lebanese Adults*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35213943/>
- 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): <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): <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): <https://www.fhi.no/publ/2025/hjemmeforhold-og-familiekonflikt>
- FHI. (2025). *Stadig flere barn og unge får ADHD- og autismediagnoser*. Hentet fra [fhi.no](https://www.fhi.no): <https://www.fhi.no/nyheter/2025/stadig-flere-barn-og-unge-far-adhd--og-autismediagnoser>
- Folkehelseinstituttet. (2025). *Legemiddelstatistikk*. Hentet fra [fhi.no](https://www.fhi.no): <https://www.fhi.no/he/legemiddelregisteret/ledemiddelstatistikk/#annen-statistikk-basert-p-data-fra-legemiddel-reseptregisteret>
- Ford, J. D., & Connor, D. F. (2009, 05 10). ADHD and posttraumatic stress disorder. *Curr Atten Disord Rep* 1, ss. 60-66.
- Google Patents. (2025). *Abuse resistant amphetamine compounds*. Hentet fra [patents.google.com](https://patents.google.com): <https://patents.google.com/patent/EP1644019B1/en>
- 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): <https://news.westernu.ca/2023/05/study-finds-how-covid-19-disrupted-lives-of-families-with-kids-who-have-adhd>
- Groufh-Jacobsen et al. (2023). Food literacy and diet quality in young vegans, lacto-ovo vegetarians, pescatarians, flexitarians and omnivores. *Public Health Nutrition*, 3051-3061.
- Hannås, B. M., & Weidle, B. (2025). *ADHD*. Hentet fra [sml.snl.no](https://sml.snl.no): <https://sml.snl.no/ADHD>

- Hansen et al. (2023). *Developmental disorders among Norwegian-born children with immigrant parents*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36609392/>
- Hare et al. (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/>
- Hasan, K. (2024). *Digital multitasking and hyperactivity: unveiling the hidden costs to brain health*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39525791/>
- Helse Stavanger. (2025). *Oppmerksomhetsvansker og uro*. Hentet fra [helse-stavanger.no](https://www.helse-stavanger.no): <https://www.helse-stavanger.no/barn-og-unges-helsetjeneste/oppmerksomhetsvansker-og-uro>
- Helseatlas. (2025). *Psykisk helsevern for barn og unge*. Hentet fra <https://apps.skde.no/helseatlas/v2/bup/>
- Helseatlas. (2025). *Psykisk helsevern for barn og unge - ADHD*. Hentet fra [apps.skde.no](https://apps.skde.no): <https://apps.skde.no/helseatlas/v2/bup#adhd>
- Helsebiblioteket. (2022). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging*. Hentet fra [Helsebiblioteket.no](https://www.helsebiblioteket.no): <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-faglige-retningslinjer/adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse--nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging>
- Helsebiblioteket. (2022). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging*. Hentet fra [helsebiblioteket.no](https://www.helsebiblioteket.no): <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-faglige-retningslinjer/adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse--nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging>
- Helsebiblioteket. (2024). *Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no>: <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>: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/okonomiske-ytelser/legemiddelinformasjon-refusjon-over-bla-resept>
- Helsedirektoratet. (2021). *Kriterier fra DSM-5 bør brukes i diagnostisering av ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse, selv om det skal kodes etter ICD-10*. Hentet fra [Helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no): <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/henvisning-utredning-og-tilbakemelding/kriterier-fra-dsm-5-bor-brukes-i-diagnostisering-av-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse-selv-om-det-skal-kodes-etter-icd-10>
- Helsedirektoratet. (2021). *Kriterier fra DSM-5 bør brukes i diagnostisering av ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse, selv om det skal kodes etter ICD-10*. Hentet fra [helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no): <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/henvisning-utredning-og-tilbakemelding/kriterier-fra-dsm-5-bor-brukes-i-diagnostisering-av-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse-selv-om-det-skal-kodes-etter-icd-10>
- Helsedirektoratet. (2022). *ADHD - Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra [helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no): <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- Helsedirektoratet. (2022). *ADHD Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>

- Helsedirektoratet. (2022, 4 1). *Legemiddelbehandling av ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/behandling-og-oppfolging-av-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse/legemiddelbehandling-av-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse#dersom-det-er-indikasjon-for-utproving-av-legemiddelbehandling-ved-adhd-hyperkinetisk>
- Helsedirektoratet. (2022). *Psykiske lidelser - barn og unge 4.1.1. Utredningskomponenter*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/utredning-i-spesialisthelsetjenesten/adhd-og-andre-nevroutviklingsforstyrrelser/utredningskomponenter#kartlegging-av-utviklingshistorie>
- Helsedirektoratet. (2024). *Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne*. Hentet fra Helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-voksne#tilstander-for-psykisk-helsevern-for-voksne-adhd-alvorlige-symptomer-og-nedsatt-funksjon>
- Helsedirektoratet. (2024, 12 5). *Utviklingen i norsk kosthold 2024*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold-2024>
- Helsedirektoratet. (2025). Data på antall ADHD-pasienter i spesialisthelsetjenesten - Dataene ble mottatt via e-post fra Helsedirektoratet 24. november 2025.
- Helsedirektoratet. (2025). *ADHD*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/psykisk-helse-rus-og-avhengighet/adhd>
- Helsedirektoratet. (2025, 8 19). *Halvparten av voksne følger råd om fysisk aktivitet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/halvparten-av-voksne-folger-rad-om-fysisk-aktivitet>
- 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>
- Helsenorge. (2025). *Retten til ny vurdering*. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/rettigheter/sykehus-og-spesialist/rett-til-ny-vurdering/>
- Heslin et al. (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/>
- Hetland et al. (2024). *Ny rapport: Unge menn løfter kostholdet vekk frå staten sine råd*. Hentet fra [https://www.nrk.no/norge/ny-rapport\\_-unge-spiser-meir-kjott\\_-trener-meir\\_-men-droppar-grovbrod-og-fisk-1.17106615](https://www.nrk.no/norge/ny-rapport_-unge-spiser-meir-kjott_-trener-meir_-men-droppar-grovbrod-og-fisk-1.17106615)
- Hjerneteltet. (2025). *Arendalsuka*.
- Hollingdale et al. (2021). *Impact of COVID-19 for people living and working with ADHD: A brief review of the literature*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34786421/>
- Holm Løwgren, R. &. (2019, 07 01). ADHD og traumer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 504-513.
- Haavik, J. (2025). Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA).

- Haavik, J. (2025, 6 16). Utviklingen innen diagnostikk og forståelse av ADHD frem til i dag. Department of Biomedicine.
- ICD. (2022). *6A05 Attention deficit hyperactivity disorder*. Hentet fra <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#821852937>
- Jennum et al. (2020). *Welfare consequences for people diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder ADHD): A matched nationwide study in Denmark*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32682821/>
- Karasavva et al. (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 et al. (2022). Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis With Adolescent Quality of Life. *National Library of Medicine*.
- Kessler, R. C., Adler, L., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., . . . Walters, E. E. (2005, 02). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*, ss. 245-256.
- Kooij, J. S. (2025). New developments and potential future research directions in adult ADHD. *Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 381-382.
- Koutsoklenis et al. (2023). ADHD in the DSM-5-TR: What has changed and what has not. *National Library of Medicine*.
- Kunnskapsdepartementet. (2019). *NOU 2019:3 Nye sjanser - bedre læring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-3/id2627718/?ch=4>
- Køhn, K. (2025, Juni 16). Hva vet vi om effekten av tiltak ved ADHD? Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst of sør.
- Langeland et al. (2025). *Uønsket variasjon – ønsket endring*. Hentet fra Tidsskriftet: <https://tidsskriftet.no/2025/06/kronikk/uonsket-variasjon-onsket-endring>
- Larsen, B. M. (2025, September 04). Pågående tiltak ADHD.
- Larsen, L. (2025, April 8). *Dette er de mest populære sosiale mediene*. Hentet fra SSB: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/tids-og-medi bruk/statistikk/norsk-mediabarometer/artikler/dette-er-de-mest-populaere-sosiale-mediene>
- Le et al. (2014). *Economics impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24166532/>
- Lein, M. (2015). - *Skulle ønske at jeg hadde fått ADHD-diagnosen tidligere*. Hentet fra nhi.no: <https://nhi.no/a-leve-med/adhd-a-leve-med/all>
- Likestillings- og diskrimineringsombudet. (2025). *Tilrettelegging for funksjonsnedsettelse på jobb*. Hentet fra ldo.no: <https://ldo.no/diskriminerings situasjoner/tilrettelegging-for-funksjonsnedsettelse-pa-jobb/>

- 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/>
- Lovdata. (2022). *Forskrift om rekvirering av forbudt narkotikum og bestemte legemidler til humanmedisinsk bruk*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-09-22-1630>
- Lovdata. (2025). *Lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven)*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2024-03-08-9/KAPITTEL\\_10#%C2%A710-5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2024-03-08-9/KAPITTEL_10#%C2%A710-5)
- Lund, L. K. (2025, Juni 16). NBUPF Presentasjon. NTNU.
- 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>
- Lundh et al. (2017). *Industry sponsorship and research outcome*. Hentet fra Cochrane Library: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.MR000033.pub3/full>
- Lyhmann et al. (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>
- Løwgren, R. H., & Evensen, K. L. (2019, 07 01). ADHD og traumer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 504-513.
- Lånekassen. (2025). *Lånekassen.no*. Hentet fra Nedsatt funksjonsevne: <https://lanekassen.no/nb-NO/stipend-og-lan/nedsatt-funksjonsevne/>
- Madore et al. (2020). *Memory failure predicted by attention lapsing and media multitasking*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33116309/>
- Mandahl, K. (2025). ADHD Norge og Helsedirektoratets fagmøte om ADHD. (s. 16). ADHD Norge.
- Mandelid, L. J. (2025). *Diagnosen som sosial felle eller tilfluktsrom fra livet*. Hentet fra dialog.no: <https://dialog.seprep.no/diagnosen-som-sosial-felle-eller-tilfluktsrom-fra-livet>
- Mark, G. (2025). *Attention Span*.
- Mazza, M. M. (2025). *Hvor mange har mastergrad i Norge?* SSB.
- Mehren et al. (2020). *Physical exercise in attention deficit hyperactivity disorder – evidence and implications for the treatment of borderline personality disorder*. Hentet fra Springer Nature Link: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40479-019-0115-2>
- Metodebok. (2023, 12 20). *Rekkefølge i medikamentvalg ved behandling av ADHD*. Hentet fra [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))

- Metodebok. (2023). *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))
- Meyer, H. E. (2023). *Overvekt og fedme i Noreg*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Mjølstad, B. P. (2025). *Normalitet under press - refleksjoner fra en allmennlege*.
- Nav. (2018). *Arbeidssøkere med ADHD - Veiledning for støttespillere i NAV*. Nav.
- Nav. (2023). *Arbeidssøkere med Asperger syndrom - Veiledning for støttespillere i NAV*. Nav.
- Nav. (2023). *NAV's omverdensanalyse 2023–2035*. Hentet fra data.nav.no: <https://data.nav.no/fortelling/omverdensanalyse/kapitler/Arbeidsmarkedet.html>
- Nav. (2025). Data på antall tapte dagsverk per år - Dataene ble mottatt via e-post fra Nav 28. oktober 2025.
- Nav. (2025). *Diagnoser uføretrygd*. Hentet fra nav.no: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>
- 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/>
- Nav. (2025). *Mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP)*. Hentet fra nav.no: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/arbeidsavklaringspenger>
- Nav. (2025, 11 6). *Tilrettelegging på arbeidsplassen for arbeidstakere med ADHD*. Hentet fra Kunnskapsbanken: <https://www.kunnskapsbanken.net/kognisjon/arbeidssokere-med-adhd/tilrettelegging-pa-arbeidsplassen-for-arbeidstakere-med-adhd/>
- NHI. (2018). *Aduvanz (lisdeksamfetamin) har fått refusjon til behandling av ADHD hos voksne*. Hentet fra nhi.no: <https://nhi.no/for-helsepersonell/nytt-om-legemidler/arkiv-lmv-2017/aduванz-lisdeksamfetamin-har-fatt-refusjon-til-behandling-av-adhd-hos-voksne>
- 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 forening for allmennmedisin. (2025). *Privat utredet ADHD-diagnose: Ikke god nok for det offentlige?* Hentet fra legeföreningen.no: <https://www.legeföreningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/nyheter2/2025/privat-utredet-adhd-diagnose-ikke-god-nok-for-det-offentlige>

- NOU 2021:2. (u.d.). *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring - Tiltak for økt sysselsetting*. Regjeringen.no.
- NOU 2024:20. (u.d.). *Det digitale (i) livet*. Kunnskapsdepartementet.
- NRK. (2025, August 05). Blir norsk ungdom psykere?
- NTNU. (2025). *Tilrettelegging for studenter*. Hentet fra <https://i.ntnu.no/tilrettelegging>
- Oftedahl et al. (2023). *Maja brukte sparepengene på ADHD-diagnosen*. Hentet fra nrk.no: <https://www.nrk.no/rogaland/maja-brukte-sparepengene-pa-adhd-diagnosen--men-fikk-ikke-hjelp-av-det-offentlige-helsevesenet-1.16410027>
- 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/>
- Opsahl, T. (2025). *Når prioritering av ADHD-utredning blir ekskludering*. Hentet fra Psykologtidsskriftet.no: <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as03ae-N-r-prioritering-av-ADHD-utredning-blir-ekskludering>
- Perez et al. (2025). Long-term effect of pharmacological treatment on academic achievement of Norwegian children diagnosed with ADHD: a target trial emulation. *International Journal of Epidemiology*.
- Psykiater. (2024). *ADHD og sosiale relasjoner*. Hentet fra <https://psykiater.no/adhd-og-sosiale-relasjoner/>
- Ra et al. (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. (2025). *Tiltakshåndboka*. Hentet fra ADHD: <https://tiltakshandboka.no/tilstander/adhd>
- Regjeringen. (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/>
- Reigstad, B., & Kvernmo, S. (2015, 04 04). ADHD - Eller noe annet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 302-311.
- Reseptregisteret . (2021). *Statistikk fra Reseptregisteret*. Hentet fra reseptregisteret.no: <https://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
- Sanders et al. (2019). A review of changes to the attention deficit/hyperactivity disorder age of onset criterion using the checklist for modifying disease definitions. *National Library of Medicine*.
- Sandven et al. (2024). *ADHD-medisineren 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-medisineren-har-sklidd-helt-ut>
- Schaefer, G. (2025, 03 03). Vurdering av rett til utredning av ADHD i en allmennpsykiatrisk poliklinikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 138-141. Hentet fra Vurdering av rett til utredning av ADHD i en allmennpsykiatrisk poliklinikk.

- Schrios et al. (2025). *Misinformation mayhem: the effects of TikTok content on ADHD knowledge, stigma, and treatment-seeking intentions*. Hentet fra National Library of Medicine: <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.
- Shanghai Archives of Psychiatry. (2025). *ICD-11 vs DSM-5-TR: How Physicians Diagnose ADHD Today*. Hentet fra shanghaiarchivesofpsychiatry.org: <https://shanghaiarchivesofpsychiatry.org/icd-11-vs-dsm-5-tr-how-physicians-diagnose-adhd-today>
- Sibley, M. H., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Hechtman, L. T., Kennedy, T. M., Owens, E., . . . Rohde, L. A. (2022, Feb). MTA Cooperative Group. Variable Patterns of Remission From ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. *Am J Psychiatry*, ss. 142-151. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21010032.
- Sivertsen, B. (2023, 1 20). *Søvnvansker i Norge*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/#om-svn-og-svnvansker>
- Skalicka et al. (2019). Screen time and the development of emotion understanding from age 4 to age 8: A community study. *Br J Dev Psychol*, 427-443.
- 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 et al. (2022). Attention-deficit/hyperactivity disorder persistence from childhood into young adult age: a 10-year longitudinal study. *Cognitive Neuropsychiatry*.
- Skrove et al. (2021). *Konsekvenser av covid-19 for tjenestetilbudet blant sårbare barn og unge*. NTNU Institutt for sosialt arbeid.
- Solberg et al. (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 National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38142720/>
- Solberg, B. S. (2020). *Attention-deficit/hyperactivity disorder; sex differences in psychiatric comorbidity and transgenerational recurrence risks*. Universitetet i Bergen.
- Sriwaranun et al. (2023). The Relationship Between Screen Time and Symptom Severity in Children with ADHD during COVID-19 Lockdown. *National Library of Medicine*.
- SSB. (2025). *11422: Månedslønn, etter region, statistikkvariabel, år og statistikk mål*. Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/statbank/table/11422/tableViewLayout1/>
- SSB. (2025). *Befolkningens utdanningsnivå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva>
- SSB. (2025). *Bruk av IKT i husholdningene*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/06998/tableViewLayout1/>
- SSB. (2025). *Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre*. Hentet fra Statistikkbanken: <https://www.ssb.no/statbank/table/09817/tableViewLayout1/>

- SSB. (2025). *Statistikkbanken - Befolkning*. Hentet fra [ssb.no](https://www.ssb.no/statbank/table/11342/):  
<https://www.ssb.no/statbank/table/11342/>
- SSB. (2025). *Studenter i universitets- og høyskoleutdanning*. SSB.
- St. Olavs hospital. (2025). *Rettigheter og muligheter*. Hentet fra [stolav.no](https://stolav.no).
- St. Olavs hospital. (2025). *Rettigheter og muligheter*. Hentet fra [stolav.no](https://stolav.no).
- Staff, A. (2015). *Bias*. Hentet fra [forskningsetikk.no](https://www.forskningsetikk.no):  
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias>
- Staff, A. (2015). *Bias*. Hentet fra De nasjonale forskningsetiske komiteene:  
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Starck et al. (2016). *Occurrence of ADHD in parents of ADHD children in a clinical sample*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4780663/>
- Statped. (2025). *Å regulere oppmerksomhet og atferd*. Hentet fra [statped.no](https://www.statped.no):  
<https://www.statped.no/tiltak-og-tilrettelegging/nevroutviklingsforstyrrelser/tiltak-for-barn-og-elever-som-sliter-med-a-regulere-oppmerksomhet-og-atferd/>
- Stenseng et al. (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>
- Surèn et.al. (2013). *Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge*. Hentet fra [tidsskriftet.no](https://tidsskriftet.no):  
<https://tidsskriftet.no/2013/10/originalartikkel/fylkesvise-forskjeller-i-registrert-forekomst-av-autisme-adhd-epilepsi-og>
- Svedell et al. (2025). *Physical exercise as add-on treatment in adults with ADHD - the START study: a randomized controlled trial*. Hentet fra National Library of Medicine:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41244864/>
- Sørensen, L. (2025). *ADHD i Norge: Faglige perspektiver fra Norsk Psykologforening*. UiB.
- Thorell et al. (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/>
- Thorell et al. (2025). *Problematic Social Media use in Individuals with ADHD: Associations with Screen Time, Motives, Content, and Psychosocial Functioning*. Hentet fra Springer Nature Link:  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-025-01582-3>
- Tiltakshåndboka. (2025). *Utredning av ADHD*. Hentet fra [tiltakshåndboka.no](https://tiltakshandboka.no):  
<https://tiltakshandboka.no/tilstander/adhd/utredning-av-adhd>
- Torgersen, E. (2025). *Utvikler bedre verktøy for å fange opp voksne med ADHD*. forskning.no.
- UiO. (2025). *Tilrettelegging og permisjon*. Hentet fra <https://www.uio.no/studier/tilrettelegging-permisjon/>

- Utdanningsdirektoratet. (2021). *Hvordan preget koronapandemien barnehager, skoler og fagopplæring i 2020–21?* Hentet fra [udir.no: https://www.udir.no/tall-og-forskning/publikasjoner/utdanningspeilet/utdanningspeilet-2021/koronapandemien](https://www.udir.no/tall-og-forskning/publikasjoner/utdanningsspeilet/utdanningspeilet-2021/koronapandemien)
- Utdanningsdirektoratet. (2024). *ADHD*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/spesialpedagogikk/spesialpedagogiske-fagomrader/adhd/#a212714>
- Utdanningsdirektoratet. (2025). *Læreplanverket*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/>
- Vedøy et al. (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>
- Volvat. (2025). *Våre sentre*. Hentet fra [volvat.no: https://www.volvat.no/lokasjoner/oslo/](https://www.volvat.no/lokasjoner/oslo/)
- WADA. (2025, 12 2). *TUE Physician Guidelines - ADHD*. Hentet fra <https://www.wada-ama.org/en/resources/therapeutic-use-exemption/tue-physician-guidelines-adhd#resource-download>
- Wallace et al. (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>
- Watzl, S. (2025). *ADHD: The Broader Societal Context*. UiO.
- Whitebread et al. (2012). *The importance of play*. University of Cambridge.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Hentet fra <https://icd.who.int/en/>
- Xianfeng et al. (2021). *Mental Health and the Role of Physical Activity During the COVID-19 Pandemic*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34744938/>
- Zemer et al. (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 National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39053214/>
- Zhang et al. (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 et al. (2025). *ADHD drug treatment and risk of suicidal behaviours, substance misuse, accidental injuries, transport accidents, and criminality: emulation of target trials*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40803836/>
- Øen, K. (2025). *Økt forekomst av ADHD - et spesialpedagogisk perspektiv*. (s. 7). NLA Høgskolen.
- Ørbæk, M. (2025). *Nasjonalt fagmøte om ADHD*.
- Ørstavik et al. (2016). *ADHD i Norge - En statusrapport*. Hentet fra FHI: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd\\_i\\_norge.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf)

Aas, I. (2025). *Helsedirektoratets fagmøte om ADHD*. Direktoratet for medisinske produkter.

Aase et al. (2025). *Tidstrender i ADHD-diagnoser blant unge i Norge*. FHI.

Aase et al. (2025). *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/>

Aase, H. (2025). *Tidstrender i ADHD-diagnoser blant unge i Norge*. FHI.

## **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.