

RAPPORT

2025

Temautgave av Folkehelserapporten 2025

Barn og unges psykiske helse

Temautgave av Folkehelserapporten 2025

Barn og unges psykiske helse



Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for folkehelse og forebygging

Mai 2025

Tittel:

Temautgave av Folkehelse rapporten 2025: Barn og unges psykiske helse

Forfatter(e):

Se forfatterinformasjon under hvert enkelt kapittel. Liste over forfattere i alfabetisk rekkefølge:

Maria Lyster Andersen, Lasse Bang, Guido Biele, Knut Jørgen Bjuland, Hanne Nissen Bjørnsen, Marit Müller de Bortoli, Alexandra Havdahl, Marte Morken Høyland, Marit Knapstad, Tonje Lervold, Marit Dromnes Manvik, Johanne Hagen Pettersen, Bjørn-Atle Reme, Helene Saksvik Ringås, Alejandra Martinez Sanchez, Martin Scheiene, Børge Sivertsen, Jens Christoffer Skogen, Robert Smith, Øystein Vedaa, Jonathan Wörn, Heidi Aase.

Redaksjon: Hilde Marie Tvedten og Lasse Bang

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-508-3

Forord

I kjølvannet av en økende bekymring for barn og unges psykiske helse, er det viktig å utvide vår forståelse av utfordringene. Denne rapporten, som er en temautgave av Folkehelse rapporten, søker å gi mer innsikt i noen av de viktigste utfordringene for barn og unges psykiske helse i dag og i framtida. I rapporten vurderer vi eksisterende forskning og presenterer nye analyser, og belyser sosial ulikhet i psykisk helse og betydningen av helsefremmende arbeid.

Folkehelseinstituttet (FHI) har et særlig ansvar for å løfte problemstillinger knyttet til temaet barn og unges psykiske helse gjennom vårt samordningsansvar for kunnskap om psykisk helse i Norge. I vårt arbeid med denne rapporten har FHIs koordinerende rolle innen psykisk helse vært til stor nytte, blant annet gjennom verdifulle innspill og kvalitetssikring fra vårt faglige nettverk. Vi takker de som har bidratt med innspill, tilbakemeldinger og fagfelle vurdering i arbeidet med rapporten.

Vi håper denne rapporten bidrar med kunnskap som bygger opp arbeidet med å forbedre den psykiske helsen hos barn og unge i Norge.

Oslo, mai 2025

Dagfinn Mørkrid Thøgersen

Direktør for område for folkehelse og forebygging

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	5
1 Innledning til rapporten	6
2 Mulige årsaker til økningen i psykiske plager hos barn og unge	11
3 Tidstrender i forekomst av autismediagnoser	28
4 Tidstrender i ADHD-diagnoser i Norge	44
5 Sosial ulikhet i psykisk helse hos barn og unge	58
6 Tidlig innsats for å forebygge psykisk uhelse: Helsestasjons- og skolehelsetjenestens bidrag	67
7 Veien videre: Kunnskapsbehov og tjenesteutvikling	77
Vedlegg 1: Metodebeskrivelse til kapittel 3	82
Vedlegg 2: Metodebeskrivelse til kapittel 4	85

Sammendrag

I denne temautgaven av Folkehelse rapporten løfter Folkehelseinstituttet (FHI) noen sentrale utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse.

Selvrapporterte psykiske plager blant unge har økt de siste tiårene, spesielt blant tenåringsjenter og unge kvinner. Økningen skyldes et komplekst samspill av flere faktorer, og vi mangler kunnskap om det samlede årsaksbildet. Blant de enkeltfaktorene som er vurdert i denne rapporten fremstår ensomhet, skolerelatert stress, og søvnvansker som sannsynlige bidragsyttere til økningen i psykiske plager blant barn og unge.

Rapporten synliggjør også to andre sentrale utviklingstrekk: en økning i autisme- og ADHD-diagnoser. For autismediagnoser har økningen vært relativt gradvis gjennom de siste ti årene, og har særlig økt blant jenter og barn under skolealder. For ADHD-diagnoser har det vært en kraftig økning etter 2020, spesielt blant ungdomsjenter og unge kvinner. Det er betydelige fylkesvise variasjoner i andelen barn og unge som har disse diagnosene, noe som kan skyldes geografiske forskjeller i henvisningspraksis og hjelpesøkingssatferd.

Barn og unge av foreldre med lavere inntekt eller utdanning har høyere risiko for psykiske plager og lidelser. Også for nevroutviklingsdiagnoser som ADHD og autisme er det betydelige forskjeller når man sammenligner barn av foreldre med lavest og høyest inntekt, hvor diagnosene er vanligere blant barn med foreldre med lav inntekt. Denne forskjellen ser ut til å øke for autismediagnoser. Analysene av ADHD- og autismediagnoser viser at det er betydelige forskjeller mellom barn av innvandrere og barn av norskfødte foreldre, men disse forskjellene slår ulikt ut. Økningen i barneautisme er størst blant barn med foreldre født i Afrika og Asia. For ADHD er forekomsten samtidig betydelig lavere blant barn i disse gruppene.

Tidlige forebyggende og helsefremmende tiltak er viktige i arbeidet med å bedre barn og unges psykiske helse, og her har helsestasjons- og skolehelsetjenestene en særlig viktig rolle. Utfordringene som er løftet frem i denne rapporten peker på et behov for mer kunnskap om årsakene til økningen i psykiske plager, psykiske lidelser og nevroutviklingsdiagnoser, konsekvensene for enkeltpersoner og samfunn, og hvilke tiltak som er mest hensiktsmessige i møte med denne økningen.

1 Innledning til rapporten

Det har over tid vært en betydelig økning i psykiske plager, funksjonsutfordringer og diagnoser hos barn og unge, noe som har skapt mye debatt og et stort behov for oppdatert kunnskap. Dette er bakgrunnen for at FHI i denne temautgaven ønsker å løfte noen utvalgte og særlig aktuelle problemstillinger om temaet. Målet med rapporten er å samle sentral norsk og internasjonal kunnskap om barn og unges psykiske helse, og bidra med nye data og analyser, som grunnlag for offentlig debatt og politiske beslutninger.

Innledningsvis oppsummerer vi noen overordnede utviklingstrekk for barn og unges psykiske helse, som bakgrunn for utvalget av temaer i rapporten.

Viktige utfordringer for barn og unges psykiske helse

I et historisk perspektiv fødes barn i dag med gode utsikter til et langt liv med god helse. Spedbarnsdødeligheten er svært lav, forekomsten av skader og ulykker hos barn har sunket betraktelig, og flesteparten har en god levestandard (1). Majoriteten av barn og unge rapporterer om god livskvalitet og god psykisk helse (2).

Samtidig er psykiske plager og lidelser noe vi ser hos en god del barn og unge. Forekomsten av forskjellige lidelser og plager er ulik hos gutter og jenter, og varierer betydelig mellom aldersgrupper. Generelt er forekomsten av *psykiske plager* høyere hos eldre tenåringer sammenlignet med de yngre, og blant tenåringsjenter sammenlignet med tenåringsgutter (3).

Psykiske plager, psykiske lidelser og nevrouviklingsdiagnoser

I denne rapporten bruker vi begrepene psykiske plager, psykiske lidelser og nevrouviklingsdiagnoser. I dagligtale kan disse noen ganger brukes om hverandre, og vi vil derfor tydeliggjøre hvordan vi bruker dem i denne rapporten.

Psykiske plager beskriver plager som for eksempel engstelse, nedstemthet og uro. Psykiske plager kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv, ofte knyttet til hendelser og erfaringer. Plagene kan gi ulik grad av symptombelastning, fra lette til sterkere plager, uten at det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse eller tilfredsstillende kriteriene for en diagnose

Begrepet *psykiske lidelser* blir først brukt når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter ulike diagnoser, som angst, depresjon, schizofreni og bipolar lidelse, med ulike symptomer. Ved psykiske lidelser foreligger det som oftest et uttalt tap av funksjon, for eksempel i forhold til skole, jobb, fritid eller familie.

Nevrouviklingsdiagnoser innebærer en annerledes nevropsykologisk utvikling fra barndommen, med utfordringer knyttet til oppmerksomhet, impuls kontroll, språk, motorikk, læring og/eller sosial interaksjon, som kan føre til funksjonsnedsettelse i hverdagen. Autisme, ADHD, intellektuell funksjonsnedsettelse, Tourettes syndrom og dysleksi er eksempler på nevrouviklingsdiagnoser. Det er stor individuell variasjon i både grad og profil av funksjonsutfordringer for disse diagnosene, og det forekommer ofte endringer i dette over tid hos den enkelte. På samme måte som psykiske plager ikke nødvendigvis oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse, kan man oppleve funksjonsutfordringer uten å oppfylle kriteriene for en nevrouviklingsdiagnose.

Psykiske plager, psykiske lidelser og nevrouviklingsdiagnoser måles og kartlegges på ulike måter. Psykiske plager måles oftest ved bruk av spørreskjema i undersøkelser der personen selv rapporterer i hvilken grad de opplever symptomer. Kartlegging og fastsettelse av psykiske lidelser og nevrouviklingsdiagnoser krever omfattende vurderinger, for eksempel gjennom kliniske undersøkelser og diagnostiske intervjuer hos lege eller psykolog.

Omkring 1 av 5 tenåringsjenter og 1 av 10 tenåringsgutter rapporterer mange psykiske plager (2). Når det gjelder psykiske *lidelser*, anslås det basert på internasjonale tall at 13 prosent av barn og unge under 18 år oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse, men det varierer mye på tvers av kjønn og alder (4). Sykdomsbyrdeberegninger fra FHI viser at psykiske lidelser bidrar til en stor del av sykdomsbyrden i befolkningen i barne- og ungdomsårene (5).

Det er derfor ikke overraskende at mange barn og unge mottar hjelp i helsetjenestene for psykiske vansker. Ca. 1 av 10 barn og unge er registrert med en diagnosekode for psykiske plager/lidelser eller nevroutviklingsdiagnoser i primærhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er omkring 6 prosent av barn og unge i alderen 0-24 år registrert med en diagnosekode for psykiske lidelser eller nevroutviklingsdiagnoser, og andelen er vesentlig høyere for aldersgruppen 16-24 år (4). Selv rapporterer 19 prosent av jenter og 7 prosent av gutter i alderen 16 til 19 år at de har vært hos psykolog det siste året (2).

Utvikling over tid

Denne rapporten tar for seg norske forhold. Samtidig er det viktig å understreke at utviklingen vi ser i Norge for barn og unges psykiske helse er del av en global trend som har vart de siste to tiårene (6), og utgjør et viktig forskningstema for mange høyinntektsland. Generelt er det to viktige utviklingstrekk i Norge som peker seg ut over tid:

- Det første er at andelen ungdommer og unge voksne som rapporterer høyt nivå av psykiske plager har økt de siste tiårene (3). Økningen gjelder særlig symptomer på angst og depresjon, som har vært oftest målt i undersøkelser (7-10).
- Det andre er at andelen som er blitt diagnostisert med psykiske lidelser og nevroutviklingsdiagnoser i spesialisthelsetjenesten har økt over tid. Økningen er spesielt uttalt for tenåringsjenter og unge voksne kvinner (4).

I denne rapporten tar vi særlig for oss økningen i nevroutviklingsdiagnoser som autisme og ADHD. Disse diagnosene kan medføre funksjonsutfordringer fra tidlig alder, og mange personer opplever støttebehov gjennom livsløpet. Det er imidlertid stor variasjon både i grad og type støttebehov blant personer med disse diagnosene, og behovene kan også endre seg over tid. Utviklingen reiser spørsmål om disse trendene vil vedvare. Samtidig vet vi for lite om hva som driver økningen i henholdsvis selvrapporterte psykiske plager og diagnostiserte psykiske lidelser og nevroutviklingsdiagnoser, og hva konsekvensene av disse utviklingstrekkene vil være for senere helse og livsutfall.

Utviklingen kan forstås på ulike måter. Den kan representere en reell økning i forekomst, som følge av at faktorer forbundet med økt risiko for psykiske plager, lidelser og nevroutviklingsdiagnoser har blitt mer utbredt. Samtidig kan utviklingen også reflektere endringer i hvordan psykiske helseproblemer og funksjonsutfordringer måles, uttrykkes, oppfattes og håndteres. Økt åpenhet om psykisk helse og nevroutviklingsdiagnoser i den yngre befolkningen, mer hjelpesøkende atferd, bedre tilgang til tjenester, og endringer i diagnostiske kriterier kan alle være bidragsyttere til å forklare utviklingstrekkene. Endringer og reformer i helsetjenestene kan også påvirke utviklingen. Videre i rapporten vil vi utdype hvordan disse og andre faktorer påvirker de ulike utviklingstrekkene som er identifisert.

Barn og unges psykiske helse i et samfunnsperspektiv

I denne rapporten går vi nærmere inn på de utvalgte utviklingstrekkene i barn og unges psykiske helse, og oppsummerer hovedtrekk i forskningen. I tillegg setter vi disse

utviklingstrekkene inn i en større sammenheng ved å knytte dem til to overordnede perspektiver: Sosial ulikhet i helse, og behovet for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Dårlig psykisk helse i barneårene kan få konsekvenser for hele livsløpet, noe som gir en viktig begrunnelse for å rette søkelyset mot barn og unges psykiske helse. Aldersspennet mellom 13 og 24 år utgjør perioder som kan være utfordrende for mange. Det er også i overgangen fra barndom til voksen alder at de fleste psykiske lidelser debutterer (6). Tidlig debut av psykiske lidelser er forbundet med høyere risiko for gjentatte episoder med psykiske lidelser i voksen alder (11-13). Dette kan øke risikoen for negative livsutfall, påvirke utdanning og tilknytning til arbeidslivet, og kreve oppfølging fra en rekke helse- og sosiale tjenester.

Det er derfor hensiktsmessig å rette forebyggende, helsefremmende og behandlende tiltak mot barn og unge, for å forhindre at psykiske vansker utvikles eller forverres. Tidlig innsats forbedrer langsiktige resultater og reduserer samfunnskostnader (14).

Barn og unge som har foreldre med lavere inntekt eller utdanning har høyere risiko for å oppleve psykiske helseproblemer. Sosiale helseforskjeller er en vedvarende utfordring for folkehelsen, og i denne rapporten beskriver vi sosial ulikhet i psykisk helse hos barn og unge generelt, i tillegg til å analysere sosial ulikhet i autisme- og ADHD-diagnoser spesielt

I denne rapporten har vi også valgt å trekke fram helsefremming og forebygging gjennom universelle tjenester. Etter opprettelsen av Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved FHI i 2023, er forebygging og helsefremming gjennom disse tjenestene sentralt for oss å løfte i sammenheng med psykisk helse hos barn og unge. Det eksisterer allerede en rekke tiltak i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som vil kunne styrke barn og unges psykiske helse. Samtidig er det behov for mer kunnskap om hvilke tiltak som er mest hensiktsmessige i lys av dagens utviklingstrekk.

Innholdet i rapporten

I denne rapporten presenterer vi nye analyser og drøftinger av viktige utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse. Temautgaven inneholder utdypende analyser og beskrivelser som supplerer Folkehelse rapportens generelle kapittel om psykiske plager og lidelser hos barn og unge.

Det er viktig å merke seg at rapporten består av et utvalg av temaer, og er ikke et forsøk på å gi en uttømmende beskrivelse av status for barn og unges psykiske helse. Vi har valgt problemstillinger på bakgrunn av FHIs samfunnsoppdrag og rolle, og ønsker å belyse sentrale folkehelseutfordringer. Vi har også valgt temaer der vi mener det er særlig behov for kunnskap på dette tidspunktet. Tilgrensende temaer som blant annet livskvalitet, levekårsfaktorer, utdanning og arbeidsliv vil trekkes inn der det er relevant. Behandling av psykiske lidelser vil omtales i et folkehelseperspektiv, og vi går ikke inn på individuell behandling.

Vårt arbeid knyttet til FHIs samordningsansvar for psykisk helse, og arbeid gjort både av oss og andre forskningsmiljø i våre faglige nettverk, er en viktig ramme for denne rapporten. Vi takker for innspill knyttet til viktige fremtidige utfordringer fra nettverket for kunnskap om barn og unges psykiske helse. Rapporten bygger også på FHIs arbeid med temaet i eksterntfinansierte forskningsprosjekter, og i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Spesielt ønsker vi gjennom denne rapporten å bidra til mer kunnskap som grunnlag for det helsefremmende og forebyggende psykiske helsearbeidet, i tråd med Opptrappingsplan for psykisk helse (2023).

I rapporten vil vi først ta for oss noen konkrete utviklingstrekk, før vi følger opp med mer overordnede perspektiver og peker mot framtidige utfordringer.

- I kapittel 2 tar vi for oss økningen i selvrapporterte psykiske plager, et tema det har vært stor oppmerksomhet rundt over tid. Teksten vurderer hva vi mener er de mest sannsynlige årsakene til økningen.
- I kapittel 3 tar vi for oss økningen i autismediagnoser hos barn og unge. Vi presenterer nye analyser av tidstrender, sosial ulikhet og fylkesforskjeller i autismediagnoser, og drøfter mulige forklaringer.
- I kapittel 4 ser vi på økningen i ADHD-diagnoser på samme måte som for autisme, og presenterer også her nye analyser av tidstrender, sosial ulikhet og fylkesforskjeller i ADHD-diagnoser.
- I kapittel 5 følges sosial ulikhet i psykisk helse hos barn og unge opp mer overordnet. Sosial ulikhet i psykisk helse hos barn og ungdom er en vedvarende utfordring, som kan knyttes til sosioøkonomiske forhold i familien og minoritetsbakgrunn.
- I kapittel 6 handler det om hvordan helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en nøkkel i det forebyggende psykiske helsearbeidet.
- Til slutt vil vi i kapittel 7 oppsummere, på bakgrunn av de foregående kapitlene, hva som er viktige faglige spørsmål framover, og i hvilken grad og på hvilken måte det er mulig å få svar på dem.

Referanser

1. Surén P, Abel MH, Bye EK, Solberg SL, Methi F, Bruun T, et al. Barn og unges fysiske helse. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 3. juni 2022; lest 9. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/barn-fysisk-helse/?term=>
2. Bakken A. Ungdata 2024. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA, OsloMet; 2024. NOVA rapport 6/24. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/11250/3145138>
3. Potrebny T, Nilsen SA, Bakken A, von Soest T, Kvaløy K, Samdal O, et al. Secular trends in mental health problems among young people in Norway: a review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2025;34(1):69-81. DOI: 10.1007/s00787-024-02371-4
4. Bang L, Surén P, Odsbu I, Støle HS, Handal M, Furu K, et al. Psykisk helse hos barn og unge. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 3. juni 2022; lest 9. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
5. FHI. Sykdomsbyrde i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 04. juni 2024; lest 02. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-norge/>
6. McGorry PD, Mei C, Dalal N, Alvarez-Jimenez M, Blakemore S-J, Browne V, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *Lancet Psychiatry* 2024;11(9):731-74. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00163-9
7. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(7):606-16. DOI: 10.1177/0004867414533834
8. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3):370-93. DOI: 10.1111/jcpp.12372

9. Dalman C, Bremberg S, Åhlén J, Ohlén A, Agardh E, Wicks S, et al. Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga - begrepp, mätmetoder och förekomst. Forte: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2022.
10. Mishina K, Tiiri E, Lempinen L, Sillanmäki L, Kronström K, Sourander A. Time trends of Finnish adolescents' mental health and use of alcohol and cigarettes from 1998 to 2014. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(12):1633-43. DOI: 10.1007/s00787-018-1158-4
11. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2022;27(1):281-95. DOI: 10.1038/s41380-021-01161-7
12. Caspi A, Houts RM, Ambler A, Danese A, Elliott ML, Hariri A, et al. Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw Open* 2020;3(4):e203221-e. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3221
13. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593
14. Heckman JJ. Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science* 2006;312(5782):1900-2. DOI: doi:10.1126/science.1128898

2 Mulige årsaker til økningen i psykiske plager hos barn og unge

Skrevet av: Jens Christoffer Skogen, Børge Sivertsen, Robert Smith, Marit Knapstad og Øystein Vedaa

Over tid har flere barn og unge rapportert om psykiske plager, noe som utgjør en bekymringsverdig folkehelseutfordring. Samtidig som bildet av årsaker er komplekst, trekker vi fram ensomhet, skolerelatert stress og søvnvansker som sannsynlige bidragsyttere til økningen i psykiske plager hos barn og unge.

Innledning

Det har vært en trend over flere tiår at psykiske plager har økt hos unge. Opplevde psykiske plager kan påvirke hjelpesøkende atferd, som igjen kan utløse helsetjenestebruk. Vi har også sett en økning i kontakt med helsetjenesten over tid. Disse utviklingstrekkene er bekymringsfulle og utgjør en folkehelseutfordring. Det er også uklart hvilke konsekvenser de vil ha på sikt, for eksempel om dagens unge i mindre grad enn tidligere oppnår positive livsutfall knyttet til samfunnsdeltakelse, utdanning og arbeidsliv.

Det er et politisk mål å redusere psykiske plager. Arbeid for å redusere psykiske plager krever en forståelse av årsakene til økningen i plager, men det er vanskelig å slå fast hva årsakene er, og hvordan de samvirker. Vi har vurdert en rekke ulike faktorer som kan ha bidratt til økningen basert på tre veiledende utvalgsriterier: empirisk belegg for årsakssammenheng, endring i faktorens forekomst eller påvirkningskraft og faktorens evne til å forklare økningen i psykiske plager. Basert på tilgjengelig kunnskap er det viktig å understreke at vi mener det er riktig å anta at økningen i psykiske plager sannsynligvis ikke kan tilskrives et fåtall enkeltstående årsaker, men snarere et dynamisk og komplekst samspill mellom flere faktorer på flere ulike nivåer over tid.

Økning i psykiske plager blant unge over tid?

En økning i ulike psykiske plager har vært rapportert i enkelte europeiske undersøkelser siden andre verdenskrig (1;2). I Norge har vi ikke pålitelige trenddata før 1980-tallet. Siden 1990-tallet har selvrapporterte psykiske plager økt blant unge i Norge og i mange andre høyinntektsland (3;4). Økningene siden 1990-tallet gjelder hovedsakelig *internaliserende* vansker, slik som symptomer på angst og depresjon. Hvorvidt det har vært en tilsvarende økning i *eksternaliserende* vansker, som atferdsvansker, impulsivitetsproblemer o.l., er i mindre grad kjent. Økningen gjelder spesielt tenåringsjenter og denne kjønnsforskjellen er påvist i en rekke høyinntektsland (4-9), inkludert andre nordiske (4;7;8). På tross av dette generelle bildet, er det ulike nyanser i den observerte utviklingen på tvers av undersøkelser og land (4). Tall fra Ungdata antyder en stabilitet de siste 5-6 årene (med unntak av pandemien) for både jenter og gutter på ungdomstrinnet og for gutter på videregående (10). I Ungdata 2024 ble det også observert en nedgang i psykiske plager blant jenter på videregående - et lavere nivå enn på ti år for denne gruppen.

Samtidig med de observerte økningene over tid i selvrapporterte plager, har data fra de norske helseregistrene vist en økning i andelen barn og unge som har vært i kontakt med primær- og spesialisthelsetjenesten grunnet psykiske problemer (11). Årsakene til utviklingstrendene i

selvrapporterte psykiske plager og kontakt med helsetjenestene må ses i sammenheng med hverandre, men er ikke direkte overlappende.

Mulige årsaker til økning i psykiske plager: Metodiske utfordringer

I denne kapittelet går vi gjennom mulige årsaker til økningen i psykiske plager hos barn og unge i Norge basert på foreslåtte faktorer fra forskningslitteraturen. Vi diskuterer funnene, og presenterer vår vurdering av hva vi mener er blant de mest sannsynlige årsakene. Innledningsvis er det viktig å understreke at det er metodisk svært krevende å fastslå årsakene til en økning i psykiske plager og lidelser over tid. Det finnes ingen studier eller et samlet kunnskapsgrunnlag som kan gi sikre svar på dette, og det er lite sannsynlig at slike studier vil være tilgjengelige i fremtiden.

Det beste vi kan gjøre i dag er å benytte observasjonsstudier for å undersøke den mulige betydningen av ulike forklaringer. For å belyse årsakene til økningen i psykiske plager over tid, er det nødvendig med studier som har målt både mulige årsaksfaktorer og psykisk helse over tid. Det finnes imidlertid svært få studier som er tilrettelagt for å undersøke årsaksforhold på denne måten, og selv i de studiene vi har kan vi bare fastslå statistiske sammenhenger. Vi kan ikke utelukke viktige uobserverte forstyrrende tredjevariabler (konfunderende variabler) eller med sikkerhet fastslå retningen på sammenhengene.

I tillegg varierer disse studiene på viktige områder, for eksempel hvilke aldersgrupper de undersøker, hvilke typer forklaringsfaktorer de inkluderer, hvordan de måler psykiske plager og potensielle årsaksfaktorer, og hvilke tidsperioder de dekker. Som et resultat peker studiene i ulike retninger når det gjelder hvilke faktorer som kan ha bidratt til økningen i psykiske plager. Dette gjør det utfordrende å sammenfatte kunnskapen på feltet. De ulike funnene fra tilgjengelige studier understreker kompleksiteten i problemstillingen og tyder sterkt på at økningen i psykiske plager sannsynligvis ikke kan tilskrives et fåtall enkeltstående årsaker, men snarere et samspill mellom flere faktorer.

Endringer i stigma, åpenhet og måleegenskaper som bidragsyttere til økningen

Mer åpenhet om psykisk helse og mindre stigma, og endringer i måleegenskaper har vært løftet fram som mulige delforklaringer på den observerte økningen i psykiske plager. Økt oppmerksomhet om psykisk helse kan henge sammen med mindre stigma (12), som kan føre til at flere søker hjelp og rapporterer om problemer. Noe av den observerte økningen kan også komme på grunn av en endring i forståelsen av spørsmål som er inkludert i målingen av psykiske plager, for eksempel lavere terskel for å rapportere enkelte symptomer, et fenomen som omtales som «medikalisering» (13-16). Til tross for at økt åpenhet muligens har spilt en rolle for økningen i selvrapporterte psykiske plager, er det ikke grunn til å tro at dette kan forklare hele den observerte økningen i psykisk uhelse. Vi legger til grunn at det også har vært en reell økning i psykiske plager blant barn og unge over tid i Norge.

Med denne bakgrunnen har vi i dette kapitlet gjennomgått et bredt spekter av litteratur og vurdert det samlede evidensgrunnlaget for ulike forklaringer. Selv om det eksisterende kunnskapsgrunnlaget ikke gir oss mulighet til å fastslå årsakene til økningen i psykiske plager med sikkerhet, har vi vurdert ulike faktorer ut fra hvor sannsynlig det er at de har bidratt til utviklingen – eller hvor usannsynlige de fremstår som forklaringer. Vi valgt ut noen faktorer som tidligere forskning har løftet fram som mulige årsaker til økningen i psykiske plager, eller som på andre måter har vært fremtredende i faglige eller offentlige diskurser.

Veiledende vurderingskriterier

For at en risikofaktor skal betraktes som en mulig årsak, har vi brukt disse vurderingskriteriene:

- Det bør foreligge empirisk belegg for at risikofaktoren har en årsakssammenheng med psykiske plager.
- Det bør være evidens for at *enten* forekomsten av risikofaktoren har økt over tid, *eller* at sammenhengen mellom risikofaktoren og psykiske plager har blitt sterkere over tid (17).
- Det er også gunstig om det foreligger evidens for at risikofaktoren (delvis) kan forklare økningen i psykiske plager over tid.

I arbeidet med dette kapittelet har vi sett på flere potensielle årsaksfaktorer som har vært løftet i debattene om psykisk helse: Endringer i familie- og oppvekstmiljø, endringer i livsstil, endringer i ungdoms forhold til kropp og utseende, ensomhet, mobbing, covid-19-pandemien, seksuell trakassering, skolerelatert stress/endringer i relasjon til skole og utdanning, sosiale medier og skjermbruk, søvn og søvnvansker, tidligere pubertet, sosiale forskjeller/fattigdom og andre lokale og globale samfunnsendringer.

Mulige årsaker

Ensomhet

Ensomhet blant ungdom har økt markant de siste tiårene, og fremstår som en sentral faktor i den pågående forverringen av psykisk helse i denne aldersgruppen. I en nasjonal studie av norske ungdommer rapporterte 23 % av jentene og 14 % av guttene høy grad av ensomhet i 2021, med en ytterligere økning observert gjennom pandemien (18). Blant studenter har utviklingen vært lik: I en undersøkelse blant norske studenter i pandemiperioden rapporterte én av tre kvinner og én av fem menn vedvarende ensomhet (19).

Forskning dokumenterer en sterk toveis sammenheng mellom ensomhet og psykisk helse: Unge med psykiske lidelser rapporterer oftere ensomhet, samtidig som ensomhet øker risikoen for psykiske lidelser. Økende skjermbruk, redusert fysisk samvær og endrede sosiale samhandlingsmønstre kan være forklaringer på denne utviklingen. Både Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Ung-HUNT) og Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHOT) viser en vedvarende økning i ensomhet blant ungdom, noe som styrker evidensen for ensomhet som risikofaktor for psykisk uhelse. Ensomhet sameksisterer ikke bare med depresjon og angst, men kan også være en utløsende og opprettholdende faktor (20). Vedvarende ensomhet øker særlig risikoen for depresjon, angst og redusert livskvalitet, spesielt blant unge med psykiske plager eller dårlig selvrapportert helse (21). Samlet sett tyder funnene på at den økende forekomsten av ensomhet blant unge kan være en viktig drivkraft bak den generelle forverringen av psykisk helse i denne aldersgruppen.

Skolerelatert stress og trivsel

En av årsakene til økningen i psykiske plager blant unge som hyppig går igjen i forskningslitteraturen de siste tiårene, er skolerelatert stress og press og manglende trivsel på skolen (22). I Norge har vi tall tilbake til 1983 når det gjelder skoletrivsel og skolestress (23). Det ble observert en økning i skoletrivselen mellom 1983 til 2006, men trivselen falt tilbake igjen til 1983-nivå for gutter og under 1983-nivå for jenter i 2006. Skolestress økte på sin side

fram til 2006, med påfølgende fall i perioden fram til 2014. Etter 2014 har skolestress økt betydelig (9;23). Forskning viser en sterk sammenheng mellom skolerelatert stress og psykisk helse (22). Ungdommene selv rapporterer at krav og press om å gjøre det bra på skolen er den viktigste årsaken til stress (24). Dette presset kan manifestere seg på flere måter. Skolerelatert stress er særlig utbredt blant jenter, og det er en tett statistisk sammenheng mellom opplevd skolerelatert stress og psykiske helseplager (17;22). Det har vært en betydelig økning i rapportert skolerelatert stress blant norske ungdommer de siste ti årene (9). Økte krav til akademisk prestasjon, karakterer og fremtidsplanlegging henger sammen med stress, symptomer på angst og utbrenthet. Studier finner at økt skolerelatert stress trolig kan forklare en betydelig andel av økning i psykiske vansker hos ungdom (25), og mye av økningen i kjønnsforskjeller i psykiske vansker (26). Skolerelatert stress er en sentral faktor med dokumentert økning over tid og sterk sammenheng med psykisk helse.

Sosiale medier og skjermbruk

Betydningen av en stadig mer digitalisert verden er også blitt fremhevet som en mulig viktig faktor for å forstå økningen i psykisk uhelse. Det er uklart hvorvidt og i hvilken grad bruk av sosiale medier har en sammenheng med psykiske plager og lidelser. Oppsummeringsstudier peker på at det kan være en sammenheng, men at denne er svak (27-30) eller ikke mer enn man kan forvente av statistisk usikkerhet og støy i datagrunnlaget (31). Det finnes også kvasieksperimentelle studier som kan belyse hvorvidt hele befolkningens psykiske helse ser ut til å bli påvirket av f.eks. tilgang til internett eller sosiale medier i samfunnet. Disse studiene gir ikke noe entydig svar, og rapporterer om funn i ulike retninger eller ingen statistisk sikre sammenhenger (22;32-35). Foreløpig mangler vi derfor solide studier som kan fastslå om det foreligger en generell årsakssammenheng rundt dette (36;37).

Samtidig har skjermbruken økt betydelig siden 1990-tallet, om ikke tidligere. Det er liten tvil om at bruken av digitale enheter har endret hvordan barn og unge bruker fritiden sin, sosialiserer, lærer og slapper av. Forskning har blant annet vist at overdreven skjermbruk kan henge sammen med søvnvansker, økt ensomhet og økt kroppspress, f.eks. gjennom oppadgående sosial sammenligning (38). Det er grunnlag for å hevde at sosiale medier kan være en av flere faktorer som har betydning for utviklingen i psykisk helse over tid, mens dette ikke er like sannsynlig for annen skjermbruk (36).

Det er også viktig å påpeke at de observerte sammenhengene mellom sosiale medier og skjermbruk og psykisk helse varierer mellom individer, og at det også finnes positive sider ved digital samhandling via for eksempel sosiale medier (37;39). Bruk av sosiale medier og skjermbruk generelt kan forsterke andre risikofaktorer som kroppspress og søvnproblemer, men det er vanskelig å fastslå en direkte kausal sammenheng mellom økt skjermtid alene eller generell bruk av sosial medier og psykiske plager og lidelser. Sosiale medier er i seg selv et komplekst fenomen som trolig kan ha både positive og negative effekter på psykisk helse, og ulik bruk av sosiale medier kan trolig være både årsak til og virkning av psykisk plager og lidelser på individnivå.

Samlet sett, og selv om bruk av sosiale medier har økt i en periode med økning av psykisk uhelse, gir ikke eksisterende forskning et grunnlag for å si at sosiale medier *generelt sett* er en kausal risikofaktor for dårligere psykisk helse (40). Sprikende forskningsfunn indikerer at skjermbruk og sosiale medier sin innvirkning på psykiske vansker og lidelser trolig er sammensatt og avhengig av flere andre forhold og faktorer. Samtidigheten i økningene mellom sosiale medier og psykisk helse må også forstås i sammenheng med endringer i andre etablerte helsedeterminanter (familieforhold, søvn, skolemiljø, ensomhet, sosiale relasjoner og

livshendelser) over tid (37), og hvordan disse virker sammen. Hvilken sammenheng det er mellom sosiale medier og psykisk helse påvirkes trolig av og gjennom en rekke andre faktorer, og vil derfor kunne variere i stor grad mellom ulike personer. Vi viser for øvrig til Skjermbrukutvalgets vurderinger når det gjelder mulige konsekvenser av skjermbruk på helse, utvikling og læring (38).

Søvn og søvnvansker

Forekomsten av søvnvansker blant ungdom har økt betydelig siden 1980-tallet (41), og data fra Ungdata 2024 tyder på at trenden fortsetter (42). Dette skjer samtidig med endringer i livsstil, digital mediebruk og økende skolepress. Både Ungdata og SHOT viser at en betydelig andel (rundt 25%) unge og unge voksne nå sliter med søvnen (43).

Søvn spiller en avgjørende rolle for hjernens utvikling, skolefungering, læring, livskvalitet og psykisk helse (43). En nylig norsk prospektiv studie blant unge voksne fant at både søvnvansker (insomni) og redusert søvnlengde var forbundet med økt risiko for å utvikle flere typer psykiske lidelser over tid, inkludert depresjon, generalisert angstlidelse og posttraumatisk stresslidelse. Risikoen økte i takt med graden av søvnforstyrrelser, noe som ytterligere understreker søvnens sentrale rolle i forebygging av psykiske helseproblemer hos unge (44). Det er også godt dokumentert internasjonalt at søvnproblemer utgjør en betydelig risikofaktor for psykiske lidelser, særlig depresjon og angst (45).

Søvnproblemer og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig: søvnvansker kan både utløse og forverre psykiske helseplager, samtidig som psykiske lidelser kan gi dårligere søvn. Mangel på søvn svekker evnen til emosjonsregulering, øker sårbarheten for stress og kan føre til en negativ spiral av dårligere søvnkvalitet og økende psykiske helseutfordringer.

Den økende forekomsten av søvnproblemer blant unge kan være en medvirkende årsak til forverringen i psykisk helse i denne aldersgruppen. Selv om sammenhengen mellom søvnvansker og psykiske plager trolig er gjensidig, viser flere prospektive studier at søvnvansker ofte oppstår før utviklingen av psykiske lidelser, særlig depresjon og angst (46). Dette styrker antakelsen om at søvnproblemer ikke bare er et symptom, men også en mulig risikofaktor og driver i utviklingen av psykiske helseproblemer hos unge.

Mobbing

Mobbing, inkludert digital mobbing, er en kjent risikofaktor for angst, depresjon og lav selvfølelse (47). «Tradisjonell» mobbing har økt over tid, og digital mobbing har blitt mer utbredt siden 2000-tallet (47). Elevundersøkelsen 2024 fant at etter to år med sterk økning i andelen som opplever mobbing, var det ikke økning fra 2023 til 2024 (48). Digital mobbing er vanskeligere å unnsnippe og kan potensielt ha sterkere negative effekter på psykisk helse, og mange ofre opplever både digital og «tradisjonell» mobbing. En svensk studie konkluderte med at økningen i psykiske vansker blant unge mellom 2014 og 2020 trolig ikke kunne forklares (på gruppenivå) av mobbing på skolen (49). Mobbing er en potent årsaksfaktor, og digital mobbing har trolig ytterligere forsterket den negative effekten, noe som styrker dens relevans som en årsaksfaktor (17). En studie fra Ung-HUNT viser at mobbing fremstår som en sterkere risikofaktor mellom 1997-2019 for jenter, mens assosiasjonen blir svakere for gutter i samme periode (46). Samlet sett mangler det studier som gir grunnlag for at mobbing kan forklare en vesentlig del av forverringen av psykisk helse blant barn og unge på befolkningsnivå.

Seksuell trakassering og seksuell vold

Seksuell trakassering og seksuell vold rammer særlig jenter og kan ha alvorlige psykiske konsekvenser som traumer, angst og depresjon. Seksuell trakassering og seksuell vold er utbredt, også blant unge (50;51). Om lag 1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter har opplevd seksuelle overgrep før fylte 18 år (51). Data fra SHOT (52) og Ungdata (53) viser en tydelig økning i selvrapportert trakassering blant unge. SHOT 2022 dokumenterer økt forekomst på tvers av trakasseringsformer, inkludert verbal trakassering, uønsket fysisk kontakt og alvorlige overgrep, med den største økningen blant kvinner. Andelen studenter som rapporterer voldtekt har også økt markant siden 2018. Ungdata viser at én av tre norske ungdomsskoleelever har opplevd seksuell trakassering, og at jenter rammes dobbelt så ofte som gutter. I tillegg har man også funnet en betydelig økning i rapportert seksuell vold mellom 2017 og 2023 hos ungdom på videregående skole i Norge (54).

Avhengig av alvorlighetsgrad kan de negative konsekvensene være både kortsiktige og langvarige, med mulige følger for skolefungering og framtidig psykisk helse. Forskning viser en tydelig sammenheng mellom seksuell trakassering og økt risiko for depresjon, ensomhet og lavere livskvalitet (55). Seksuell vold i barndommen anses også som en betydelig risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser (56).

Økningen i selvrapportert seksuell trakassering og seksuell vold gjør dette til en mulig relevant risikofaktor for å forstå utviklingen i psykisk uhelse blant ungdom. I det foreliggende evidensgrunnlaget er økningen mest markant mellom perioden før og etter #metoo-kampanjen (2017), og det kan argumenteres for at deler av økning kan skyldes økt åpenhet og bevissthet. I likhet med andre fagmiljøer i Norge vurderer vi likevel at minst deler av den observerte økningen er reell. Vi antar derfor at seksuell trakassering og seksuell vold kan ha hatt en betydning for økningen, i hvert fall de siste ti årene, og det er også mulig at de har hatt betydning over et lengre tidsrom. Vi har derimot ikke funnet noen empiriske studier som har sett på disse faktorene som mulige forklaringer på økning i psykiske plager.

Pandemi

Covid-19-pandemien har trolig hatt en midlertidig effekt på barn og unges psykiske helse (57-62), kanskje særlig gjennom sosial isolasjon, usikkerhet, forstyrrelser i rutiner og skolestengninger. Internasjonale og norske studier viser en økning i symptomer på angst og depresjon blant unge, særlig blant sårbare grupper som de med eksisterende psykiske lidelser, utfordrende familiesituasjoner eller lav sosioøkonomisk status (60;63). I tillegg har studier funnet at jenter og eldre ungdom trolig ble hardere rammet (63). Den eventuelle langsiktige effekten på barn og unges psykiske helse er derimot mindre avklart.

Norske undersøkelser som Ungdata og SHoT bekrefter en økning i psykiske plager under pandemien, spesielt blant jenter (10;64;65). Effektene ser ut til å ha vært sterkere senere i pandemien og under perioder med strenge tiltak. Forverring i psykisk helse var mer uttalt blant de som opplevde ensomhet eller sosial isolasjon. Samtidig rapporterte noen ungdommer positive erfaringer, som mer tid med familien og et roligere tempo. Data fra helsetjenester viser økt aktivitet relatert til psykisk helse, spesielt for enkelte alvorlige tilstander som spiseforstyrrelser (66). Dette tyder på at pandemien kan ha forsterket eksisterende utfordringer.

Covid-19-pandemien har sannsynligvis bidratt til en økning i psykiske plager blant barn og unge gjennom flere mekanismer, men effektene varierer mellom grupper og over tid. Det er også

uklart hvilken effekt dette har hatt for utviklingen i psykiske plager etter 2022 hvor de fleste tiltakene knyttet til pandemien ble avvirket. Forhold rundt pandemien og tiltakene som ble satt i verk i perioden 2020-2022 kan også ha påvirket andre risikofaktorer, slik som familieforhold, økonomi, søvn og risiko for vold i hjemmet (62;63), og det er uklart hvorvidt disse endringene har vedvart utover nevnte tidsrom. For å forstå de eventuelle langsiktige konsekvensene er det behov for mer forskning på hvordan pandemien har påvirket ulike aspekter av unges liv og helse.

Ungdoms forhold til kropp og utseende

Data fra Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studien viser en gradvis økning over 30 år i andelen unge som rapporterer at de slanker seg (23). Samtidig viser tall fra den norske delen av HBSC-undersøkelsen at det overordnet har vært stabilt hvordan ungdom vurderer sin egen kroppsvekt mellom 1994 og 2022 (67). Ung i Norge undersøkelsene viste at økningen i psykiske plager var relatert til cannabis-bruk, symptomer på spiseforstyrrelser, og kroppsmisnøye (68). Funn tyder også på at assosiasjonen mellom kroppsmisnøye ('overvekt') og psykiske plager har blitt mindre blant gutter i Norge over tid, men økt betraktelig blant jenter i samme periode (69). Elevundersøkelsen har også funnet en klar økning i utseendepress siden 2015 (9). Det foreligger imidlertid lite direkte empirisk evidens for at disse endringene har bidratt til en økning i psykiske plager.

Kroppspress er trolig en særlig viktig faktor for utvikling av forstyrret spising og spiseforstyrrelser, men hvilken betydning dette har for den generelle økningen i psykiske plager er uklart. Disse trendene må også sees i sammenheng med økt individualisering over tid og bruk av sosiale medier, særlig plattformer med vekt på visuelt innhold. Selv om det foreligger noe empirisk støtte for at ungdoms forhold til kropp og utseende har bidratt til den observerte økningen i psykiske plager blant unge, er det vanskelig å trekke kausale slutninger om sammenhengen, kanskje med unntak av når det gjelder symptomer på spiseforstyrrelser.

Endringer i familie- og oppvekstmiljø

De siste tiårene har det vært betydelige endringer i familiestrukturer og oppvekstmiljø. Dette inkluderer økt forekomst av skilsmisser, flere barn som vokser opp i delt omsorg, og en økning i antall aleneforeldre. Selv om mange barn håndterer slike endringer godt, kan endringene bidra til økt sårbarhet for psykiske helseplager, spesielt når konfliktnivået mellom foreldre er høyt eller når familien har lav sosioøkonomisk status (70). Forskning viser at ustabile familiesituasjoner er assosiert med høyere risiko for angst, depresjon og atferdsproblemer. Flere studier tyder imidlertid på at endringer i familiestrukturen ikke ser ut til å forklare den observerte økningen i psykiske plager blant barn og unge (71). Slike endringer har dessuten liten effekt sammenlignet med andre forklaringsfaktorer på befolkningsnivå (22).

Det er mulig at endringer i familieprosesser (foreldre-barn relasjon, foreldrekonflikter) er viktigere for familiemiljøet enn familiestrukturen, per se. Hvorvidt endringer i foreldre-barn-relasjoner og/eller endringer i foreldrekonfliktnivå bidrar til å forklare den observerte økningen i psykiske plager er ukjent, først og fremst på grunn av mangel på gode studier (71).

Foreldres psykiske helse er en viktig faktor som påvirker barn og unges psykiske helse. Forskning viser at barn av foreldre med psykiske lidelser, som depresjon eller angst, har økt risiko for å utvikle psykiske plager selv (17). Dette kan skyldes både genetiske faktorer og

miljømessige forhold, som redusert emosjonell tilgjengelighet, økt stress i hjemmet og ustabile oppvekstbetingelser.

Det er dokumentert at forekomsten av psykiske plager blant voksne har økt noe i løpet av de siste tiårene (72). Kun én studie har undersøkt om denne endringen kan forklare den observerte økningen i psykiske plager blant barn og unge, og funnene tyder på at dette kan ha bidratt i noen grad (73). Dette forutsetter at økninger i begge gruppene er reelle og ikke i hovedsak skyldes endringer i rapporteringsatferd, en forutsetning som virker sannsynlig (13). Familie- og oppvekstmiljø er viktig for psykisk helse generelt. Selv om det er mulig at disse faktorene kan ha bidratt til den observerte økningen i psykiske plager blant barn og unge, finnes det per dags dato begrenset empirisk evidens for dette.

Tidligere pubertet hos jenter

Biologiske faktorer som hormonelle endringer i puberteten kan også bidra til økt sårbarhet for psykiske plager. Puberteten ser ut til å starte noe tidligere nå enn for noen tiår siden. Tidligere pubertet er assosiert med økt risiko for psykiske plager. Det er mulig at tidligere pubertet er en bidragsyter til økende psykiske vansker. Indirekte støtte for dette finner man blant annet i en studie som finner at emosjonelle problemer ser ut til å starte tidligere i nyere kohorter enn eldre, og at denne tendensen er særlig tydelig hos jenter (74). Tidligere pubertet er en sannsynlig, men trolig liten bidragsyter til økningen i psykiske plager, særlig blant jenter, gitt dens dokumenterte økning over tid og sannsynlige kausale sammenheng med psykisk helse. Men det er behov for mer forskning for å forstå betydningen av tidligere inntreffende pubertet med tanke på utvikling i psykisk helse (17).

Levevaner: kosthold og fysisk aktivitet

Livsstilsfaktorer som dårlig kosthold og mangel på fysisk aktivitet har også blitt knyttet til økningen i psykiske plager blant barn og unge. Et næringsrikt, variert og sunt kosthold er assosiert med bedre mental helse, mens høyt inntak av sukker og mettet fett er assosiert med økt risiko for depresjon og angst (75). Økt konsum av sukkerholdige drikker og energidrikker kan muligens ha negative effekter på både fysisk og psykisk helse (76;77). Fysisk aktivitet er assosiert med redusert stress, angst og depresjon, men mange barn og unge har et lavere nivå av fysisk aktivitet enn gjeldende anbefalinger (78), og stillesittende aktiviteter som skjermbruk har økt (79).

Det er nærmest ingen studier som har undersøkt om endringer i kosthold og fysisk aktivitet kan bidra til å forklare den observerte økningen i psykiske plager blant barn og unge (71;80). En mulig årsak til dette kan være at de fleste relevante undersøkelser bruker spørreskjemaer, som vi vet er en problematisk måte å måle disse faktorene på (6). En studie basert på faktiske målinger (objektive data) av fedme fant at økningen i fedme ikke var assosiert med økningen i psykiske plager (81), men data fra HBSC-studien finner at økning i selv-rapportert fedme var assosiert med en økning i psykiske plager på befolkningsnivå (22).

Kosthold og fysisk aktivitet kan være viktig for psykisk helse generelt, og det kan ikke utelukkes at endringer i disse faktorene har bidratt til den observerte økningen i psykiske plager blant barn og unge. Det finnes imidlertid per dags dato lite empirisk evidens for det.

Andre lokale og globale samfunnsendringer

Unge i dag vokser opp i en verden preget av raske endringer og globale utfordringer, blant annet knyttet til (17;25;37;82;83):

- Klimaendringer: Økt bevissthet om klimaendringer og deres potensielle konsekvenser kan føre til bekymringer for fremtiden.
- Økonomisk usikkerhet: Globale og nasjonale økonomiske svingninger og usikkerhet i arbeidsmarkedet kan påvirke unges fremtidsutsikter, stress/usikkerhet, og psykiske helse. I perioder med økonomiske nedgangstider er allerede sårbare grupper, inkludert unge, ofte særlig utsatte.
- Politisk polarisering: Økt politisk spenning og polarisering i samfunnet kan skape uro og usikkerhet, og øke risiko for konflikter.
- Teknologiske fremskritt: Transformativ teknologiske endringer som internett, smarttelefoner og sosiale medier har endret hvordan vi lever våre liv og hvordan vi samhandler. Disse endringene er gjennomgripende, men det er vanskelig å finne gode studier som kan belyse i hvilken grad disse endringene har hatt betydning for utviklingen i psykiske plager. I tillegg gir de få studiene som finnes ikke noen entydige svar.

Ungdom rapporterer økende bekymring for klimaendringer (84;85), globale konflikter og fremtiden generelt. Studier viser at fremtidspessimisme er assosiert med stress, angst, lavere trivsel og følelse av håpløshet (82;86). Samtidig viser tall fra Ungdata at flertallet rapporterer om framtidsoptimisme, men med en trend mot noe mer pessimisme siden midten av 2010-tallet, kanskje særlig på ungdomstrinnet (10). Fremtidspessimisme er en relevant faktor, men dens bidrag til den totale økningen i psykiske plager er vanskelig å tallfeste basert på tilgjengelig kunnskap.

Samfunnsutviklingen i høyinntektsland har vært preget av en sterkere vektlegging av individuell suksess og ansvar (87;88), trolig også i Norge (89;90). Individualisering kan føre til vedvarende belastning og følelser av utilstrekkelighet blant unge, særlig i møte med høye samfunnsmessige krav som ser ut til å henge sammen med dårligere psykisk helse (91;92), og bør også sees i sammenheng med opplevd skolestress og prestasjonskrav. Det kan også være at økt individualisering bidrar til økte psykiske plager ved å blant annet forsterke stressnivået blant unge, men kunnskapsgrunnlaget er svært begrenset. Det er sannsynlig at slike brede samfunnsendringer har relevans for å forstå økningen i psykiske plager blant unge, enten direkte eller indirekte. Likevel er det for lite kunnskap om hvordan disse faktorene samvirker og bidrar til utviklingen av psykisk uhelse over tid.

Sosial ulikhet og barnefattigdom har økt de siste tiårene, både i Norge (93) og andre høyinntektsland (14;80;94), og økningene har blitt pekt på som mulige årsaker til den observerte økningen i psykiske plager. Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser en økning i andelen husholdninger som lever med vedvarende lave inntekter siden starten på 2000-tallet og fram til 2020. Deretter har andelen falt noe. Det er en veletablert sammenheng mellom familiens økonomiske situasjon og barn og unges psykiske helse, med størst problemer i familier med dårlig råd. Denne sammenhengen er også vist i relativ forstand, der barn som opplever fattigdom har høyere risiko for psykisk plager i miljø med høyere sosial ulikhet (for eksempel (17)).

Flere studier har funnet en sterk sammenheng mellom sosial ulikhet og unges psykiske helse over tid, der økningen i psykiske plager er sterkere blant unge fra lavere enn høyere sosiale kår (6;71;95;96). Hva dette skyldes er nok sammensatt og må sees i sammenheng med de øvrige risikofaktorene som er diskutert i kapittelet, da det er en opphopning av mange av disse blant familier med dårlig råd. Mulige viktige mekanismer kan være a) Begrensede muligheter for deltakelse i sosiale aktiviteter, b) Økt stress i hjemmet på grunn av økonomiske bekymringer, c) Mindre hensiktsmessige foreldrestrategier grunnet økonomisk stress, og d) Dårligere tilgang til ressurser som kan støtte psykisk helse. Disse sammenhengene kan forstås i lys av f.eks. familiestressmodellen eller familieinvesteringsperspektivet (17;97). Se også kapittel 5 i denne rapporten, som utdyper dette temaet.

I senere år er det særlig flyktninger som har bidratt til fattigdomsstatistikken, der mange har utfordringer som henger sammen med psykisk helse, som traumeerfaringer og tapserfaringer (93;98). Videre er allerede sårbare grupper, inkludert unge, ofte særlig utsatte ved økonomiske nedgangstider (83), noe som i perioder kan forsterke denne effekten (80). Økende sosiale forskjeller er en viktig faktor som sannsynligvis bidrar til den generelle økningen i unges psykiske uhelse. Samlet sett kan både økende sosiale forskjeller, krig, uroligheter og migrasjon være bidragende faktorer til den observerte økningen i psykisk uhelse blant unge.

Konklusjon

Økningen i psykiske plager hos barn og unge er et resultat av et komplekst samspill mellom utallige faktorer på mange ulike nivå. Blant de vurderte enkeltfaktorene i dette kapittelet fremstår **ensomhet, skolerelatert stress, og søvnvansker** som sannsynlige bidragsyttere til økningen i psykiske plager blant unge. I tillegg velger vi å fremheve seksuell trakassering og seksuell vold som områder hvor det bør rettes ekstra oppmerksomhet mot fremover, særlig i lys av utviklingen det siste tiåret.

Det har vært en del oppmerksomhet rundt betydningen av skjermbruk og sosiale medier for barn og unges psykiske helse. Det foreligger ikke på dette tidspunktet et evidensgrunnlag som tilsier at skjermbruk eller sosiale medier *generelt sett* er en viktig kausal bidragsyter til økning i psykisk plager i barne- og ungdomsbefolkningen. Samtidig er det viktig å påpeke at det er utfordrende å måle effekten av transformativ teknologi på folkehelsen. Det er derfor stort behov for forskning som kan belyse hvordan slike faktorer virker opp mot og i sammenheng med andre risikofaktorer for psykiske plager. Sosiale medier kan for eksempel forsterke ensomhet, skolepress og søvnvansker, eller legge til rette for økt eksponering for sosial sammenligning, digital mobbing og negative hendelser.

Til tross for at vi anser flere av de vurderte faktorene som sannsynlige bidragsyttere til økningen i psykiske plager, er det metodisk utfordrende å trekke sikre kausale slutninger om hvilke faktorer som driver økningen i psykisk uhelse. Det er viktig å understreke at ingen enkeltfaktor alene kan forklare den negative utviklingen i barn og unges psykiske helse, og at årsakene til psykiske plager er sammensatte. Kontinuerlig forskning og overvåking er nødvendig for å forstå utviklingen i unges psykiske plager og evaluere effekten av ulike tiltak som implementeres. For flere av faktorene som er drøftet i dette kapitlet, har det en selvstendig verdi å redusere deres omfang – særlig når det gjelder faktorer som trolig ikke har noen positive effekter på psykisk helse. Selv uten full forståelse av årsakene, kan både eksisterende og nye tiltak for å fremme unges psykiske helse likevel ha god effekt (6). Det er viktig at den kunnskapen vi allerede har om ulike tiltak brukes, samtidig som at godt gjennomførte prosess- og effektstudier kan bidra til å tilpasse og forbedre ulike tiltak slik at de kan ha større grad av tilgjengelighet og virkning fremover.

Referanser

1. Fombonne E. The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: recent developments and issues. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1998;7(3):161-6. DOI: 10.1017/S1121189X0000734X
2. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248(1):14-21. DOI: 10.1007/s004060050013
3. Potrebny T, Nilsen SA, Bakken A, von Soest T, Kvaløy K, Samdal O, et al. Secular trends in mental health problems among young people in Norway: a review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024;34(1):69-81. DOI: 10.1007/s00787-024-02371-4
4. Schrijvers K, Cosma A, Potrebny T, Thorsteinsson E, Catunda C, Reiss F, et al. Three Decades of Adolescent Health: Unveiling Global Trends Across 41 Countries in Psychological and Somatic Complaints (1994–2022). *Int J Public Health* 2024;69. DOI: 10.3389/ijph.2024.1607774
5. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(7):606-16. DOI: 10.1177/0004867414533834
6. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3):370-93. DOI: 10.1111/jcpp.12372
7. Dalman C, Bremberg S, Åhlén J, Ohlss A, Agardh E, Wicks S, et al. Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga - begrepp, mätmetoder och förekomst. Stockholm: Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2022. Tilgjengelig fra: <https://forte.se/download/18.3de350c219545ea25bd343db/1741867360411/kunskap-so-versikt-begrepp-och-ma-tmetoder-barn-och-unga.pdf>
8. Mishina K, Tiiri E, Lempinen L, Sillanmäki L, Kronström K, Sourander A. Time trends of Finnish adolescents' mental health and use of alcohol and cigarettes from 1998 to 2014. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(12):1633-43. DOI: 10.1007/s00787-018-1158-4
9. Wendelborg C, Hygen BW, Mordal S, Tangen S, Buland T. En skolehverdag under press: Jakten på trygghet og tilhørighet. Dypdykk om videregående elevers opplevelse av et trygt skolemiljø og tilhørighet i skolen. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/2025/markant-okt-press-for-elever-i-videregaende/>
10. Bakken A. Ungdata 2024. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA, OsloMet; 2024. NOVA rapport 6/24. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmliui/handle/11250/3145138>
11. Ask H, Handal M, Hauge LJ, Reichborn-Kjennerud T, Skurtveit S. Incidence of diagnosed pediatric anxiety disorders and use of prescription drugs: a nation-wide registry study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29(8):1063-73. DOI: 10.1007/s00787-019-01419-0
12. Gagné T, Henderson C, McMunn A. Is the self-reporting of mental health problems sensitive to public stigma towards mental illness? A comparison of time trends across English regions (2009–19). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2023;58(4):671-80. DOI: 10.1007/s00127-022-02388-7
13. Armitage JM, Newlove-Delgado T, Ford T, McManus S, Collishaw S. Characteristics of children with a psychiatric disorder in 1999, 2004 and 2017: an analysis of the national child mental health surveys of England. *J Child Psychol Psychiatry* 2025;66(2):167-77. DOI: 10.1111/jcpp.14040
14. McElroy E, Tibber M, Fearon P, Patalay P, Ploubidis GB. Socioeconomic and sex inequalities in parent-reported adolescent mental ill-health: time trends in four British birth cohorts. *J Child Psychol Psychiatry* 2023;64(5):758-67. DOI: 10.1111/jcpp.13730

15. Nilsen SA, Stormark KM, Bang L, Brunborg GS, Larsen M, Breivik K. Time trends in adolescent depressive symptoms from 2010 to 2019 in Norway: real increase or artifacts of measurements? *Psychol Med* 2024;54(14):3949-61. DOI: 10.1017/S0033291724002447
16. Black L, Panayiotou M, Humphrey N. Estimating adolescent mental health in the general population: current challenges and opportunities. *Lancet Psychiatry* 2025;12(2):153-60. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00254-2
17. Keyes KM, Platt JM. Annual Research Review: Sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21st century – trends, causes, consequences. *J Child Psychol Psychiatry* 2024;65(4):384-407. DOI: 10.1111/jcpp.13864
18. Parlikar N, Kvaløy K, Strand LB, Espnes GA, Moksnes UK. Loneliness in the Norwegian adolescent population: prevalence trends and relations to mental and self-rated health. *BMC psychiatry* 2023;23(1):895. DOI: 10.1186/s12888-023-05404-5
19. Hysing M, Petrie KJ, Harvey AG, Lønning KJ, Sivertsen B. Loneliness Across the COVID-19 Pandemic: Risk Factors in Norwegian Young People. *Clin Psychol Eur* 2023;5(3):e10483. DOI: 10.32872/cpe.10483
20. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlieff M, Lloyd-Evans B, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022;57(11):2161-78. DOI: 10.1007/s00127-022-02261-7
21. Hards E, Loades ME, Higson-Sweeney N, Shafran R, Serafimova T, Brigden A, et al. Loneliness and mental health in children and adolescents with pre-existing mental health problems: A rapid systematic review. *Br J Clin Psychol* 2022;61(2):313-34. DOI: 10.1111/bjc.12331
22. Boer M, Cosma A, Twenge JM, Inchley J, Jeriček Klanšček H, Stevens G. National-Level Schoolwork Pressure, Family Structure, Internet Use, and Obesity as Drivers of Time Trends in Adolescent Psychological Complaints Between 2002 and 2018. *J Youth Adolesc* 2023;52(10):2061-77. DOI: 10.1007/s10964-023-01800-y
23. Samdal O, Falcó C, Fismen A-S, Jåstad A, Larsen T, Wold C, et al. Trender i barn og unges helsevaner og trivsel. Helsevaner blant skoleelever - en flernasjonalt undersøkelse (HEVAS). Norske data fra 1983-2022. Bergen: Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL). Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen; 2024. Tilgjengelig fra: https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/hevas-rapport_121124-compressed.pdf
24. Eriksen IM, Sletten MA, Bakken A, von Soest T. Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager. Oslo: NOVA, OsloMet; 2017. NOVA Rapport 6/2017 Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/20.500.12199/5115/Nettutg-Stress-og-press-blant-ungdom-NOVA-Rapport-6-17-bokmerk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Stevens GWJM. Editorial: Adolescent mental health in a rapidly changing world. *J Child Psychol Psychiatry* 2024;65(12):1551-3. DOI: 10.1111/jcpp.14065
26. Högberg B, Strandh M, Hagquist C. Gender and secular trends in adolescent mental health over 24 years – The role of school-related stress. *Soc Sci Med* 2020;250:112890. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.112890
27. Appel M, Marker C, Gnams T. Are Social Media Ruining Our Lives? A Review of Meta-Analytic Evidence. *Rev Gen Psychol* 2020;24(1):60-74. DOI: 10.1177/1089268019880891
28. Orben A. Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020;55(4):407-14. DOI: 10.1007/s00127-019-01825-4
29. Orben A, Przybylski AK. The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nat Hum Behav* 2019;3(2):173-82. DOI: 10.1038/s41562-018-0506-1

30. Valkenburg PM, Meier A, Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. *Curr Opin Psychol* 2022;44:58-68. DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.08.017
31. Ferguson CJ, Kaye LK, Branley-Bell D, Markey P. There is no evidence that time spent on social media is correlated with adolescent mental health problems: Findings from a meta-analysis. *Prof Psychol Res Pr* 2025;56(1):73-83. DOI: 10.1037/pro0000589
32. Braghieri L, Levy R, Makarin A. Social Media and Mental Health. *Am Econ Rev* 2022;112(11):3660-93. DOI: 10.1257/aer.20211218
33. Vuorre M, Przybylski AK. A multiverse analysis of the associations between internet use and well-being. *Technol Mind Behav* 2024;5(2). DOI: 10.1037/tmb0000127
34. Vuorre M, Przybylski AK. Global Well-Being and Mental Health in the Internet Age. *Clin Psychol Sci* 2023;12(5):917-35. DOI: 10.1177/21677026231207791
35. Vuorre M, Przybylski AK. Estimating the association between Facebook adoption and well-being in 72 countries. *R Soc Open Sci* 2023;10(8):221451. DOI: 10.1098/rsos.221451
36. Keles B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *Int J Adolesc Youth* 2020;25(1):79-93. DOI: 10.1080/02673843.2019.1590851
37. The Lancet. Unhealthy influencers? Social media and youth mental health. *Lancet* 2024;404(10461):1375. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)02244-X
38. Kunnskapsdepartementet. Det digitale (i) livet: Balansert oppvekst i skjermenes tid. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Teknisk redaksjon; 2024. NOU 2024: 20. Tilgjengelig fra: <https://skjermbrukutvalget.no/>
39. Purba AK, Pearce A, Henderson M, McKee M, Katikireddi SV. Social media as a determinant of health. *Eur J Public Health* 2024;34(3):425-6. DOI: 10.1093/eurpub/ckae029
40. Collishaw S. Editorial: Studying child development in a changing world. *J Child Psychol Psychiatry* 2025;66(2):151-3. DOI: 10.1111/jcpp.14109
41. Pallesen S, Hetland J, Sivertsen B, Samdal O, Torsheim T, Nordhus IH. Time trends in sleep-onset difficulties among Norwegian adolescents: 1983--2005. *Scand J Public Health* 2008;36(8):889-95. DOI: 10.1177/1403494808095953
42. Aase KN, Vardheim I, Bentsen A, Kristiansen R, Bauger L, Tjelta T, et al. Ung i Telemark 2024. Skien: Korus Sør og Telemark fylkeskommune; 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.telemarkfylke.no/globalassets/statistikk-kart-og-analyse/kunnskapsgrunnlag-og-prosjekter/ungdata/ung-i-telemark-2024.pdf>
43. Sivertsen B, Hysing M. Søvn og søvnvansker hos ungdom. I: Klepp K-I, Skogen JC, Aarø LE, red. Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2023.
44. Hysing M, Harvey AG, Skrindo Knudsen AK, Skogen JC, Reneflot A, Sivertsen B. Mind at rest, mind at risk: A prospective population-based study of sleep and subsequent mental disorders. *Sleep Med X* 2025;9:100138. DOI: 10.1016/j.sleepx.2025.100138
45. Li L, Wu C, Gan Y, Qu X, Lu Z. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC psychiatry* 2016;16(1):375. DOI: 10.1186/s12888-016-1075-3
46. Krokstad MA, Sund E, Rangul V, Bauman A, Olsson C, Bjerkeset O. Secular trends in risk factors for adolescent anxiety and depression symptoms: the Young-HUNT studies 1995-2019, Norway. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024;33(11):3819-27. DOI: 10.1007/s00787-024-02373-2
47. Breivik K, Larsen MH. Mobbing i skolen: Grunnleggende fakta og tiltak med vekt på Olweusprogrammet. I: Klepp K-I, Skogen JC, Aarø LE, red. Ungdom, livsstil, og helsefremmende arbeid. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2023.

48. Utdanningsdirektoratet. Mobbetallene øker ikke lenger, men er fortsatt høye [nettdokument]. Oslo: Utdanningsdirektoratet [oppdatert 13. januar 2025; lest 26. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/analyser/2025/elevundersokelsen-2024/>
49. Källmén H, Hallgren M. Bullying at school and mental health problems among adolescents: a repeated cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2021;15(1):74. DOI: 10.1186/s13034-021-00425-y
50. Jardim PSJ, Gaustad JV, Langøien LJ, Næss GE. Omfang av seksuell trakassering i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/omfang-av-seksuell-trakassering-i-norge-rapport-2022.pdf>
51. Aakvaag HF, Hafstad GS, Hjemdal OK, Sandmoe A, Stene LE, Stensland SØ, et al. Vold og seksuelle overgrep. I: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 20. januar 2020; lest 21. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/skader/vold/?term=>
52. Sivertsen B, Johansen MS. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Hovedrapport 2022. Oslo: Styringsgruppen for Studentenes helse- og trivselsundersøkelse ved Studentsamskipnaden SiO; 2022. Tilgjengelig fra: https://studenthelse.no/SHoT_2022_Rapport.pdf
53. Bonsaksen T, Steigen AM, Granrud MD, Dangmann CR, Stea TH. Sexual harassment exposure among junior high school students in Norway: prevalence and associated factors. *Front Public Health* 2024;12. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1307605
54. Frøyland LR, Lid S, Schwencke EO, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2023. Oslo: NOVA/OsloMet; 2023. NOVA Rapport 11/23. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3083676>
55. Johansson F, Edlund K, Sundgot-Borgen J, Björklund C, Côté P, Onell C, et al. Sexual harassment, sexual violence and subsequent depression and anxiety symptoms among Swedish university students: a cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2024;59(12):2313-22. DOI: 10.1007/s00127-024-02688-0
56. Spencer CN, Khalil M, Herbert M, Aravkin AY, Arrieta A, Baeza MJ, et al. Health effects associated with exposure to intimate partner violence against women and childhood sexual abuse: a Burden of Proof study. *Nat Med* 2023;29(12):3243-58. DOI: 10.1038/s41591-023-02629-5
57. Theberath M, Bauer D, Chen W, Salinas M, Mohabbat AB, Yang J, et al. Effects of COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents: A systematic review of survey studies. *SAGE Open Med* 2022;10:20503121221086712. DOI: 10.1177/20503121221086712
58. Orban E, Li LY, Gilbert M, Napp A-K, Kaman A, Topf S, et al. Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review of longitudinal studies. *Front Public Health* 2024;11. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1275917
59. Wolf K, Schmitz J. Scoping review: longitudinal effects of the COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024;33(5):1257-312. DOI: 10.1007/s00787-023-02206-8
60. Hossain MM, Nesa F, Das J, Aggad R, Tasnim S, Bairwa M, et al. Global burden of mental health problems among children and adolescents during COVID-19 pandemic: An umbrella review. *Psychiatry Res* 2022;317:114814. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114814
61. Ahmed N, Barnett P, Greenburgh A, Pemovska T, Stefanidou T, Lyons N, et al. Mental health in Europe during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Lancet Psychiatry* 2023;10(7):537-56. DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00113-X

62. Duan C, Liu L, Wang T, Wang G, Jiang Z, Li H, et al. Evidence linking COVID-19 and the health/well-being of children and adolescents: an umbrella review. *BMC Med* 2024;22(1):116. DOI: 10.1186/s12916-024-03334-x
63. Nøkleby H, Borge TC, Lidal IB, Johansen TB, Langøien LJ. Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske helse: andre oppdatering av en hurtigoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2023/konsekvenser-av-covid-19-pandemien-for-barn-og-unges-liv-og-psykiske-helse/>
64. Bakken A. Ungdata 2022. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA, OsloMet; 2022. NOVA rapport 5/22. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmliui/handle/11250/3011548>
65. Sivertsen B, Knapstad M, Petrie K, O'Connor R, Lønning KJ, Hysing M. Changes in mental health problems and suicidal behaviour in students and their associations with COVID-19-related restrictions in Norway: a national repeated cross-sectional analysis. *BMJ open* 2022;12(2):e057492. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-057492
66. Surén P, Skirbekk AB, Torgersen L, Bang L, Godøy A, Hart RK. Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open* 2022;5(7):e2222079. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.22079
67. Robson CW, Fismen A-S, Skogen JC, Haug EMM. Secular trends in body weight perception among Norwegian adolescents: a 28-year cross-sectional analysis (1994–2022). *Sci Rep* 2025;15(1):16858. DOI: 10.1038/s41598-025-00439-y
68. von Soest T, Wichstrøm L. Secular trends in eating problems among Norwegian adolescents from 1992 to 2010. *Int J Eat Disord* 2014;47(5):448-57. DOI: 10.1002/eat.22271
69. Whitehead R, Berg C, Cosma A, Gobina I, Keane E, Neville F, et al. Trends in Adolescent Overweight Perception and Its Association With Psychosomatic Health 2002–2014: Evidence From 33 Countries. *J Adolesc Health* 2017;60(2):204-11. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2016.09.029
70. Morbech M, Sellers R, Gustavson K, Holt T. Interparental Conflict and Children's Depressive and Anxiety Symptoms in Four Residence Arrangements. *Family Transitions* 2024;65(5):355-80. DOI: 10.1080/28375300.2024.2382991
71. Armitage JM, Collishaw S, Sellers R. Explaining long-term trends in adolescent emotional problems: what we know from population-based studies. *Discov Soc Sci Health* 2024;4(1):14. DOI: 10.1007/s44155-024-00076-2
72. Abel KM, Hope H, Swift E, Parisi R, Ashcroft DM, Kosidou K, et al. Prevalence of maternal mental illness among children and adolescents in the UK between 2005 and 2017: a national retrospective cohort analysis. *Lancet Public Health* 2019;4(6):e291-e300. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30059-3
73. Schepman K, Collishaw S, Gardner F, Maughan B, Scott J, Pickles A. Do changes in parent mental health explain trends in youth emotional problems? *Soc Sci Med* 2011;73(2):293-300. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.05.015
74. Armitage JM, Kwong ASF, Tseliou F, Sellers R, Blakey R, Anthony R, et al. Cross-cohort change in parent-reported emotional problem trajectories across childhood and adolescence in the UK. *Lancet Psychiatry* 2023;10(7):509-17. DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00175-X
75. Brantsæter AL, Mykletun A. Kosthold og psykisk helse. Oppfølging av punkt 5.5 i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2023/kosthold-og-psykisk-helse--oppfolging-av-punkt-5.5-i-nasjonal-handlingsplan>
76. Lane MM, Travica N, Gamage E, Marshall S, Trakman GL, Young C, et al. Sugar-Sweetened Beverages and Adverse Human Health Outcomes: An Umbrella Review of

- Meta-Analyses of Observational Studies. *Annu Rev Nutr* 2024;44:383-404. DOI: 10.1146/annurev-nutr-062322-020650
77. Ajibo C, Van Griethuysen A, Visram S, Lake AA. Consumption of energy drinks by children and young people: a systematic review examining evidence of physical effects and consumer attitudes. *Public Health* 2024;227:274-81. DOI: 10.1016/j.puhe.2023.08.024
 78. Chaput J-P, Willumsen J, Bull F, Chou R, Ekelund U, Firth J, et al. 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2020;17(1):141. DOI: 10.1186/s12966-020-01037-z
 79. Inchley J, Currie D, Jewell J, Breda J, Barnekow V. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014: observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. Geneva: World Health Organization; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289052405>
 80. McGorry P, Gunasiri H, Mei C, Rice S, Gao CX. The youth mental health crisis: analysis and solutions. *Front Psychiatry* 2024;15:1517533. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1517533
 81. Sweeting H, West P, Young R, Der G. Can we explain increases in young people's psychological distress over time? *Soc Sci Med* 2010;71(10):1819-30. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.08.012
 82. McGorry PD, Mei C, Dalal N, Alvarez-Jimenez M, Blakemore S-J, Browne V, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *Lancet Psychiatry* 2024;11(9):731-74. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00163-9
 83. Hiilamo A, Hiilamo H, Ristikari T, Virtanen P. Impact of the Great Recession on mental health, substance use and violence in families with children: A systematic review of the evidence. *Child Youth Serv Rev* 2021;121:105772. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2020.105772
 84. Mondal S, Kar J, Bagchi E, Mukhopadhyay U. Eco-anxiety in Adolescents: A Meta-Analysis of the Impact of Climate Change on Mental Health. I: Mukhopadhyay U, Bhattacharya S, Chouhan P, Paul S, Chowdhury IR, Chatterjee U, red. *Climate Crisis, Social Responses and Sustainability: Socio-ecological Study on Global Perspectives*. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024. s. 347-68. Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1007/978-3-031-58261-5_15
 85. Hickman C, Marks E, Pihkala P, Clayton S, Lewandowski RE, Mayall EE, et al. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *Lancet Planet Health* 2021;5(12):e863-e73. DOI: 10.1016/S2542-5196(21)00278-3
 86. Öztekin GG. The relationship of future anxiety with a multidimensional framework of well-being among undergraduate students: optimism and pessimism as mediators. *BMC Psychology* 2025;13(1):40. DOI: 10.1186/s40359-025-02387-8
 87. Humphrey A, Bliuc A-M. Western Individualism and the Psychological Wellbeing of Young People: A Systematic Review of Their Associations. *Youth* 2022;2(1):1-11. DOI: 10.3390/youth2010001
 88. Santos HC, Varnum MEW, Grossmann I. Global Increases in Individualism. *Psychol Sci* 2017;28(9):1228-39. DOI: 10.1177/0956797617700622
 89. Bahl NKH, Nafstad HE, Blakar RM, Langvik E. Living in the Era of an Ideological Climate of Globalisation: A Study of Psychological Sense of Community Among Young and Older Adults in Two Cultures (India and Norway). *Challenges for Community Psychology and the Applied Social Sciences*. *Front Psychol* 2021;12:718190. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.718190

90. Türken S, Nafstad HE, Phelps JM, Blakar RM. Youth's future orientation and well-being: Materialism and concerns with education and career among turkish and norwegian youth. *Int J Child Youth Family Stud* 2016;7(3-4):472-97. DOI: 10.18357/ijcyfs73-4201616175
91. Nezlek JB, Humphrey A. Individualism, Collectivism, and Well-being Among a Sample of Emerging Adults in the United States. *Emerg Adulthood* 2023;11(2):520-4. DOI: 10.1177/21676968211054596
92. Curran T, Hill AP. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychol Bull* 2019;145(4):410-29. DOI: 10.1037/bul0000138
93. Goldblatt P, Castedo A, Allen J, Lionello L, Bell R, Marmot M, et al. Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014. London: Institute of Health Equity; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-norway-since-2014>
94. Langton EG, Collishaw S, Goodman R, Pickles A, Maughan B. An emerging income differential for adolescent emotional problems. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52(10):1081-8. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2011.02447.x
95. Elgar FJ, Pförtner T-K, Rothwell D. Socioeconomic differences and global trends in youth wellbeing and emotional distress in 165 countries and territories. *Health Place* 2024;89:103322. DOI: 10.1016/j.healthplace.2024.103322
96. Elgar FJ, Pförtner T-K, Moor I, De Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* 2015;385(9982):2088-95. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61460-4
97. Bøe T. Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosioøkonomisk-status-og-barn-og-unges-psykologiske-utvikling>
98. Eika L, Langørgen A. Drivere bak utviklingen i fattigdom blant barn. Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/drivere-bak-utviklingen-i-fattigdom-blant-barn>

3 Tidstrender i forekomst av autismediagnoser

Skrevet av: Alejandra Martinez Sanchez, Johanne Hagen Pettersen, Knut Jørgen Bjuland, Martin Scheiene, Lasse Bang, Heidi Aase, og Alexandra Havdahl

Andelen av barn og unge i befolkningen som får en diagnose i autismespekteret har økt markant de siste årene, spesielt blant jenter og barn under skolealder. Det er store geografiske og sosiale forskjeller i diagnostisering. Det er behov for en nasjonal retningslinje for å bedre kvalitet og likestilling i diagnostisering og oppfølging av autisme, et arbeid som nå er igangsatt.

Hovedfunn i dette kapittelet:

- Over tid har andelen barn og unge med autisme økt markant. Trenden er kontinuerlig fra 2010 til og med 2024.
- De største økningene i årlige nye autismediagnoser finner vi blant jenter, eldre barn og unge uten språklige eller intellektuelle funksjonsnedsettelse, og små barn under skolealder.
- Økningen i autismediagnoser blant små barn er knyttet til sosiale ulikheter, spesifikt foreldrenes inntektsnivå og innvandringsbakgrunn.

Innledning

Forekomsten av autismediagnoser har økt sterkt i mange land de siste tiårene. En bratt stigning i antall henvisninger har ført til lange ventetider og begrensninger i kapasitet for utredning og oppfølging av barn og voksne på autismespekteret. I denne teksten ser vi nærmere på utviklingen over tid i Norge, og diskuterer de viktigste utviklingstrekkene og mulige årsaker. Ved å følge med på diagnostisering over tid, kan man identifisere trender og endringer i befolkningen som kan kreve tilpasninger i politikk og tjenestetilbud. Skoler, helsevesenet og sosiale tjenester kan bruke informasjonen til å sikre at de har tilstrekkelige ressurser og støtteprogrammer for personer på autismespekteret og deres familier. Tidlig tilgang til tilpasset oppfølging og tilrettelegging kan ha stor betydning for utvikling, funksjon og trivsel for barn og voksne på autismespekteret og deres familier.

I denne teksten presenterer vi tall fra Norsk Pasientregister (NPR) på autismediagnoser stilt i perioden 2010 til 2022 i befolkningen av barn og unge i alderen 2 til 30 år. Vi ser nærmere på forskjeller etter alder, kjønn, hvor i landet man bor og familiebakgrunn. Metode er beskrevet nærmere i vedlegg 1.

Fakta om autisme

Autisme kjennetegnes ved en annerledes utvikling av kommunikasjon, sosial funksjon, sensorisk funksjon, fokuserte interesser, preferanse for rutiner og repeterende mønstre i tale eller atferd. Alder, kjønn, språklig og intellektuell funksjon kan påvirke hvordan disse trekkene kommer til uttrykk. Trekkene knyttet til autisme varierer betydelig i befolkningen, og noen personer kan ha mange av kjennetegnene uten å oppleve vansker. Derfor stilles en klinisk autismediagnose bare dersom trekkene er knyttet til funksjonsutfordringer eller behov for støtte. Diagnosen krever også at i alle fall noen av autistetrekkene har vært til stede fra barndommen, selv om de kanskje ikke ble lagt merke til eller knyttet til utfordringer før senere i livet.

Autisme er en spektertilstand, noe som betyr at det er stor variasjon i hvordan trekkene vises, og i profil av styrker, utfordringer og behov for tilrettelegging og støtte. Dette kan også endre seg gjennom livsløpet hos enkeltpersoner. Autisme forekommer med alle nivåer av språklig og intellektuell funksjon. Mens noen har omfattende intellektuell funksjonsnedsettelse og er uten talespråk, har andre høyere intellektuell og språklig funksjon enn gjennomsnittet i befolkningen. Noen voksne på autismspekteret lever selvstendige liv, mens andre trenger kontinuerlig tilsyn og hjelp, og de fleste har støttebehov imellom disse ytterpunktene. De fleste med en autismediagnose har en eller flere samtidige tilstander slik som for eksempel ADHD, angst, epilepsi, eller mage-tarm-lidelser (1). Imidlertid er det stor variasjon i den enkelte persons profil av samtidige utfordringer.

Fordi variasjonen i utfordringer, styrker, behov og samtidige tilstander er så stor innen autismspekteret er persontilpasset forståelse, tilrettelegging og hjelp avgjørende. Det finnes ingen tiltak som har universell nytte for alle på autismspekteret. Derfor fremhever retningslinjer for diagnostisering av autisme at en diagnose bør følges av en persontilpasset beskrivelse av den spesifikke profilen av utfordringer, styrker og behov, inkludert talespråk, intellektuell funksjon, og samtidige tilstander.

Omtale av autisme

Mange mennesker på autismspekteret foretrekker «identitet-først språk», slik som «autistiske personer», fordi de opplever autismen som en integrert del av sin identitet, ikke noe de «har» (2). Imidlertid foretrekker andre «person-først-språk», som «person med autisme», for å unngå å redusere et menneske til diagnosen. Det er ikke konsensus blant personer på autismspekteret, blant foreldre og andre nærstående, eller blant fagmiljøer om hvilken terminologi som er mest passende (3). I denne rapporten har vi derfor valgt å bruke en balansert tilnærming, ved å bruke benevnelsene «personer på autismspekteret» og «personer med autismediagnose», for å anerkjenne både den individuelle opplevelsen og respekt for enkeltpersoners valg av identitetsbeskrivelse.

Ulike forståelsesmodeller

Gjennom historien har forskning og forståelse av autisme i stor grad dreid seg om tiltak som søker å endre individets atferd eller egenskaper, fremfor å adressere samfunnets rolle. Dette benevnes ofte som den medisinske modellen, som ser funksjonsnedsettelse som en biologisk forskjell hos individet og fokuserer på behandling for å tilpasse personen til normen. Som en motvekt til dette har det over tid vokst frem et annet perspektiv fra autistiske fellesskap og nevromangfoldsbewegelsen. Dette perspektivet bygger på den sosiale forståelsesmodellen, som setter søkelys på at funksjonsnedsettelse hovedsakelig skyldes samfunnsmessige barrierer, og at løsningen kan ligge i bedre tilrettelegging og samfunnsendringer (3). Nevromangfoldsperspektivet fremmer ideen om at nevrologiske variasjoner og nevrodivergente personer er en del av naturlig menneskelig mangfold og ikke nødvendigvis patologiske, og oppfordrer til aksept og tilrettelegging. Det finnes flere nyanser mellom perspektivene, og for å møte personer på autismspekteret på best måte er det behov for kunnskap om ulike forståelsesmodeller, begrepsbruk og hvordan vi ivaretar den store variasjonen av menneskelig mangfold på individ- og samfunnsnivå.

Hvordan har forståelsen av og diagnosekriteriene for autisme endret seg over tid?

Før 1990-tallet var autisme snevert definert som barneautisme, også kjent som «klassisk autisme». Diagnosen krevde omfattende utfordringer innen kommunikasjon, sosial funksjon, fokuserte interesser og gjentakende rutiner, med klare funksjonsnedsettelse synlige fra småbarnsalder. De fleste som ble diagnostisert, hadde betydelige språklige og intellektuelle funksjonsnedsettelse.

På midten av 1990-tallet ble flere diagnoser lagt til som en del av autismspekteret, som Aspergers syndrom og uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Denne utvidelsen gjorde det mulig å fange opp personer med støttebehov relatert til autisme, uavhengig av deres språklige og intellektuelle funksjon.

En ny versjon av det amerikanske diagnosesystemet ble publisert i 2013 (DSM-5; (4)). Inndelingen av autismspekteret i kategorier som barneautisme og Aspergers syndrom ble fjernet, og erstattet med mer individualiserte funksjonsbeskrivelser av talespråk, intellektuell funksjon, og eventuelle samtidige nevroutviklingstilstander, psykiske og fysiske lidelser (4). En lignende endring ble gjort i den internasjonale diagnosemanualen som brukes i Europa (ICD-11 (5)) og som snart skal innføres i Norge.

I disse nye diagnosemanualene er det fremhevet at autisme forekommer på tvers av kjønn og i ulike sosioøkonomiske og etniske grupper, inkludert de som tidligere har vært underrepresentert, slik som jenter, personer fra familier med lav inntekt og fra familier med etnisk minoritetsbakgrunn (4;5). Tidligere var det ofte utfordrende å diagnostisere autisme sammen med andre tilstander som ADHD, angst, eller Downs syndrom. Den nye tilnærmingen tilrettelegger for diagnostisering av alle relevante samtidige tilstander for å oppnå en helhetlig og persontilpasset forståelse av individets funksjon og behov.

Selv om helsevesenet i Norge fortsatt koder diagnoser i henhold til versjonen fra 1990-tallet, har de nyere diagnosemanualene lenge vært brukt i opplæring av norske leger og psykologer, og endringene er allment kjent gjennom fagartikler, media og sosiale medier. Det er derfor sannsynlig at disse endringene har påvirket praksis, både når det gjelder hjelpsøking, henvisning og diagnostisering.

Hvor mange har en autismediagnose i Norge?

Totalt fikk 29 765 barn og unge i alderen 2-30 år en autismediagnose i løpet av tidsperioden 2010-2022, viser data fra NPR (tallunderlag i vedlegg 1.1). Dette tilsvarer 1,6 prosent av befolkningen i aldersgruppen. Andelen av befolkningen som har fått en autismediagnose øker med alderen, ettersom mange på autismspekteret oppdages først i tenårene eller senere:

- 0,8 prosent av førskolebarn (2-5 år)
- 1,3 prosent av barneskolebarn (6-12 år)
- 1,9 prosent av ungdommer (13-17 år)
- 1,8 prosent av unge voksne (18-30 år)

Forekomsten blant ungdommer og unge voksne har doblet seg i løpet av ti år. Likevel er økningen i autismediagnoser verken ny eller spesifikk for Norge. I mange høyinntektsland har autisme gått fra å være en svært sjelden diagnose på 1980-tallet til å bli en vanlig diagnose med forekomst rundt 2-3 prosent (6-9). Internasjonalt har autismediagnoser økt særlig i grupper som historisk har vært underrepresentert eller underdiagnostisert. Dette inkluderer personer uten samtidige vansker med språk og intellektuell funksjon, jenter, samt personer fra familier med lav inntekt og personer med minoritetsbakgrunn (10).

Årlige endringer i nye autismediagnoser

For å undersøke tidstrender, har vi analysert årlige endringer i stilte autismediagnoser fra 2010 til 2022 blant barn og unge født i Norge (tallunderlag i vedlegg 1.2). Dette er en analyse av årlig *insidens* av autismediagnoser, som representerer antallet nye autismediagnoser hvert år. Hver person som får en autismediagnose, telles bare én gang – den første gangen diagnosen ble registrert. For eksempel vil en person som har vært i spesialisthelsetjenesten med registrert autismediagnose både i 2012 og 2015 bli inkludert i den årlige insidensen for 2012, men ikke for 2015. Vi har avgrenset analysen til personer født i Norge for å øke sammenlignbarheten over tid, samt for å sikre nøyaktighet, da vi ikke har tilgang til informasjon om hvorvidt barn og unge som har innvandret til Norge, har fått diagnosen før ankomst.

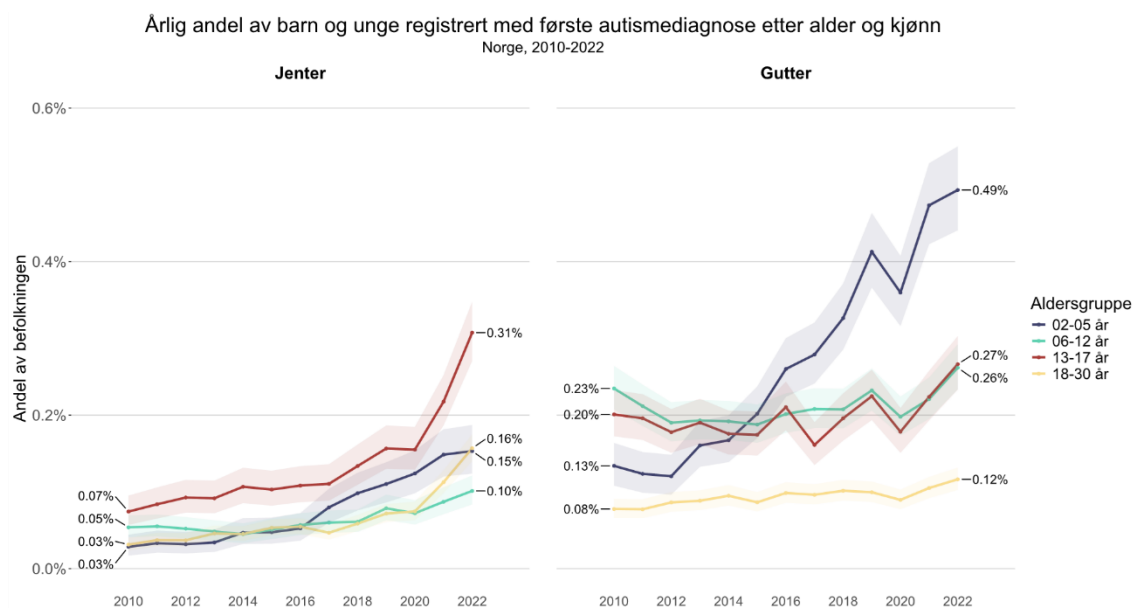
De største økningene i årlige nye autismediagnoser ser vi blant:

- Jenter
- Eldre barn og unge uten språklige eller intellektuelle funksjonsnedsettelse
- Små barn under skolealder

Figur 1 viser at nye autismediagnoser har økt spesielt blant jenter i alle aldersgrupper. Fra 2010 til 2022 var det en femdobling av autismediagnoser blant små jenter i førskolealder, en tredobling for jenter i barneskolealder, en firedobling for jenter i ungdomsalder, og en femdobling for unge kvinner.

Blant gutter har det også vært en økning i autismediagnoser, i hovedsak blant de yngste under skolealder. Fra 2010 til 2022 var det nær en firedobling i autismediagnoser blant gutter i alderen 2-5 år, i likhet med en femdobling for jenter i samme alder. Blant gutter i barneskolealder (6-12 år) og ungdomsalder (13-17 år) var årlig insidens relativt stabil gjennom perioden. Blant unge voksne menn (18-30 år) var det en svak økning i perioden.

Median alder ved første autismediagnose blant jenter har økt fra 14 år til 16 år i perioden 2010-2022, mens for gutter har median alder gått ned fra 12 år til 11 år (vedlegg 1.3).



Figur 1: Årlig andel av barn og unge registrert med første autismediagnose etter alder og kjønn. Skyggeområdet rundt hvert insidensestimert viser et 99% konfidensintervall, som gir en indikasjon på den statistiske usikkerheten til estimatet.

Fortsatt økning i 2023-2024

Analysene i denne rapporten ble gjort for årene 2010-2022. Etter at analysene var ferdigstilt ble nye data frem til 2024 tilgjengeliggjort, men kun i aggregert form uten kobling til SSB for informasjon om foreldres inntekt eller innvandringsbakgrunn. Vi har likevel undersøkt hvorvidt økningen i autismediagnoser fra 2010-2022 har fortsatt i årene 2023-2024, og finner en klar fortsatt økning i insidens for autismediagnoser fra 2022 til 2024. I befolkningen av barn 2-17 år gikk insidens fra 0,25 prosent til 0,34 prosent samlet sett, fra 0,14 prosent til 0,24 prosent blant jenter og fra 0,33 prosent til 0,43 prosent blant gutter (vedlegg 1.4). Økningen indikerer en kontinuerlig trend mot høyere insidens av stilte autismediagnoser.

Komplekse og sammensatte årsaker til økningen

Tvillingstudier finner at på gruppenivå kan omtrent 80 prosent av predisposisjonen for autisme forklares av genetiske faktorer, som betyr at autisme har en sterk arvelig komponent (11). Genetikk forklarer likevel ikke alt, men samvirker med andre faktorer som påvirker hjerneutvikling og funksjon.

Det finnes et stort antall hypoteser om hvordan ulike endringer i samfunnet og omgivelsene, som har skjedd samtidig med økningen i autismediagnoser, kan ha påvirket økningen. Blant de mange faktorene forskere undersøker er den økende alderen hos førstegangsforeldre, svangerskapskomplikasjoner som diabetes, og fremskritt innen medisinsk teknologi som har forbedret overlevelsen for svært premature barn. Det er utfordrende å fastslå om det er årsakssammenhenger mellom spesifikke faktorer og endringer i diagnosefrekvensen, siden mange samtidige endringer er sterkt sammenvevd og i tillegg vanskelig å skille fra genetiske påvirkninger. Derimot er det sterk evidens for at autisme ikke forårsakes av MMR-vaksine eller røyking i svangerskapet (12). For eksempel viser en studie av mer enn 650 000 barn født i Danmark at det er ingen sammenheng mellom MMR-vaksine og sannsynlighet for autismediagnose (13).

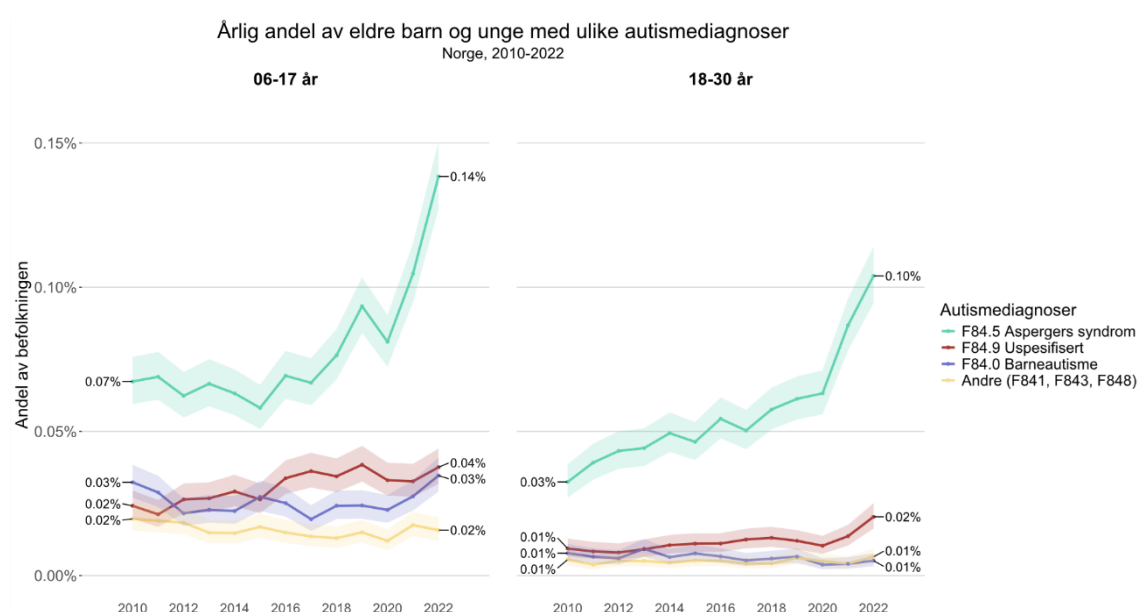
Flere studier fremhever den mulige betydningen av samfunnsfaktorer, som endringer i normer og forventninger (11;14;15). Studier fra Sverige har vist at mens nivåene av autistiske trekk hos barn forble stabile over en tiårsperiode, var det en betydelig økning i funksjonsutfordringer knyttet til disse trekkene, og i antall autismediagnoser (16;17). Forskerne har foreslått at en mulig årsak til de økende funksjonsutfordringene kunne være endringer i skole og samfunn, slik som høyere forventninger til samarbeid i grupper, ansvar for egen læring, toleranse for støy, og evne til omstilling, som kan være krevende for nevrodivergente barn og unge. Vi har foreløpig lite kunnskap om hvordan slike kontekstuelle faktorer er knyttet til frekvens av nevrouviklingsdiagnoser som autisme og ADHD.

En omfattende kunnskapsoppsummering av internasjonal forskning har konkludert med at økningen i autismediagnoser hovedsakelig kan tilskrives eksterne faktorer som endret praksis, økt kunnskap og bedre oppdagelse (10). Selv om kunnskapsoppsummeringen ikke utelukker muligheten for at økningen delvis kan skyldes endringer i samfunns- eller miljøfaktorer, fremheves det at det ikke finnes solid evidens som støtter dette.

Videre i kapitlet vil vi se på spesifikke utviklingstrekk for autismediagnoser i Norge, og diskutere mulige årsaker til de økningene vi ser over tid.

Økning blant eldre barn og unge uten språklige eller intellektuelle funksjonsnedsettelse

Figur 2 viser en markant økning i årlige nye diagnoser av Asperger syndrom blant personer i alderen 6 til 30 år. Sammenlignet med diagnosen barneautisme, har Asperger syndrom-diagnosen færre kriterier knyttet til omfanget av utfordringer og alderen når disse utfordringene blir tydelige. Den kan også bare stilles når det er fravær av språklige og intellektuelle funksjonsvansker. Mellom 2010 og 2022 har antallet Asperger syndrom-diagnoser blant barn og ungdom doblet seg, mens det blant unge voksne har tredoblet seg— med en dobling for menn og en seksdobling for kvinner. I tillegg har det vært en dobling i diagnoser av uspesifisert autismspektertilstand. Denne diagnosen benyttes når kriteriene for spesifikke autismsdiagnoser ikke er helt oppfylt.



Figur 2: Årlig andel av eldre barn og unge med ulike autismsdiagnoser. Skyggeområdet rundt hvert insidensestimert viser et 99% konfidensintervall, som gir en indikasjon på den statistiske usikkerheten til estimatet.

Disse funnene samsvarer med internasjonale tidstrender, og økningen i diagnosene Asperger syndrom og uspesifisert autismspektertilstand er antatt å gjenspeile en global utvikling hvor økt bevissthet og endret praksis har gjort det mulig å oppdage autisme med et bredere spekter av funksjonsutfordringer (10).

Et paradoksalt funn i den økende forekomsten av autismsdiagnoser er at mens det totale antallet diagnostiseringer har steget betydelig, har antallet personer diagnostisert med autisme kombinert med intellektuell funksjonsnedsettelse gått ned over tid. I 2010 ble 1 553 barn og unge diagnostisert med autisme, hvorav 251 (16 prosent) også ble diagnostisert med intellektuell funksjonsnedsettelse. I 2022 ble 3 277 barn og unge diagnostisert med autisme, men kun 133 (4 prosent) av disse har også diagnosen intellektuell funksjonsnedsettelse.

En av flere mulige årsaker til denne nedgangen kan være at det kan ta lang tid før klinikere gjennomfører den nødvendige kartleggingen for å stille diagnosen intellektuell funksjonsnedsettelse. Diagnosen krever kartlegging av personens profil av utfordringer og styrker innen verbal og ikke-verbal problemløsning og læring, og dagliglivsfunksjon knyttet til å

klare seg selvstendig innen områder som sosialisering, kommunikasjon, egenomsorg, fritid, og deltakelse i samfunnet.

Slik kartlegging anbefales også i internasjonale retningslinjer for utredning av autisme, ikke bare ved mistanke om intellektuell funksjonsnedsettelse, men fordi funksjonsprofilen er viktig for planlegging av persontilpasset støtte og tilrettelegging (1). Likevel rapporterer helsepersonell om at begrenset kapasitet gjør at denne komponenten i autismeutredninger ofte ikke inkluderes. En journalgjennomgangsstudie viste at under 30 prosent av autismeutredninger i Norge inkluderte en systematisk kartlegging av dagliglivsfunksjon (adaptiv fungering) (19). Videre har intervjuer med fagpersoner avdekket at selv om støtte og tilrettelegging skal være basert på funksjon, uavhengig av diagnose, gir en autismediagnose ofte større tilgang til slike tjenester enn diagnoser som språklige eller intellektuelle funksjonsnedsettelser (20). Dette kan muligens føre til større fokus på spesifikk utredning av tegn på autisme enn en bredere kartlegging av funksjonsprofil.

Hvorfor øker autismediagnoser mest blant jenter?

Økningen i antall autismediagnoser blant jenter er et fenomen som også ses internasjonalt, spesielt i andre høyinntektsland. For eksempel har det i Sverige vært en seksdobling av diagnoser blant tenåringsjenter fra 2010 til 2023 (9). Det er mange hypoteser om hvorfor denne økningen er særlig stor blant jenter.

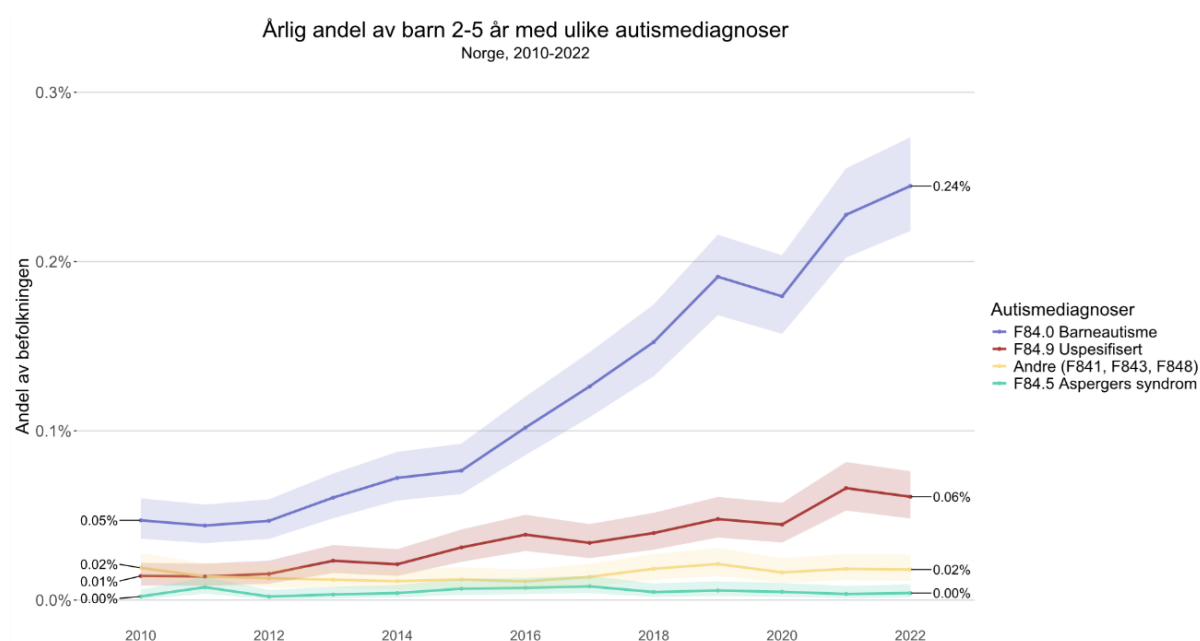
Tradisjonelt har diagnosen vært assosiert med gutter, og de fleste kartleggingsinstrumentene er derfor laget ut fra symptomer som er vanlige hos gutter (1). Det kan ha ført til at mange jenter på autismespekteret tidligere ble oversett eller feildiagnostisert. Etter hvert som forståelsen for at autismetegn kan variere mellom kjønnene har økt, har flere jenter fått diagnoser som bedre reflekterer deres opplevelser og utfordringer. Jenter kan legge mer innsats i å «maskere» symptomer ved å tilpasse seg sosialt, noe som kan ha bidratt til underdiagnostisering eller forsinket diagnose (21).

Videre tyder forskning på at autisme hos jenter oftere oppdages først etter at de har vært i behandling for andre utfordringer som angst eller depresjon. Tall fra NPR viser at blant personer som fikk en autismediagnose i ung voksen alder (18-30 år), hadde 44 prosent av kvinnene og 25 prosent av mennene tidligere fått en angstdiagnose i spesialisthelsetjenesten (vedlegg 1.3). Det har vært en økning over tid i andelen personer med en angstdiagnose før autismediagnose, for både kvinner og menn, og det samme mønsteret ses for stemningslidelser som depresjon.

Økningen i autismediagnoser blant jenter har vært spesielt bratt fra covid-19-pandemien startet i 2020. Dette sammenfaller med en generell økning i diagnoser som ADHD, angst og depresjon blant jenter. Det er mulig at de sosiale og psykiske belastningene og rutineendringene som fulgte med pandemien kan ha hatt innvirkning på jenters kapasitet til å maskere sine utfordringer. Ettersom disse hypotesene peker på en kompleks sammenheng av faktorer, er det viktig med videre forskning for å bedre forstå mekanismene bak økningen i diagnoser blant jenter.

Økningen blant små barn under skolealder er knyttet til sosiale ulikheter

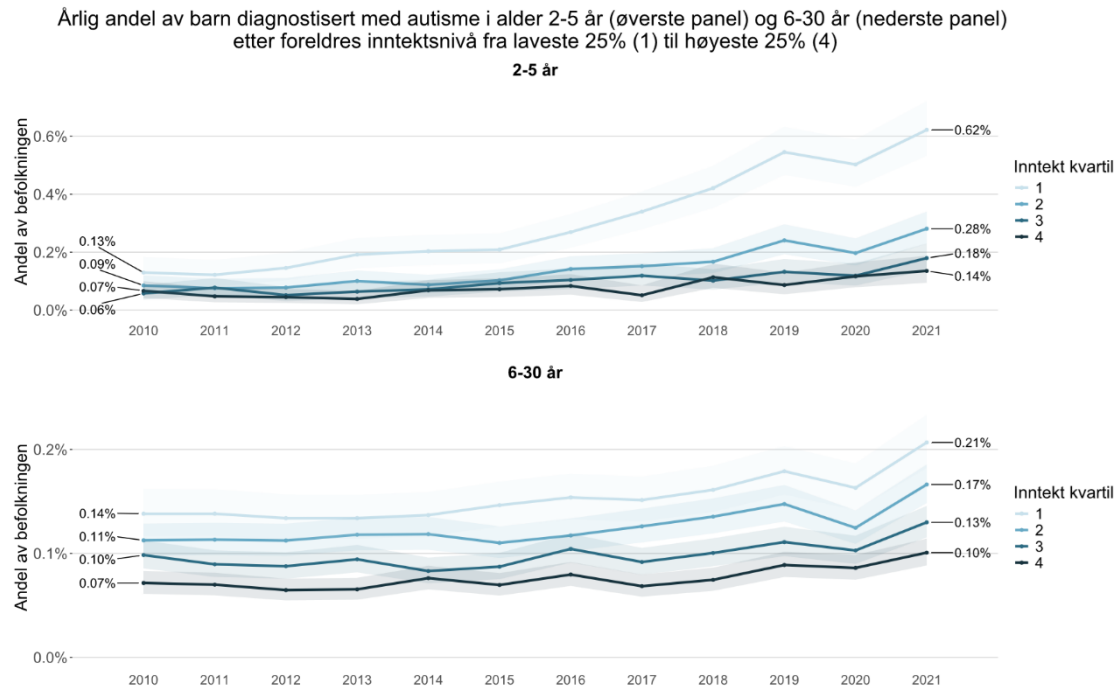
Siden 2012 er den årlige andelen av små barn i alderen 2-5 år som får en autismediagnose nesten firedoblet for gutter og femdoblet for jenter (figur 1). For å forstå denne markante økningen blant de aller yngste, må vi se på de unike mønstrene for denne aldersgruppen. Mens økningen blant eldre barn og unge primært har vært blant dem uten språklige eller intellektuelle funksjonsnedsettelse, med særlig vekt på jenter, skiller mønstrene blant de yngre barna seg ut. De fleste av disse barna fikk diagnosen barneautisme (figur 3). Dette samsvarer med forskning som viser at barn som får en autismediagnose før skolealder ofte har klare utfordringer med språk eller generelt forsinket utvikling som leder til tidlig henvisning (1).



Figur 3: Årlig andel av barn 2-5 år med ulike autismediagnoser. Skyggeområdet rundt hvert insidensestimat viser et 99% konfidensintervall, som gir en indikasjon på den statistiske usikkerheten til estimatet.

Dataene tyder også på at den økte insidensen blant de yngste barna i stor grad henger sammen med sosiodemografiske faktorer, spesielt med hensyn til foreldrenes inntektsnivå og innvandringsbakgrunn. Blant barn av foreldre som befinner seg i den laveste inntektsfjerdedelen, er det en nesten dobbelt så stor økning i antall autismediagnoser sammenlignet med barn av foreldre i den høyeste inntektsgruppa (figur 4, øvre panel). Den brattere økningen fra 2013-2015 blant barn fra familier med lav inntekt kan ikke tilskrives lavere inntekt blant familier med innvandringsbakgrunn, ettersom vi ser lignende mønster for barn med to norskfødte foreldre.

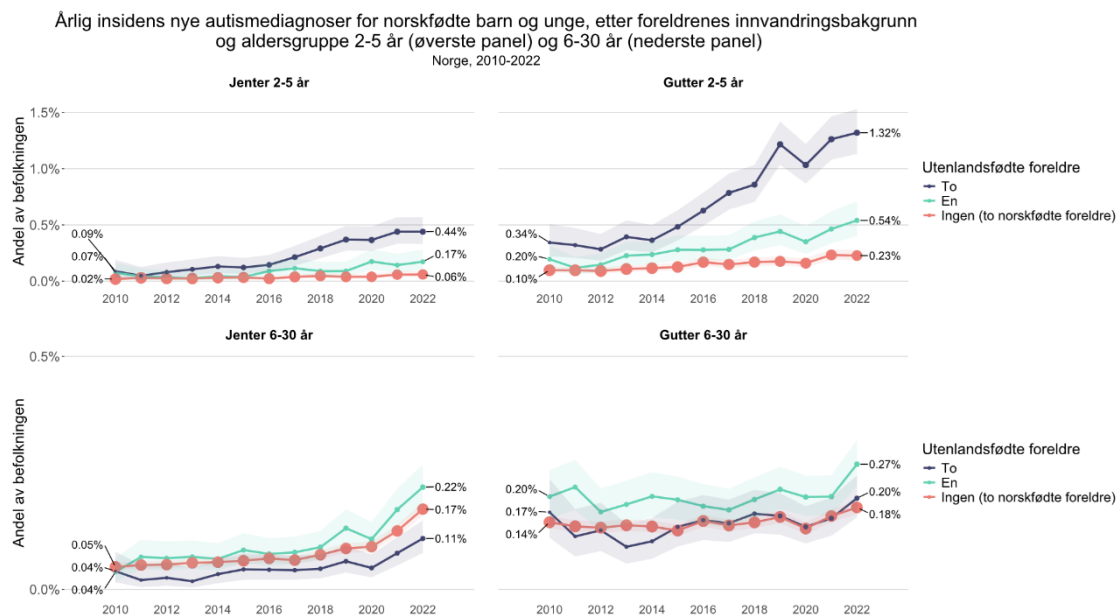
Derimot, når vi ser på barn og unge som får autismediagnosen fra skolealder og senere, er ikke det samme mønsteret med brattere økning ved lav inntekt til stede (figur 4, nedre panel). I denne eldre aldersgruppen ser vi relativt parallell økning i autismediagnoser uavhengig av inntektsnivå.



Figur 1: Årlig andel av barn diagnostisert med autisme i alder 2-5 år (øverste panel) og 6-30 år (nederste panel) etter foreldres inntektsnivå fra laveste 25% (1) til høyeste 25% (4). Inntektsdata var kun tilgjengelig til og med 2021. Skyggeområdet rundt hvert insidensestimert viser et 99% konfidensintervall, som gir en indikasjon på den statistiske usikkerheten til estimatet.

Ulikheter etter foreldres landbakgrunn

Figur 5 viser den årlige insidensen av autismediagnoser blant norskfødte barn, gruppert basert på antall foreldre født i utlandet (0, 1 eller 2). I de første årene var insidensen relativt lik mellom barn med to norskfødte foreldre, én utenlandsfødt forelder, og to utenlandsfødte foreldre, som illustrert i det øvre panelet. Fra rundt 2013-2015 ser vi imidlertid en betydelig økning i autismediagnoser blant små barn med to utenlandsfødte foreldre. Den brattere økningen er spesifikk for barn som får diagnosen før skolealder; for barn som er diagnostisert etter fylte seks år er det ingen større økning blant barn med utenlandsfødte foreldre enn blant barn med to norskfødte foreldre (neder panel i figur 5). Dette mønsteret er i tråd med funn fra andre norske studier (22-25).

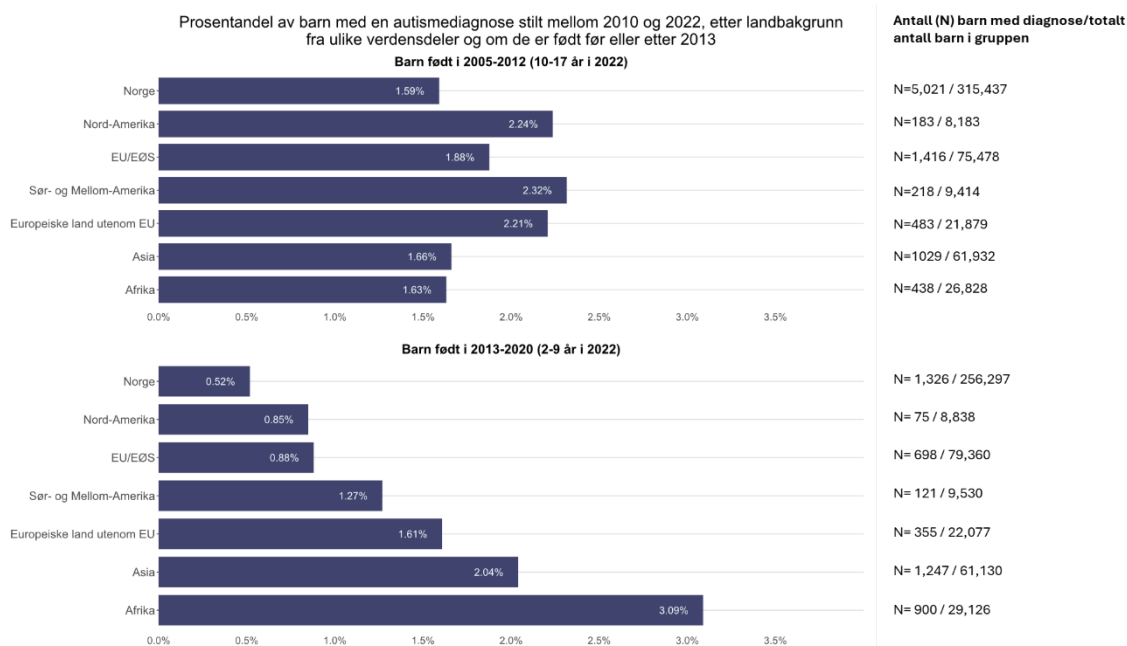


Figur 2: Årlig insidens av nye autismediagnoser for norskfødte barn og unge, etter foreldrenes innvandringsbakgrunn og aldersgruppe 2-5 år (øverste panel) og 6-30 år (nederste panel). Punktstørrelse representerer antall barn i den aktuelle gruppen; små grupper av barn med utenlandsfødte foreldre. Skyggeområdet rundt hvert insidensestimert viser et 99% konfidensintervall, som gir en indikasjon på den statistiske usikkerheten til estimatet.

Barn og unge med minst én utenlandsfødt forelder får oftest autismediagnosen i tidlig barndom og underdiagnosen barneautisme, mens barn og unge med to norskfødte foreldre får oftest diagnosen i tenårene og underdiagnosen Aspergers syndrom. Forskjellen i diagnosealder har økt fra 2010 til 2022. For personer med minst en utenlandsfødt forelder gikk alder ved diagnose fra 8 til 5 år for gutter og fra 8 til 12 år for jenter. For personer med to norskfødte foreldre var alder ved diagnose stabil på 13 år for gutter, men økte for jenter fra 15 til 17 år (vedlegg 1.3).

Ettersom barn med utenlandsfødte foreldre utgjør en svært mangfoldig gruppe, er det behov for å undersøke tidstrender i mer spesifikke grupper. På grunn av små grupper har vi sett på forekomst etter landbakgrunn fra ulike verdensdeler. Med tanke på den observerte økningen i insidens av autismediagnoser blant barn med utenlandsfødte foreldre fra rundt 2013, presenterer vi samlet forekomst av autismediagnoser for barn født før og etter dette året.

Figur 6 viser den samlede forekomsten av autismediagnoser i 2022 etter landbakgrunn fra ulike verdensdeler, øverst for barn født 2005-2012 og nederst for barn født 2013-2020. I majoritetsgruppen med norsk landbakgrunn er forekomsten av autismediagnoser høyere blant eldre barn og ungdom enn blant de yngre barna. Dette er som forventet fordi autismetegn ofte blir tydeligere med alderen og med økte krav til sosial funksjon, og fordi eldre barn og ungdom har hatt mer tid til å bli oppdaget og diagnostisert. Derimot ser vi at yngre barn med landbakgrunn fra Afrika eller Asia har en høyere andel autismediagnoser enn eldre barn og ungdom med landbakgrunn fra de samme verdensdelene. Dette indikerer en markant økning i forekomst av autismediagnoser blant de yngre barna med landbakgrunn fra disse regionene.



Figur 6: Prosentandel av barn med en autismediagnose stilt mellom 2010 og 2022, etter landbakgrunn fra ulike verdensdeler og om de er født før eller etter 2013. Oseania er ikke inkludert på grunn av små tall.

Tallene i denne rapporten samsvarer med funn fra den internasjonale forskningslitteraturen som viser økende sosiale forskjeller i autismediagnoser i mange høyinntektsland, spesielt for autismediagnoser stilt i tidlig alder (10;26). Dette fenomenet gjelder ikke bare barn med innvandringsbakgrunn, men også barn med etnisk minoritetsbakgrunn generelt, samt barn fra familier med lav inntekt og utdanning, eller de som bor i områder med begrensede sosioøkonomiske ressurser.

Vi vet lite om årsakene til de økende sosiale forskjellene i tidlige autismediagnoser. Kunnskapsoppsummeringer fremhever flere mulige bidrag, som for eksempel en økt bevissthet om at autisme forekommer i alle sosiale grupper, samt mulige sosiale forskjeller i hjelpesøking og henvisningsmønstre (10;26). Kulturelle forskjeller kan påvirke hvordan barns utvikling og atferd tolkes, og språkvansker kan forsterke eller tydeliggjøre utfordringer med kommunikasjon og sosial funksjon. Økt bruk av barnehage kan ha bidratt til tidligere gjenkjenning av barn med autisme; fra 2010 til 2015 økte bruk av barnehage for minoritetsspråklige to-åringer i Norge fra 57 prosent til 75 prosent (27).

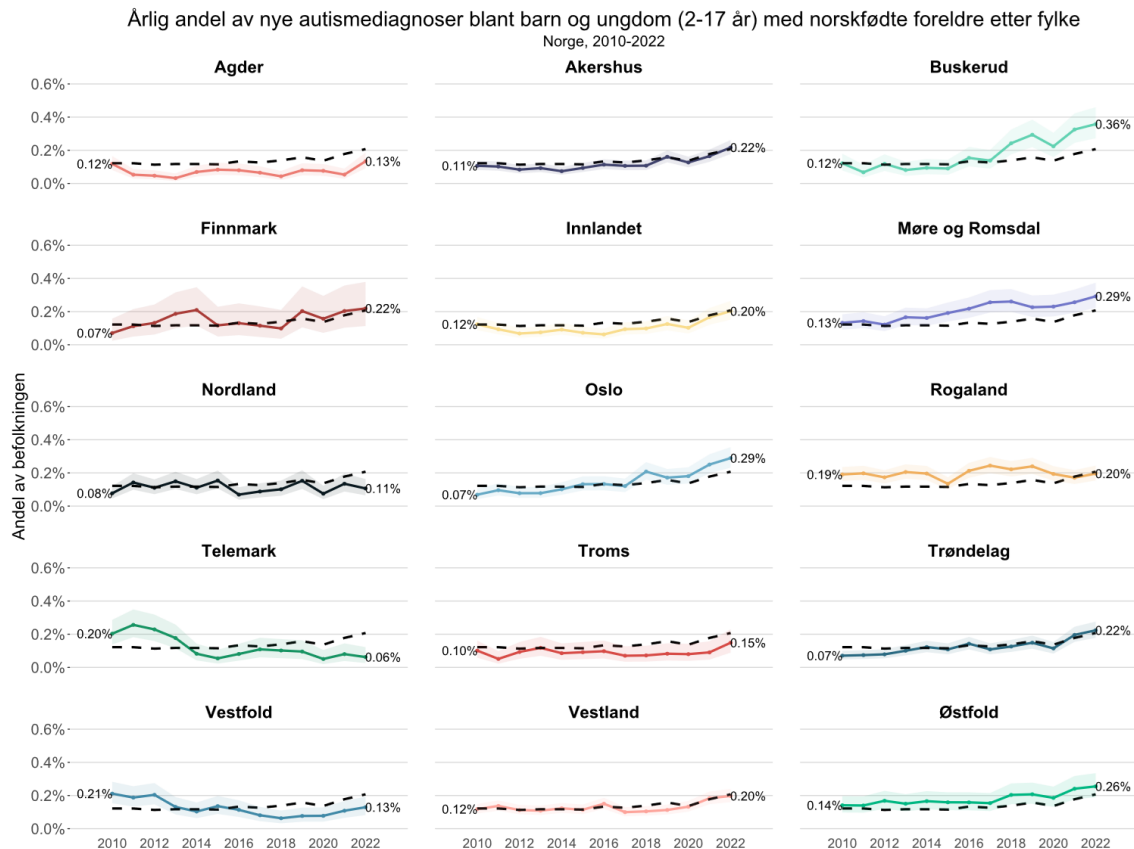
Den kommende diagnosemanualen i Norge, ICD-11, understreker behovet for tilrettelagt utredning, forsiktighet ved bruk av verktøy som er kun validert for majoritetsbefolkningen, og økt krav til klinisk skjønn ved diagnostisering av autisme hos personer med minoritetsspråklig eller minoritetskulturell bakgrunn (WHO, 2019). Dette setter større krav til helsepersonells kompetanse, erfaring og tidsbruk. Det trengs kunnskap om hvordan behovet for tilrettelagt utredning ivaretas i ulike deler av landet, spesielt med det økende presset på ventelister for utredning av autisme.

Stor geografisk variasjon i autismediagnoser

Vi har nå sett at sosiale forskjeller, som inntektsnivå, utdanning og innvandringsbakgrunn ser ut til å spille en betydelig og økende rolle i fordelingen av autismediagnoser. Disse sosiale faktorene varierer mellom regioner og fylker. I tillegg kan geografiske forskjeller i ressurser, organiseringen av tjenester og tilgang til disse påvirke diagnosemønstre. For eksempel blir de fleste autismeutredninger av førskolebarn i mange områder utført i habiliteringstjenesten, mens skolebarn og ungdom vanligvis får sine utredninger gjennom psykisk helsevern. Imidlertid varierer dette fra region til region. Disse organisatoriske forskjellene kan bidra til de geografiske variasjonene i hvem som får stilt diagnoser, når de mottar dem, og hvordan diagnosene blir tolket. Det kan derfor være viktig å følge med på hvordan stilte autismediagnoser varierer geografisk.

Tidligere studier har vist betydelige og vedvarende geografiske forskjeller i andelen barn med diagnoser innen autismespekteret. Surén og medarbeidere (28) fant at i perioden 2008-2011 var forekomsten av autismediagnoser blant barneskolebarn betydelig lavere enn landsgjennomsnittet i Agder, og høyest i Telemark, Vestfold og Rogaland. For perioden 2008-2016 viste Surén og medarbeidere (19) at forekomsten av diagnoser blant 8-åringer var signifikant lavere i Agder-fylkene, Hedmark og Nordland, mens den var høyere i Rogaland og Møre og Romsdal. Helsedirektoratet (18) observerte at disse geografiske forskjellene vedvarte i perioden 2018-2022, med fortsatt lavere og høyere nivåer av autismediagnoser i de fleste områdene. Generelt viser funnene at forekomsten av autismediagnoser er høyere i tett befolkede kommuner (18).

For denne rapporten har vi undersøkt hvordan årlig insidens av nye autismediagnoser blant barn og unge har endret seg mellom 2010 og 2022 i de ulike fylkene. Figur 7 viser resultatene for barn i alderen 2-17 år (stiplet linje viser landsgjennomsnittet). Diagnostisering av autisme har økt over tid over hele landet i varierende grad, med unntak av Telemark og Vestfold hvor årlige diagnoser har gått ned spesielt for aldersgruppen 6-17 år.



Figur 7: Årlig andel nye autismediagnoser blant barn og ungdom (2-17 år) med norskfødte foreldre etter fylke. Skyggeområdet rundt hvert insidensestimert viser et 99% konfidensintervall, som gir en indikasjon på den statistiske usikkerheten til estimatet.

De betydelige geografiske forskjellene reiser viktige spørsmål om hvordan lokale kontekster og ressurstilgang kan påvirke henvisning og diagnostisering av autisme, samt i hvilken grad forskjellene reflekterer ulike praksiser og gjenkjenningskompetanse i forskjellige regioner.

Veien videre og behov for kunnskap

Tall på diagnostisering av autisme i Norge har de siste tiårene fulgt lignende mønster av økning som i andre høyinntektsland, men på et lavere nivå enn i Sverige, Danmark, England og USA. Prosentandelen av unge voksne i Norge som har fått en autismediagnose innen ung voksen alder er lavere enn i Danmark og Sverige for både menn og kvinner (6;9). I Sverige forventes fortsatt økning i antall autismediagnoser årlig, basert på at forekomsten i fødselskullene med flest nye tilfeller er omtrent 7 prosent av gutter og 5 prosent av jenter. Dersom mønsteret i Norge fortsetter å følge mønsteret i Sverige kan vi forvente lignende økning i årene som kommer. Det er viktig at tjenestene forberedes på dette. Det er behov for kontinuerlig overvåking av utviklingen over tid for å sikre at vi har oppdatert kunnskap som kan bidra til forberedelse og ressurssetting av tjenestene.

Det finnes begrenset kunnskap om årsakene til tidstrendene i autismediagnoser både i Norge og internasjonalt, noe som understreker behovet for mer forskning. Det er også stort behov for forskning på variasjon i profiler av funksjon, støttebehov og styrker blant personer med autismediagnoser, både mellom personer og for samme person over tid. Ettersom det er så stor endring i hvem som får en autismediagnose, er det behov for oppdatert kunnskap. Det er særlig behov for langtidsstudier som undersøker utviklingen til barn som får en

autismediagnose før skolealder. Forskning har vist at barn henvist for nevroutviklingsvansker i førskolealder ofte har sammensatte utfordringer, noe som kan komplisere differensialdiagnostisering (1). Mange av disse barna opplever betydelige endringer i sin funksjonsprofil over tid; det er derfor utfordrende å forutsi symptombildet senere i livet. Det er spesielt lite kunnskap om utviklingsforløpene for barn med autismediagnoser som har innvandringsbakgrunn, da de har vært underrepresentert i forskningen. Det foregår høy forskningsaktivitet på disse områdene i Autismestudien ved FHI.

I den nye versjonen av diagnosesystemet som skal innføres i Norge, er autisme én av flere diagnoser under paraplyen nevroutviklingsdiagnoser. Disse diagnosene innebærer vedvarende, annerledes nevroutvikling fra barndommen som påvirker funksjon. Paraplyen inkluderer autisme, ADHD, ticstilstander, samt ulike funksjonsnedsettelse knyttet til læring, språk eller motorikk. Mange med disse tilstandene oppfyller kriteriene for flere diagnoser, og funksjonsprofiler kan endres med alder, erfaring og støtte (1). Dette har ført til økt oppmerksomhet på variasjonen i profiler og utviklingsforløp av utfordringer, styrker og behov både innenfor og på tvers av ulike nevroutviklingsdiagnoser. I den nye versjonen av autismediagnosen må diagnosen medfølges av funksjonsbeskrivelser på flere områder som er viktig for persontilpasset oppfølging, inkludert nivå av talespråk, intellektuell funksjon, dagliglivsfunksjon, eventuelle samtidige nevroutviklingstilstander som ADHD, psykiske lidelser som depresjon, eller somatiske plager som mage- og tarmsykdom. Denne tilnærmingen kan være mer nyttig for å utforme oppfølging og tilrettelegging for den enkelte person og familie, fordi den bidrar til en mer helhetlig forståelse.

Fraværet av nasjonale retningslinjer for henvisning, diagnostisering og oppfølging av autisme kan føre til betydelige geografiske og sosiale forskjeller, da ulike regioner og fagpersoner kan ha varierende praksis basert på lokale ressurser og kompetanse. Ulike helsepersonell og institusjoner kan bruke forskjellige prosedyrer for henvisning og utredning, hvilket kan resultere i variabel diagnostikk og usikkerhet omkring hvilke kriterier som bør brukes, spesielt siden Norge fortsatt benytter en utdatert versjon av diagnosesystemet og innføring av den nyeste versjonen vil ta tid. FHI har pågående prosjekter for å bedre forstå de geografiske forskjellene. Manglende retningslinjer kan påvirke effektiviteten i planlegging og fordeling av ressurser, og dermed føre til lange ventetider for utredning og oppfølging når systemets kapasitet ikke utnyttes optimalt. Dette gjør at barn og unge kan gå glipp av tidlig tilpasset tilrettelegging, og øke ulikhet. Det er derfor behov for en nasjonal retningslinje som kan standardisere og forbedre praksis, og sørge for lik tilgang til diagnostisering og oppfølging uavhengig av hvor man bor. En slik retningslinje er nå under utarbeidelse av Helsedirektoratet, og FHI bidrar i arbeidsgruppen.

Referanser

1. Lord C, Charman T, Havdahl A, Carbone P, Anagnostou E, Boyd B, et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet* 2022;399(10321):271-334. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01541-5
2. Robertson ZS, Stockwell KM, Lampi AJ, Jaswal VK. Autism Terminology Preferences Among Autistic and Non-Autistic Adults in North America. *Autism Adulthood* 2025;Feb 3 [epub ahead of print]. DOI: 10.1089/aut.2023.0175
3. Dwyer P, Gurba AN, Kapp SK, Kilgallon E, Hersh LH, Chang DS, et al. Community views of neurodiversity, models of disability and autism intervention: Mixed methods reveal

- shared goals and key tensions. *Autism* 2024;Sep 18:13623613241273029 [epub ahead of print]. DOI: 10.1177/13623613241273029
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. utg. Arlington, VA,: APA; 2013.
 5. World Health Organization. *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO; 2019.
 6. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry* 2020;77(2):155. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3523
 7. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ* 2023;72(2):1-14. DOI: 10.15585/mmwr.ss7202a1
 8. O'Nions E, Petersen I, Buckman JEJ, Charlton R, Cooper C, Corbett A, et al. Autism in England: assessing underdiagnosis in a population-based cohort study of prospectively collected primary care data. *Lancet Reg Health Eur* 2023;29:100626. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100626
 9. Socialstyrelsen. *Autism – Förekomst och samsjuklighet*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikeltatalog/ovrigt/2024-11-9353.pdf>
 10. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res* 2022;15(5):778-90. DOI: 10.1002/aur.2696
 11. Leblond CS, Rolland T, Barthome E, Mouglin Z, Fleury M, Ecker C, et al. A Genetic Bridge Between Medicine and Neurodiversity for Autism. *Annu Rev Genet* 2024;58(1):487-512. DOI: 10.1146/annurev-genet-111523-102614
 12. Kim JY, Son MJ, Son CY, Radua J, Eisenhut M, Gressier F, et al. Environmental risk factors and biomarkers for autism spectrum disorder: an umbrella review of the evidence. *Lancet Psychiatry* 2019;6(7):590-600. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30181-6
 13. Hviid A, Hansen JV, Frisch M, Melbye M. Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study. *Ann Intern Med* 2019;170(8):513-20. DOI: 10.7326/M18-2101
 14. Green J. Debate: Neurodiversity, autism and healthcare. *Child Adolesc Ment Health* 2023;28(3):438-42. DOI: 10.1111/camh.12663
 15. Mailick M, Bennett T, DaWalt LS, Durkin MS, Forbes G, Howlin P, et al. Expanding Research on Contextual Factors in Autism Research: What Took Us So Long? *Autism Res* 2025;18(4):710-16. DOI: 10.1002/aur.3312
 16. Arvidsson O, Gillberg C, Lichtenstein P, Lundström S. Secular changes in the symptom level of clinically diagnosed autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59(7):744-51. DOI: 10.1111/jcpp.12864
 17. Lundström S, Taylor M, Larsson H, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Gillberg C. Perceived child impairment and the 'autism epidemic'. *J Child Psychol Psychiatry* 2022;63(5):591-8. DOI: 10.1111/jcpp.13497
 18. Helsedirektoratet. *Bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten og i kommunene blant barn og unge med habiliteringsbehov* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 18. januar 2024; lest 31. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten-og-i-kommunene-blant-barn-og-unge-med-habiliteringsbehov>

19. Surén P, Havdahl A, Øyen A-S, Schjølberg S, Reichborn-Kjennerud T, Magnus P, et al. Diagnostisering av autismespekterforstyrrelser hos barn i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2019;139(14). DOI: 10.4045/tidsskr.18.0960
20. Støylen LV. Tidlig innsats for små barn med autisme i pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste [masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/115078>
21. Cruz S, Zubizarreta SC-P, Costa AD, Araújo R, Martinho J, Tubío-Fungueiriño M, et al. Is There a Bias Towards Males in the Diagnosis of Autism? A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuropsychol Rev 2024;35(1):153-76. DOI: 10.1007/s11065-023-09630-2
22. Helse- og omsorgsdepartementet. Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom. Oslo: HOD; 2020. NOU 2020:1. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-1/id2689221/>
23. Eig KB, Brandkvist M, Lydersen S, Høyland AL. Autism spectrum disorder in preschool children in Sør-Trøndelag 2016–19. Tidsskr Nor Legeforen 2022;142(5). DOI: 10.4045/tidsskr.21.0673
24. Hansen TM, Qureshi S, Gele A, Hauge LJ, Biele GP, Surén P, et al. Developmental disorders among Norwegian-born children with immigrant parents. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2023;17(1):3. DOI: 10.1186/s13034-022-00547-x
25. Røe AB, Jullumstrø S, Eig KB, Lydersen S, Nærland T, Høyland AL. Autism diagnoses in school-age children in southern Trøndelag 2016–2019. Tidsskr Nor Legeforen 2024;144(15). DOI: 10.4045/tidsskr.24.0259
26. Gallin Z, Kolevzon AM, Reichenberg A, Hankerson SH, Kolevzon A. Racial Differences in the Prevalence of Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. J Autism Dev Disord 2024;Jun 28 [epub ahead of print]. DOI: 10.1007/s10803-024-06403-5
27. Utdanningsdirektoratet. Barn, unge og voksne med innvandrerbakgrunn i grunnsopplæringen. Oslo: Udir; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2017/innvandrer-i-grunnsoppleringen-2017.pdf>
28. Surén P, Bakken IJ, Lie KK, Schjølberg S, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, et al. Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2013;133(18):1929-34. DOI: 10.4045/tidsskr.13.0050

4 Tidstrender i forekomst av ADHD-diagnoser

Skrevet av: Heidi Aase, Johanne Hagen Pettersen, Lasse Bang, Alexandra Havdahl, Guido Biele

Andelen barn og unge i befolkningen som får en ADHD-diagnose har økt kraftig etter 2018. Økningen var særlig uttalt i årene 2020-2022, under covid-19 pandemien. Det er spesielt blant jenter i slutten av tenårene og blant unge kvinner at forekomsten av nye diagnoser øker. Vi ser samtidig store sosiale og geografiske forskjeller i forekomsten av ADHD-diagnoser, men mønstrene er ulike de vi ser for autisme.

Hovedfunn i kapittelet:

- Fra starten av pandemien (2020) ser vi en kraftig økning i ADHD-diagnoser, særlig hos tenåringsjenter (13-17 år) og unge voksne kvinner (18-30 år). Andelen som får nye diagnoser i disse gruppene, er tre ganger så høye i 2022 som i 2010.
- Økningen i ADHD-diagnoser blant barn og unge fortsetter i 2023 og 2024.
- Det har også vært økning i diagnoser hos gutter. Blant gutter i alderen 6-12 år har diagnoser for ADHD nesten doblet seg i løpet av perioden 2010-2022.
- Bruken av ADHD-legemidler har økt, særlig etter 2020. Økningen i medisinbruk er særlig tydelig for tenåringsjenter og unge voksne kvinner.
- ADHD-diagnoser er vanligere hos barn av foreldre med lav inntekt.
- Insidensen av ADHD-diagnoser er betydelig lavere blant barn av to utenlandsfødte foreldre enn barn av norskfødte foreldre, og lavest blant barn av foreldre med bakgrunn fra Asia og Afrika.

Innledning

Andelen av befolkningen som får en ADHD-diagnose har økt mye de siste årene - både nasjonalt og internasjonalt. I dette kapittelet ser vi nærmere på hvordan utviklingen har vært i Norge, med vekt på barn og unge, og drøfter mulige årsaker til endringene. Denne utviklingen har stor betydning for hvordan helsetjenestetilbudet skal bygges opp, både når det gjelder kompetanse og ressurser. Ikke minst er det viktig å fange opp eventuelle samfunnsmessige endringer som kan ha påvirket forekomsten, både for å identifisere behov for tilpasning av tjenestetilbudet og for å avklare eventuelle forebyggingsalternativer.

Fakta: Kjennetegn ved ADHD

ADHD står for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder og kjennetegnes av konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet. Typisk ser man problemer med vedvarende oppmerksomhet og kroppslig uro. Det er ofte vanskelig for personer med ADHD å lage en plan og følge den, og å fullføre påbegynte oppgaver. Atferden hos barn med ADHD kan ofte oppfattes som mer umoden enn evnenivået skulle tilsi på grunn av vansker med konsentrasjon og regulering av atferd og følelser. Når kravene til konsentrasjon og selvregulering øker i ungdomsalder, kan vanskene bli tydeligere. Personer med ADHD kan imidlertid ofte holde konsentrasjon over tid og fordype seg i aktiviteter som de er interessert i og motivert for.

Det er stor variasjon i hvordan symptomene arter seg for ulike personer, og symptomene kan forveksles med symptomer på andre tilstander eller psykiske problemer. Det er derfor nødvendig å sjekke ut alternative forklaringer på symptomene (differensialdiagnostisk vurdering). For eksempel kan konsentrasjonsvansker bare på skolen eller med lekser indikere at problemene skyldes lærevansker heller enn ADHD. Samtidig kan ADHD forekomme sammen med lærevansker. Intellektuelle evner er normalfordelt blant mennesker med ADHD, noe som betyr at det er like stor variasjon i intellektuelle evner blant mennesker med ADHD som i den generelle befolkningen. Allikevel har mange med ADHD svakere resultater enn forventet på en del kognitive tester (1). Flere studier har vist at det er vanlig med psykiske vansker og andre helseutfordringer samtidig med ADHD (2). De senere årene har forskning avdekket økt forekomst av somatiske tilstander ved ADHD, som astma, allergier, diabetes, fedme, epilepsi og seksuelt overførbare sykdommer (1). Den samme litteraturgjennomgangen viser til at personer med ADHD har økt risiko for redusert livskvalitet, lavere utdanningsnivå, arbeidsledighet, ulykker og skader, ungdomsgravitet, selvmord, rusproblemer og kriminalitet. En ny studie fra Storbritannia viser at voksne med ADHD lever 4,5-11 år kortere enn sammenlignbare grupper uten ADHD, mest sannsynlig på grunn av samtidige vansker og sykdommer (3).

Faktaboks: Diagnosekriterier for ADHD

Betegnelsen ADHD kommer fra diagnosemanualen Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM). Manualen er revidert flere ganger og siste versjon, DSM-5¹, kom i 2013. I denne versjonen er ADHD flyttet til kapittelet om nevrouviklingsforstyrrelser og sorterer der i samme kategori som autisme. I Norge benyttes diagnosemanualen International Classification of Disease (ICD). Denne kommer snart i ny versjon, ICD-11, hvor kriteriene vil være mer i tråd med DSM-5. I Nasjonal faglig retningslinje for ADHD anbefaler Helsedirektoratet etter revisjon i 2021 at norske klinikere bruker diagnosekriteriene i DSM-5, men koder etter ICD-10 i elektronisk pasientjournal (4).

Diagnosekriteriene for ADHD krever tilstedeværelse av minst 6 av 9 symptomer på oppmerksomhetssvikt og/eller minst 6 av 9 symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet. Diagnosen har tre varianter: uoppmerksom presentasjon, hyperaktiv presentasjon og kombinert presentasjon. Diagnose krever tilstedeværelse av symptomer før 12 års alder, og at iallfall enkelte av symptomene innebærer funksjonsvansker. Symptomene skal vise seg i to eller flere settinger (for eksempel hjemme og på skolen), og skal ikke kunne forklares bedre av en annen diagnose.

Endring i forståelsen av ADHD og utvikling i diagnosekriteriene

For å forstå endringer i diagnostiske trender, er det viktig å kjenne til hvordan ADHD har vært forstått historisk og hvordan kriteriene for diagnose har endret seg.

ADHD har blitt beskrevet i medisinsk litteratur i 250 år, og begynte med beskrivelser av barn med store oppmerksomhetsproblemer og mye uro. Det var imidlertid først i 1980, med diagnosemanualen DSM-III, at avgrensede, atferdsbeskrivende kriterier for diagnosen ble formulert og dannet grunnlaget for forskning (5). Siden den gang har forskning på diagnosen eksplodert, og bidratt til å forstå ADHD som en tilstand forårsaket av et komplekst samspill

mellom genetiske og miljøbaserte risikofaktorer. ADHD regnes som en nevroutviklingstilstand, og i den nye versjonen av diagnosesystemet som skal innføres i Norge er ADHD en av flere diagnoser under paraplyen nevroutviklingsdiagnoser (se faktaboks om diagnosekriterier). Disse diagnosene innebærer vedvarende, annerledes nevroutvikling fra barndommen som påvirker funksjon. Blant diagnosene finner vi også autisme, ticstilstander, samt ulike funksjonsnedsettelse knyttet til læring, språk eller motorikk. Mange med disse tilstandene oppfyller kriteriene for flere diagnoser, og funksjonsprofiler kan endres med alder, erfaring og støtte.

Over tid har kravene til å få en ADHD-diagnose endret seg. Diagnosemanualen DSM-5 (se faktaboks) har noen viktige endringer fra tidligere versjoner. Alderen for når første symptomer må være til stede ble hevet fra 7 til 12 år, etter anerkjennelse av at noen barn, og særlig jenter, kan ha sen presentasjon av symptomer. Antall symptomer for å få diagnose ble redusert fra seks til fem for personer fra 17 år, som innebærer at kriteriene dermed er bedre egnet til å fange opp voksne med ADHD. De anerkjenner også ADHD som en nevroutviklingstilstand sammen med autisme, slik at ADHD-diagnosen kan stilles hos personer som også har en autismediagnose, mens en autismediagnose tidligere var eksklusjonskriterium for ADHD.

Tidstrender i forekomst av ADHD-diagnoser

I denne teksten presenterer vi tall fra Norsk Pasientregister (NPR) på ADHD-diagnoser stilt i perioden 2010 til 2022 i befolkningen av barn og unge i alderen 2 til 30 år. Vi rapporterer nye tilfeller pr år (insidens) og andeler av befolkningen som har fått en diagnose inntil et gitt år (prevalens). Vi ser også på hvordan forhold som kjønn, alder, hvor i landet man bor og familiebakgrunn påvirker hvem og hvor mange som får ADHD-diagnose. Metode er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

NPR mottar informasjon om diagnoser fra den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det finnes også private klinikker som tilbyr utredning og diagnostisering av ADHD. Disse er foreløpig ikke pliktige å rapportere til NPR. Vi har dermed ikke en dekkende oversikt over alle som har fått en ADHD-diagnose i Norge.

For å forstå utviklingen i diagnosebruk skal vi se nærmere på hvilken rolle ulike samfunns- og systemendringer kan ha for hvordan vi oppfatter og behandler symptomer og diagnoser hos individer. Vi vil også rapportere oppdaterte tall på legemiddelbruk uten å gå inn på spørsmål rundt effekter eller konsekvenser av legemiddelbruk. Vi vil heller ikke drøfte andre behandlingsalternativer for ADHD i dette kapittelet.

Hvor mange har en ADHD-diagnose i Norge?

I perioden 2010-2022 var det 89.371 barn og unge i alderen 2-30 år som fikk en ADHD-diagnose, som tilsvarer 4,75 prosent av befolkningen i aldersgruppen. Andelen som har fått en ADHD-diagnose øker med alderen, ettersom mange får diagnosen først i ungdomsalder eller senere:

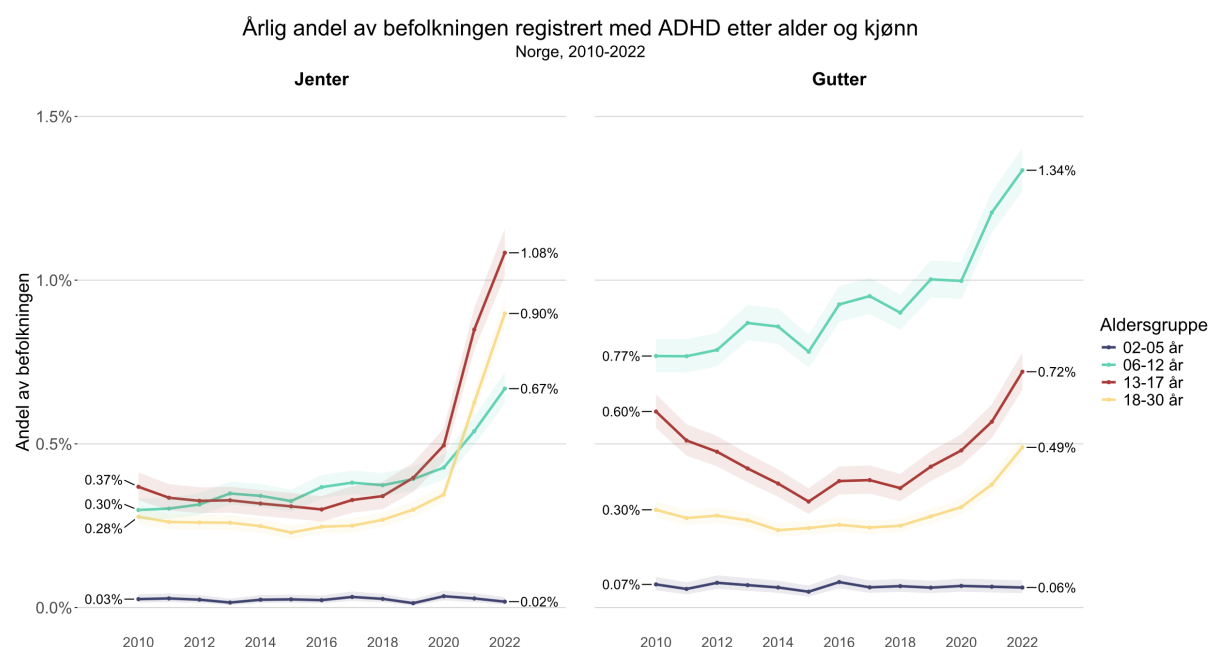
- 0,06 prosent blant førskolebarn (2-5 år)
- 3,22 prosent blant barneskolebarn (6-12 år)
- 6,30 prosent blant ungdommer (13-17 år)
- 6,12 prosent blant unge voksne (18-30 år)

I Norge var forekomsten av ADHD-diagnoser blant barn og unge nokså stabil på 3-5 prosent frem til 2018, men har økt mye de siste årene. Dette er ikke et særnorsk fenomen (1). For eksempel melder den svenske Socialstyrelsen om en voldsom økning i henvisninger (6) og en metaanalyse basert på data fra 10 land fant en betydelig økning i ADHD-symptomer under pandemien (7).

Vi har sett nærmere på forskjellene mellom ulike aldersgrupper og hvordan forekomst fordeler seg mellom jenter og gutter i andeler som får ADHD-diagnose.

Økning i nye ADHD-diagnoser over tid

I figur 1 viser vi tall for andeler som har fått en diagnose for første gang et gitt år (insidens) blant personer født i Norge. Vi ser en tydelig økning i insidens i tidsperioden for alle, med unntak av aldersgruppen 2-5 år. Det er sjelden at barn under 6 år diagnostiseres med ADHD.



Figur 1: Årlig insidens av befolkningen registrert med første ADHD-diagnose etter alder og kjønn.

Figuren viser at andelen som får en ADHD-diagnose for første gang, øker gjennom perioden for begge kjønn og særlig mot slutten (2020-2022). Det er blant gutter 6-12 år vi ser den høyeste tilkomsten av nye diagnoser, og den dobler seg nesten på de 13 årene vi har sett på. Blant gutter 13-17 år er ikke økningen i nye diagnoser så stor fra starten av perioden (0,6 prosent) til siste måletidspunkt (0,72 prosent), men andelen går faktisk ned over noen år før den mer enn dobler seg siste del av perioden. Blant unge menn 18-30 år er årlig andel nye diagnoser stort sett stabil, men øker med over 60 prosent mot slutten av perioden og særlig gjennom pandemien (2020 og utover).

Økningen i andel nye diagnostiserte blant jenter og unge kvinner er iøynefallende. Fra 2010 til 2020 var andelen nye ADHD-diagnoser stabil og på omtrent samme nivå i aldersgruppene over fem år. Fra pandemistart ser vi en kraftig økning som varer gjennom pandemien i disse aldersgruppene. Vi finner den største økningen blant tenåringsjenter (13-17 år) og unge voksne kvinner (18-30 år), der andelen er tre ganger så høye i 2022 som i 2010, mens andelen mer enn dobler seg blant jenter 6-12 år.

Fortsatt økning i 2023-2024

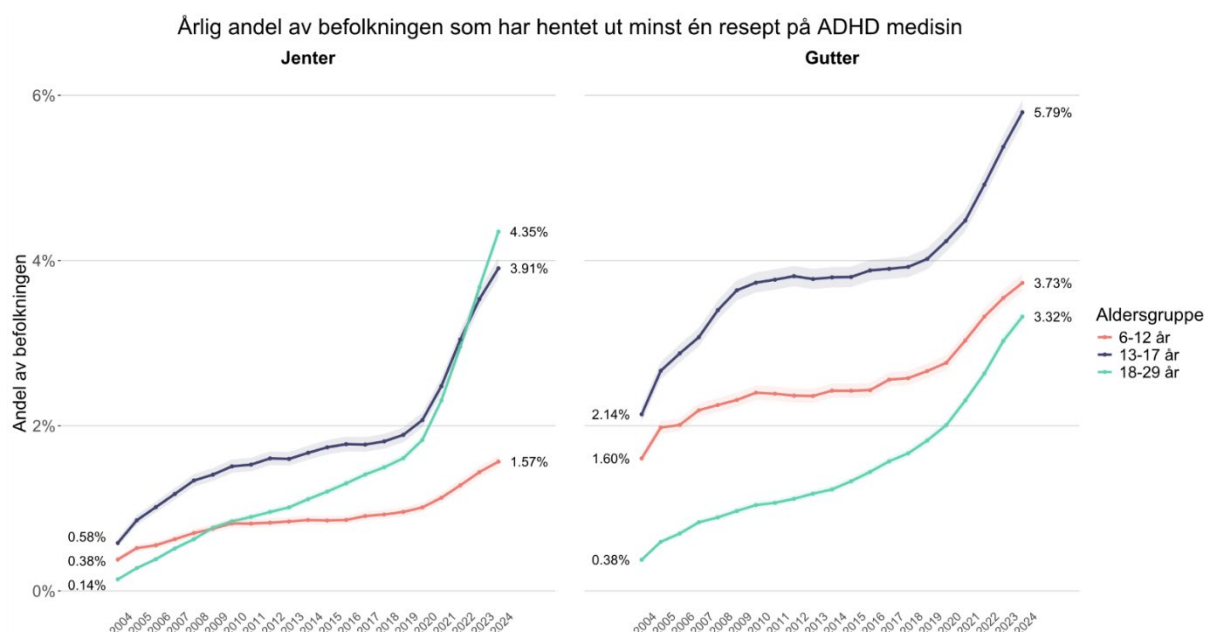
Analysene i denne rapporten ble gjort for årene 2010-2022. Etter at analysene var ferdigstilt ble nye data fra NPR frem til 2024 tilgjengeliggjort, men kun i aggregert form uten kobling til SSB for informasjon om foreldres inntekt eller innvandringsbakgrunn. Vi har likevel undersøkt om utviklingen i ADHD-diagnoser fra 2010-2022 har fortsatt i årene 2023-2024. Vi finner en fortsatt økning i insidensratene for ADHD-diagnoser blant barn og unge fra 2022 til 2024. Blant barn 2-17 år gikk insidens fra 0,72 prosent til 0,81 prosent samlet sett, fra 0,62 prosent til 0,68 prosent blant jenter og fra 0,81 prosent til 0,94 prosent blant gutter (vedlegg 2.3). Blant unge voksne 18-30 år gikk insidensen noe ned; fra 0,63 prosent til 0,54 prosent samlet sett.

Økningen blant barn og unge viser en kontinuerlig trend, som også kjennetegnes av at insidens av ADHD-diagnoser nå er høyere blant tenåringsjenter enn blant -gutter. Nedgangen blant voksne betyr ikke nødvendigvis at færre får ADHD-diagnose i denne gruppen, men kan blant annet forklares av at flere blir utredet i private klinikker, kanskje på grunn av økt avvisning i DPS.

Økning i legemiddelbruk

Fordi legemidler er den vanligste behandlingen for ADHD, er det relevant å se på bruken av legemidler i sammenheng med økningen i diagnoser. Legemidler for ADHD omfatter preparater der sentralstimulerende midler som metylfenidat (vanligst), amfetamin, dexamfetamin og lisdexamfetamin, og to ikke-sentralstimulerende substanser (atomoksetin og guanfacine) er de viktigste virkestoffene. Legemidler for behandling av ADHD er evaluert i mange studier av kort og lengre varighet, og har overordnet vist at de er trygge og effektive i behandling av ADHD (1).

Vi har tatt med tall fra Legemiddelregisteret som viser andeler av befolkningen i ulike aldersgrupper som har hentet ut minst én resept på ADHD-medisin i løpet av et år, for perioden 2004-2024 (figur 2). Merk at tallene her inkluderer personer som tok ut minst én resept også foregående år, slik at pasienter som står på medisiner over flere år telles hvert år de henter medisiner, men bare én gang per år. Pasienter med resept fra private helsetjenester er også inkludert i tallene.



Figur 2: Årlig prevalens av befolkningen som har hentet ut minst én resept på ADHD-medisin. Kilde: Legemiddelregisteret

Figuren viser at økning i medisinbruk er særlig tydelig for tenåringsjenter og unge voksne kvinner. Her er økningen fra et i utgangspunktet lavt nivå. Blant gutter 13-17 år finner vi høyest medisinbruk, som, i likhet med de andre gruppene, har en bratt økning gjennom pandemien. Vi ser også en betydelig økning blant unge voksne menn gjennom hele perioden, også her fra et i utgangspunktet lavt nivå. Den observerte økningen totalt skyldes både at mange tar ut medisiner hvert år over tid, og at nye pasienter kommer til. Utvikling i legemiddelbruk følger dermed trenden i forekomst av diagnosen.

Hvorfor økte ADHD-diagnoser under pandemien?

Vi har sett at forekomst av ADHD og behandling med legemidler økte markant fra starten av pandemien, og det er viktig å forstå hvorfor dette skjedde. Økningen er observert i mange land (7). Studier finner at inngripende smitteverntiltak kan ha bidratt til økningen i forekomst; samtidig finner enkelte studier en sammenheng mellom covid-19-infeksjon og ADHD (7;8). Vi vet imidlertid ikke hvordan infeksjon eventuelt kan ha påvirket eller utløst ADHD.

Det finnes en rekke studier av smitteverntiltakene, som viser at disse ble en belastning for mange barn og unge. De som strevde fra før, fikk det vanskeligere da skole og samfunn stengte ned. En litteraturgjennomgang av studier fra den første tiden av pandemien fant høy forekomst av symptomer på angst, depresjon, irritabilitet og uoppmerksomhet blant barn og unge, sammen med stress, tristhet, kjedsomhet, søvnforstyrrelser og frykt for situasjonen. Forfatterne konkluderte med at barn med autisme og ADHD hadde økt risiko for forverrede symptomer på sin tilstand (9). Konklusjonen understøttes av en finsk registerbasert studie fra 2024 som fant at antall nye ADHD-diagnoser doblet seg under pandemien sammenlignet med perioden rett før (10). Den største økningen gjaldt unge kvinner, hvor forekomsten tredoblet seg, men de høyeste forekomstene var likevel blant gutter og unge menn opp til 20 år. Forfatterne diskuterte om økningen i nye diagnoser kunne være udiagnostisert ADHD som kommer «til overflaten» under de økte belastningene som pandemien påførte de unge,

ettersom en tidligere befolkningsbasert undersøkelse fra Nord-Finland fant en forekomst (livstidsprevalens) på 18,2 prosent.

For å forstå mekanismene bak dette, er det nyttig å ta utgangspunkt i at ADHD-diagnoser stilles på grunnlag av antall og alvorlighetsgrad av symptomer, og i hvilken grad de påvirker daglig fungering. Dette er forhold som påvirkes av belastninger og andre utfordringer som barn og unge kan møte. Elever, og særlig elever med ADHD-diagnose, fungerer bedre dersom de har klare rammer, får støtte og oppmuntring underveis i oppgaver, og hyppige tilbakemeldinger på hvordan det går med utførelse av en oppgave. Skolen representerer slike rammer, og læreren støtter og oppmuntrer elevene. Da alle ble sendt hjem på digital skole alene i starten av pandemien, falt disse rammene bort. Mange elever som hadde klart seg greit på skolen, mistet dermed støtten og hjelpen de trengte for å fungere, noe som kan ha ført til at vansker med konsentrasjon og selvregulering slo ut i full skala. Dette, sammen med bortfall av rutiner og vaner ellers i hverdagen, kan ha forsterket vansker med konsentrasjon og selvregulering, og bidratt til at flere oppfylte kriteriene for en ADHD-diagnose.

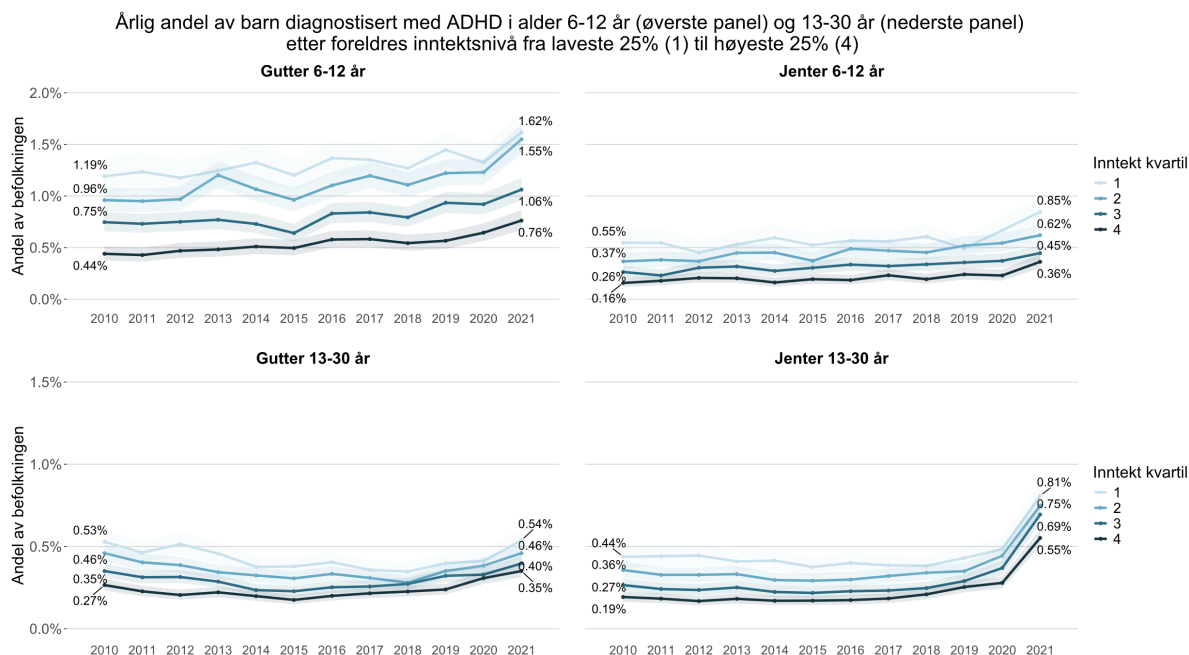
Hvorfor øker forekomsten av ADHD-diagnoser blant jenter og unge kvinner?

Årsakene til at forekomsten av ADHD øker mest blant tenåringsjenter og unge kvinner er sammensatt. En viktig årsak er at ADHD lenge har vært underdiagnostisert hos jenter. Historisk har ADHD vært sett på som en guttediagnose, ettersom deres symptomer (hyperaktivitet, uro) er lettere å oppdage og henvise til utredning (11). Jenters og kvinners symptomer er ofte mindre synlige fordi deres problemer hovedsakelig knytter seg til oppmerksomhet og konsentrasjon (12). Mange jenter bruker krefter på å kompensere for vanskene sine og opplever å få andre diagnoser, som angst, depresjon eller andre emosjonelle vansker før en eventuell, og forsinket, ADHD-diagnose (13). I nyere tid har vi fått mer kunnskap om kjønnsforskjeller i symptombildet, noe som kan ha bidratt til at flere jenter har fått diagnosen. Det er også sannsynlig at økt omtale av ADHD i sosiale medier bidrar til at flere jenter kjenner seg igjen i symptomene og oppsøker hjelp.

ADHD-diagnoser varierer med sosiale forhold

Blant gutter er forekomsten av ADHD høyere enn blant jenter, og økningen i nye diagnoser startet allerede fra rundt 2015 blant gutter mellom 6 og 17 år. Det er derfor relevant å undersøke om det har vært endringer i sosiale forhold som kan ha påvirket forekomst av nye ADHD-diagnoser. En norsk registerbasert studie med data til og med 2016, viste at foreldres inntekt og utdanning er assosiert med risiko for en psykisk diagnose generelt og ADHD spesielt (14). Barn av foreldre med de laveste inntektsnivåene og lav utdanning har betydelig økt risiko for ADHD sammenlignet med barn av foreldre med høy inntekt og utdanning. Vi har sett nærmere på disse forholdene i oppdaterte registerdata.

I figur 3 ser vi på gutter og jenter hver for seg, i aldersgruppene 6- 12 år og 13-30 år etter foreldres inntektsnivå. 1. kvartil tilsvarer den fjerdedelen med lavest inntekt, og 4. kvartil tilsvarer fjerdedelen med høyest inntekt.



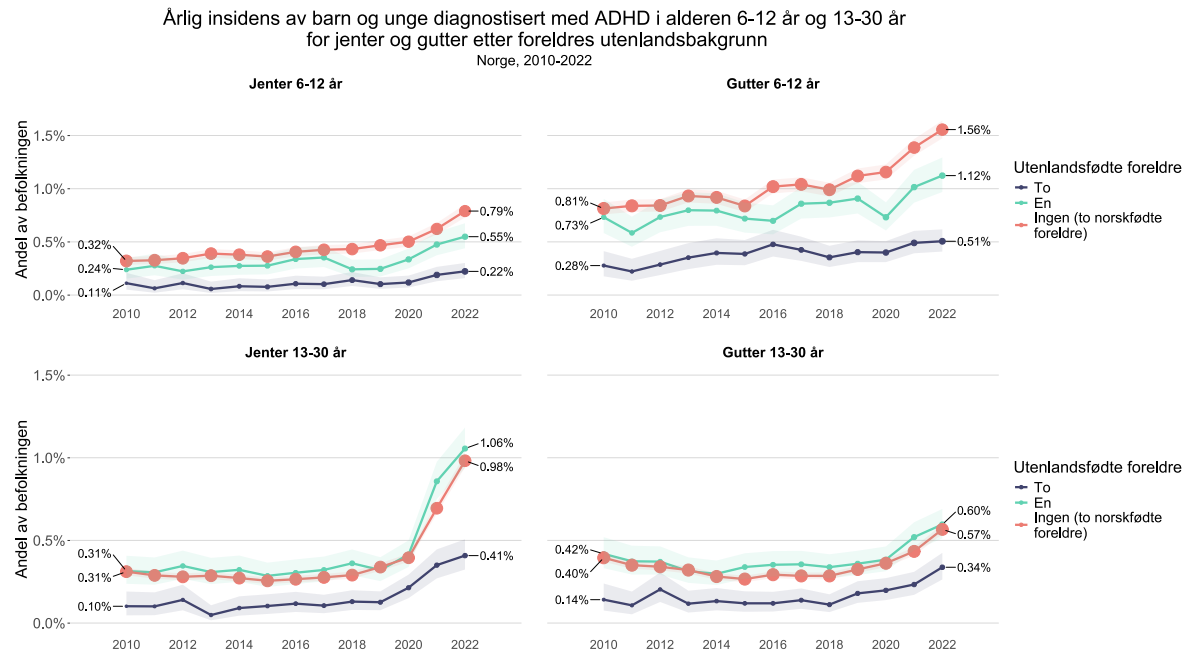
Figur 3: Årlig insidens av befolkningen i alderen 6-12 år og 13-30 år med ADHD-diagnose etter foreldres inntekt, i perioden 2010-2021

Generelt for alle gruppene er at forekomst av ADHD-diagnose øker jo lavere inntekt foreldrene har. Forskjellene i forekomst mellom inntektsgruppene er relativt stabil, samtidig som forekomsten øker parallelt i alle inntektsgruppene under pandemien. Samtidig ser vi at forskjellene mellom inntektsgruppene er størst blant de yngste guttene, og det er en tendens til at forekomsten øker mer blant de yngste barna i de laveste inntektsgruppene sammenlignet med høyere inntektsgrupper under pandemien. Dette kan være tegn på at pandemien rammet hardere i disse gruppene og er verdt å følge med på videre.

Årsaken til at ADHD varierer med familiens inntektsnivå er sammensatt. ADHD hos foreldrene kan ha påvirket hvor mye (lite) utdanning de tar og senere inntektsforhold og stabilitet i arbeidslivet, som igjen kan ha skapt vanskelige oppvekstforhold for barnet. Men samspill mellom gener og miljø i tilfellet ADHD gjør det vanskelig å avklare hva som bidrar mest. Adoptivstudier kan bidra til å belyse dette, fordi eventuelle arvelige trekk ikke er til stede mellom foreldre og barn. I registerstudien referert over finner de at sammenhengen mellom familiens inntekt og ADHD hos barnet er redusert i familier der barnet er adoptert (14). Dette kan tyde på at barnet i adoptivfamilien ikke har ADHD på grunn av psykososiale forhold. Men sammenhengen er ikke lik null i adoptivfamiliene, som indikerer at iallfall noe av risikoen for ADHD kan henge sammen med psykososiale faktorer.

ADHD-diagnoser hos barn varierer også med foreldres landbakgrunn

Nyere studier har vist at det er ulik forekomst av sykdom og diagnoser blant norskfødte barn av foreldre med norsk bakgrunn og norskfødte barn av foreldre med migrasjonsbakgrunn (15). En studie fra 2023 viste at barn av to foreldre med migrasjonsbakgrunn hadde mindre sannsynlighet for å få en nevroutviklingsdiagnose enn barn med minst én norskfødt forelder (16). Her ser vi nærmere på hvordan dette ser ut for ADHD spesielt og over tid (figur 4).



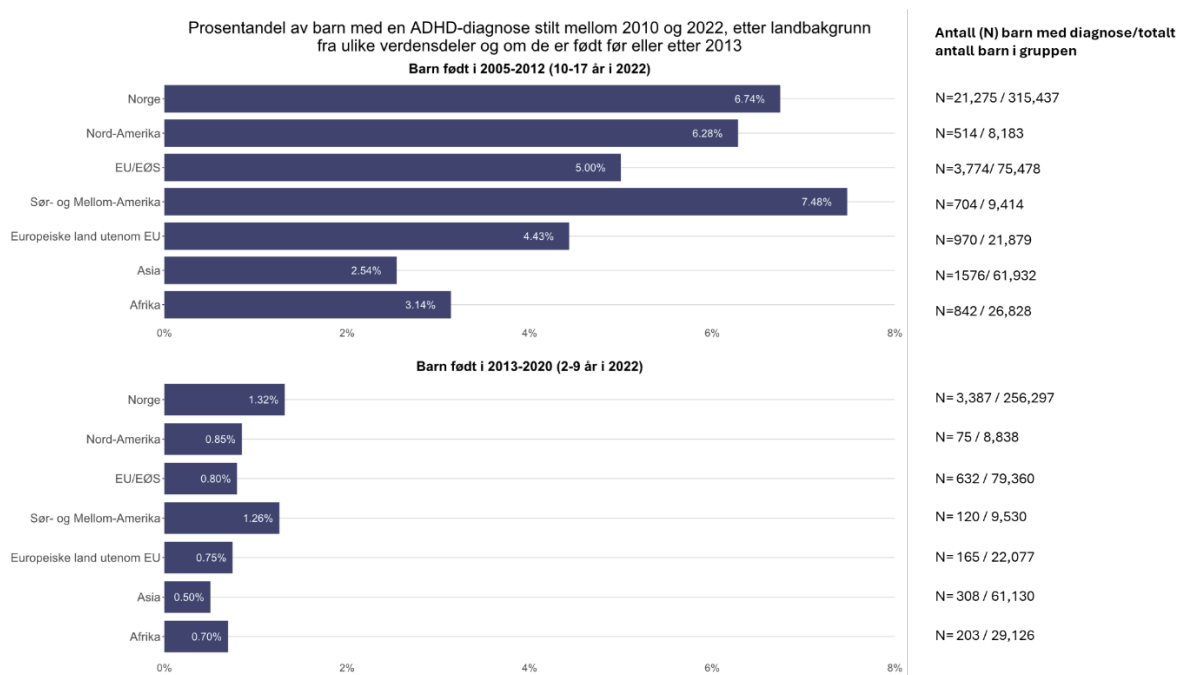
Figur 4: Årlig insidens av barn og unge diagnostisert med ADHD i alderen 6-12 år og 13-30 år for jenter og gutter etter foreldres utenlandsbakgrunn.

I analysene har vi inkludert personer født i Norge gruppert etter om begge, en av eller ingen av foreldrene er utenlandsfødte. I tilfeller der én av foreldrene er norsk, er det vanligst at den andre forelderen er fra Vest-Europa. Størrelsen på prikkene indikerer størrelsen på tallgrunnlaget (det er flest barn med to norskfødte foreldre), og det fargede feltet rundt linjene indikerer spredningen.

Insidensen av ADHD-diagnoser er betydelig lavere blant barn av to utenlandsfødte foreldre i alle gruppene. Blant de yngste barna (6-12 år) er det også forskjell på om barna har en eller to norskfødte foreldre, med 50 prosent høyere andel med ADHD i 2022 hos gutter med to norskfødte foreldre sammenlignet med gutter med én norskfødt forelder, mens dette ikke er forskjellig blant de eldre. Blant jenter og gutter i de eldste gruppene ser vi noe økning i insidens like før og under pandemien også i gruppen med to utenlandsfødte foreldre, men nivået er betydelig lavere enn i de andre gruppene. Insidensen blant de yngste barna i denne gruppen dobler seg gjennom perioden (øverste to paneler), men nivået er allikevel betydelig lavere enn i sammenligningsgruppene.

For autismediagnoser finner vi en betydelig økning blant barn i alderen 2-5 år med utenlandsfødte foreldre (se kapittel 5), mens analysene av ADHD ikke har inkludert denne gruppen da insidensen generelt er veldig lav. Vi finner også en brattere økning i autismediagnose i lavinntektsgrupper uavhengig av om foreldrene var norskfødte eller hadde innvandrerbakgrunn. Blant barn med ADHD ser vi også høyere forekomst av diagnosen blant lavinntektsgrupper, men ikke blant barn med innvandrerbakgrunn. Med andre ord finner vi ikke den samme økningen i ADHD-diagnoser som i autismediagnoser i grupper med innvandrerbakgrunn, uavhengig av foreldres inntekt.

For å få en mer nyansert forståelse av dette, har vi sett på alle barn i Norge, både de som har innvandret og de som er født her, i henholdsvis aldersgruppen 10-17 år og 2-9 år (figur 5):



Figur 5: Prevalens av barn og unge med ADHD-diagnose stilt i perioden 2010 – 2022, etter landbakgrunn (verdensdel)

Figur 5 viser den samlede forekomsten (prevalensen) av ADHD-diagnoser i 2022 etter befolkningsgrunnlaget med samme landbakgrunn (verdensdel), for barn født i 2005-2012 (øverst) og barn født i 2013-2020 (nederst). Siden ADHD vanligvis diagnostiseres i høyere alder og sjelden før fylte 6 år, er prevalensen høyere hos de eldre barna enn hos de yngre. I figuren ser vi for eksempel at prevalenstall for Norge viser andelen av den norskfødte befolkningen innenfor aldersgruppen med to norskfødte foreldre som har en ADHD-diagnose (ca. 6,7 prosent blant unge i alderen 10-17 år og ca. 1,3 prosent blant barn i alderen 2-9 år). Prevalenstall for Asia viser andelen av befolkningen innenfor aldersgruppen med landbakgrunn fra Asia som har en ADHD-diagnose (ca. 2,5 prosent blant unge 10-17 år og 0,5 prosent blant barn 2-9 år). Vi ser altså at i begge aldersgruppene har barn med bakgrunn fra Asia og Afrika lavere andel ADHD-diagnoser innenfor sin befolkningsgruppe enn barn fra Norge, Nord-Amerika eller fra EU/EØS-området. Barn med opphav fra Sør- og Mellom-Amerika ligger imidlertid høyt, og høyere enn Norge blant de eldste barna.

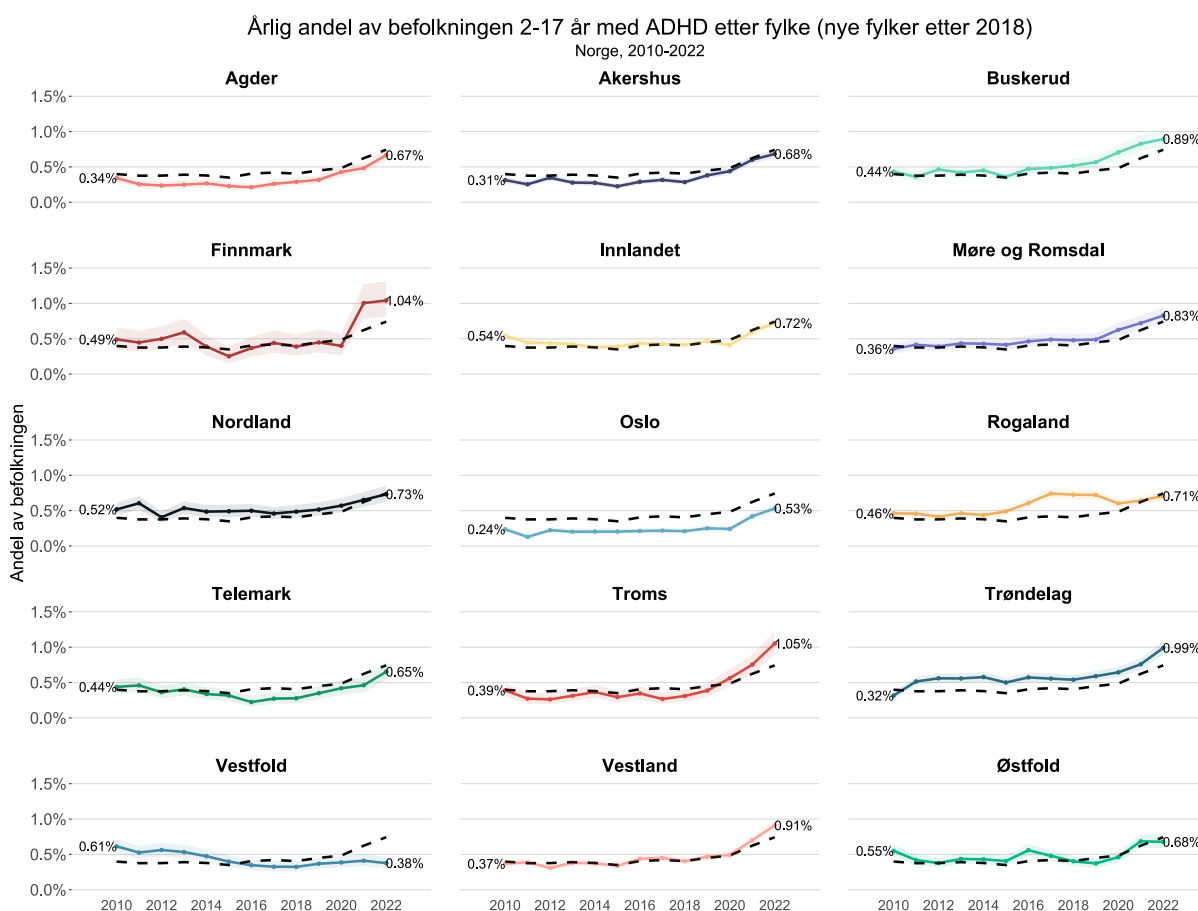
Det er ikke klart hva som ligger til grunn for at barn av foreldre med migrasjonsbakgrunn, særlig fra Asia og Afrika, i så liten grad får ADHD-diagnose i Norge. Forskning viser generelt til kulturelle forskjeller i normer og holdninger til psykisk helse-spørsmål, for eksempel knyttet til stigma, men også variasjoner i helsekompetanse og kunnskap om hvor og om hva man søker hjelp for i helsetjenesten (17). I noen tilfeller kan språkbarrierer og ulik bruk av tolk spille inn. Holdninger til behandling kan spille en rolle, særlig til medikamentell behandling. På den annen side kan helsepersonell ha oppfatninger som påvirker deres kliniske vurderinger. Vi trenger mer kunnskap om hvordan mennesker med ulik kulturell bakgrunn oppfatter og tolker barns utfordringer, deres kunnskap om helsetjenestene og hjelpsøkingpreferanser, men også oppfatninger og praksis overfor disse gruppene i norsk helsetjeneste.

Geografisk variasjon i ADHD-diagnoser

Tidligere undersøkelser har avdekket betydelige forskjeller i forekomst av ADHD-diagnoser mellom fylker i Norge (18). I studien til Surén og medarbeidere fra 2018 sprikte forekomsten

fra 1,5 prosent i fylket med laveste andel (Vest-Agder) til over 5,5 prosent i fylket med den høyeste andelen (Sør-Trøndelag). Nasjonal faglig retningslinje for ADHD ble revidert i 2021, blant annet med anbefaling om å bruke DSM-kriteriene ved diagnostisering, og det er relevant å følge med på om denne har bidratt til mer enhetlig praksis i landet. Vi har derfor gjort nye analyser av fylkesvise forekomster; se figur 6.

Figur 6 viser dagens 15 fylker sortert alfabetisk. Den stiplede linjen viser landsgjennomsnittet, mens den fargede linjen viser utviklingen i fylket. Landsgjennomsnittet for nye tilfeller av ADHD-diagnoser blant barn og unge 2-17 år lå på 0,4 prosent i 2010 og økte til 0,74 prosent i 2022. Tendensen er økende i alle landets fylker, med unntak av Vestfold hvor det har vært en tydelig nedgang. Oslo ligger betydelig under landsgjennomsnittet i hele perioden, mens Trøndelag ligger over.



Figur 6: Årlig andel (insidens) av befolkningen i alderen 2-17 år med ADHD etter fylke (nye fylker etter 2018)

Våre data viser at det fortsatt er betydelige forskjeller mellom fylkene i hvor mange som får ADHD-diagnose. Noen svar ligger antakelig i befolkningssammensetningen; for eksempel er det ulikt hvordan sosioøkonomiske forhold eller andelen innvandrere med bakgrunn fra Asia eller Afrika er fordelt mellom fylkene.

Men dette er ikke hele bildet. Klinisk kompetanse og praksis er to forhold som kan bidra til variasjoner mellom regioner. To norske undersøkelser har på ulike måter avdekket dårlig samsvar mellom symptomgrunnlag og diagnose. I en undersøkelse av hvordan ADHD-diagnoser gitt til barn var begrunnet i pasientjournaler, fant man at det var mangelfull

begrunnelse for diagnosen i over halvparten av tilfellene (18). I disse journalene var det ikke samsvar mellom resultater av undersøkelser og konklusjon om ADHD, det var ikke gjort vurdering av andre mulige forklaringer, eller beskrivelser av symptomene var ikke i samsvar med kriteriene for en diagnose. Selv om man i journaler ikke beskriver alle detaljer i den kliniske prosessen, ble det avdekket en mulighet for at barn har fått ADHD-diagnose uten reelt å ha tilstanden. I en annen studie så man på fylkesvise diagnosetall fra NPR og geografiske variasjoner i symptomer hentet fra Den norske mor, far og barn-undersøkelsen, og fant at variasjon i diagnoser var større enn variasjon i målte ADHD-symptomnivåer (19). Begge disse undersøkelsene indikerer et behov for mer kunnskap om grunnlaget for ADHD-diagnoser i norske klinikker; både når det gjelder om og hvordan retningslinjen for utredning av ADHD brukes, men også kompetanse, tilgjengelighet og ressurser i helsetjenestene rundt om i landet.

Utfordringsbildet og behovet for kunnskap

Utviklingen i ADHD-diagnoser i Norge følger en trend vi ser i store deler av verden, kjennetegnet av en generell økning i forekomst over tid og en særlig økning blant tenåringsjenter og unge kvinner fra ca. 2020. Denne utviklingen er ikke spesifikk for ADHD, men ADHD skiller seg ut ettersom antallet er stort og økningen så markant. Det store antallet utfordrer spesialisthelsetjenestene og deres ressurser og kapasitet til å følge opp barn og unge med denne og andre alvorlige diagnoser.

Det er vist at endringer i diagnosekriterier og utredningsmetoder bidrar til økning i ADHD-diagnoser selv om forekomsten av en diagnostiserbar tilstand i befolkningen ikke øker (20), uten at vi vet hvordan dette ser ut for norske forhold. Men selv om forekomst av ADHD-diagnoser øker, tyder vår gjennomgang på at vi kan stå overfor både underdiagnostisering og mulig overdiagnostisering. Vi har sett at jenter i stor grad har blitt oversett når det gjelder diagnostisering av ADHD, og at disse nå oppsøker spesialisthelsetjenesten sent i tenårene eller i voksen alder. Samtidig ser vi at barn med bakgrunn fra særlig Asia og Afrika kan være oversett med tanke på mulig ADHD. Her trenger vi mer kunnskap, særlig ut fra det bildet vi nå har av forekomst av autisme i disse gruppene.

Økningen i ADHD-diagnoser reiser også spørsmål om hvorvidt dette reflekterer en økning i faktiske utfordringer og plager, eller om endringer i diagnostiske kriterier og samfunnsmessige forhold fører til at for mange får diagnosen. Store geografiske forskjeller og manglende dokumentasjon for diagnosene kan bidra til økt usikkerhet om hvorfor flere blir diagnostisert. En annen viktig observasjon er at barn født sent på året har høyere risiko for å få ADHD-diagnose (21). Dette kan tyde på at symptomer på utviklingsmessig umodenhet hos yngre barn feilaktig blir tolket som tegn på ADHD. Men det kan også tenkes at barn med subterskel symptomer (litt lavere enn krav til diagnose) bikker over terskel for diagnose, avhengig av miljøet rundt (22). I tillegg vet vi at ukvalifiserte tips og råd om ADHD-symptomer og kjennetegn deles i stor skala på sosiale medier, og kan påvirke unge til å tenke at ADHD er relevant for dem (23). Disse trendene utfordrer helsesystemene til å finne riktig balanse mellom normale utviklingsforskjeller og reelle nevroutviklingstilstander.

Vi kan ikke utelukke at økningen også handler om reell økning i personer som strever med konsentrasjon og uro. De siste 20 årene har vi sett samfunnsendringer som har påvirket barn og unges liv på grunnleggende måter. Det har vært store endringer i skolen, med økte krav til læring, selvledelse og samhandling fra tidlig alder. Mobiltelefon og sosiale medier bidrar til at informasjonstilgangen har økt og at alt går raskere. Samlet kan disse endringene ha bidratt til at det er vanskeligere å leve med ADHD-relaterte symptomer i dag enn tidligere.

For å møte disse utfordringene er det behov for mer kunnskap om hvordan, eventuelt om, den Nasjonale faglige retningslinjen for ADHD brukes og hva som legges til grunn for diagnosen, samt eventuelle barrierer i utredningen av ADHD. Vi trenger også bedre forståelse av de regionale forskjellene i tilgang til helsetjenester og kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, som kan være faktorer som driver økt etterspørsel etter utredning.

Referanser

1. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2021;128:789-818. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022
2. Kang J, Lee H, Kim S, Kim HJ, Lee H, Kwon R, et al. Comorbid health conditions in people with attention-deficit/hyperactivity disorders: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr* 2024;99:104135. DOI: 10.1016/j.ajp.2024.104135
3. O'Nions E, El Baou C, John A, Lewer D, Mandy W, McKechnie DGJ, et al. Life expectancy and years of life lost for adults with diagnosed ADHD in the UK: matched cohort study. *Br J Psychiatry* 2025;1-8 [epub ahead of print]. DOI: 10.1192/bjp.2024.199
4. Helsedirektoratet. ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 4. mai 2022; lest 3. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
5. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2015;1(1):15020. DOI: 10.1038/nrdp.2015.20
6. Socialstyrelsen. Adhd-utredningar slukar allt mer av BUP:s resurser [nettdokument]. Sverige: Socialstyrelsen [oppdatert 15. januar 2025; lest 1. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/adhd-utredningar-slukar--allt-mer-av-bups-resurser/>
7. Rogers MA, MacLean J. ADHD Symptoms Increased During the Covid-19 Pandemic: A Meta-Analysis. *J Atten Disord* 2023;27(8):800-11. DOI: 10.1177/10870547231158750
8. Shkalim Zemer V, Manor I, Weizman A, Cohen HA, Hoshen M, Menkes Caspi N, et al. 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. *Psychiatry Res* 2024;339:116077. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.116077
9. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, et al. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr* 2021;67(1):fmaa122. DOI: 10.1093/tropej/fmaa122
10. Auro K, Holopainen I, Perola M, Havulinna AS, Raevuori A. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnoses in Finland During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open* 2024;7(6):e2418204. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.18204
11. Nussbaum NL. ADHD and Female Specific Concerns: A Review of the Literature and Clinical Implications. *J Atten Disord* 2012;16(2):87-100. DOI: 10.1177/1087054711416909
12. Tam LYC, Taechameekietichai Y, Allen JL. Individual child factors affecting the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024;Oct 7 [epub ahead of print]. DOI: 10.1007/s00787-024-02590-9

13. Attoe DE, Climie EA. Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *J Atten Disord* 2023;27(7):645-57. DOI: 10.1177/10870547231161533
14. Kinge JM, Overland S, Flato M, Dieleman J, Rogeberg O, Magnus MC, et al. Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *Int J Epidemiol* 2021;50(5):1615-27. DOI: 10.1093/ije/dyab066
15. Kjøllestad M, Labberton AS, Reneflot A, Hauge LJ, Qureshi S, Surén P. Variation in disease in children according to immigrant background. *Scand J Public Health* 2023;51(3):355-62. DOI: 10.1177/14034948211039397
16. Hansen TM, Qureshi S, Gele A, Hauge LJ, Biele GP, Surén P, et al. Developmental disorders among Norwegian-born children with immigrant parents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2023;17(1):3. DOI: 10.1186/s13034-022-00547-x
17. Shi Y, Hunter Guevara LR, Dykhoff HJ, Sangaralingham LR, Phelan S, Zaccariello MJ, et al. Racial Disparities in Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a US National Birth Cohort. *JAMA Netw Open* 2021;4(3):e210321. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.0321
18. Surén P, Thorstensen AG, Tørstad M, Emhjellen PE, Furu K, Biele G, et al. Diagnosis of hyperkinetic disorder among children in Norway. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2018;138(20). DOI: 10.4045/tidsskr.18.0418
19. Widding-Havneraas T, Markussen S, Elwert F, Lyhmann I, Bjelland I, Halmøy A, et al. Geographical variation in ADHD: do diagnoses reflect symptom levels? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023;32(9):1795-803. DOI: 10.1007/s00787-022-01996-7
20. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014;43(2):434-42. DOI: 10.1093/ije/dyt261
21. Karlstad Ø, Furu K, Stoltenberg C, Håberg SE, Bakken IJ. ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month: Nationwide cohort study from Norway. *Scand J Public Health* 2017;45(4):343-9. DOI: 10.1177/1403494817708080
22. Sibley MH, Arnold LE, Swanson JM, Hechtman LT, Kennedy TM, Owens E, et al. Variable Patterns of Remission From ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. *Am J Psychiatry* 2022;179(2):142-51. DOI: 10.1176/appi.ajp.2021.21010032
23. Karasavva V, Miller C, Groves N, Montiel A, Canu W, Mikami A. A double-edged hashtag: Evaluation of #ADHD-related TikTok content and its associations with perceptions of ADHD. *Plos One* 2025;20(3):e0319335. DOI: 10.1371/journal.pone.0319335

5 Sosial ulikhet i psykisk helse hos barn og unge

Skrevet av: Maria Lyster Andersen, Bjørn-Atle Reme, Jonathan Wörn

Barn av foreldre med lav inntekt eller utdanning har økt risiko for å oppleve psykiske helseproblemer. Vi ser størst sosial ulikhet hos barn med ADHD, en diagnose som er vanlig i ung alder og blant gutter.

Innledning

Noen grupper i befolkningen har bedre helse enn andre. Blant annet varierer helsen med alder, kjønn og familiebakgrunn. I dette kapitlet presenterer vi sentrale funn fra forskningen på ulikhet i barn og unges psykiske helse, med fokus på deres sosiale tilhørighet. Når vi omtaler sosial ulikhet i dette kapitlet, sikter vi til ulikheter mellom barn fra familier med høyere og lavere inntekt, eller høyere og lavere utdanningsnivå hos foreldrene. Utdanning og inntekt reflekterer ulike sider av sosioøkonomisk status, men henger i stor grad sammen. Likevel kan de ha hver sin rolle for barnas psykiske helse (1). Selv om Norge har mindre forskjeller i inntekt og utdanning enn mange andre land, har vi betydelig sosial ulikhet i helse. For eksempel lever de med høyest inntekt i gjennomsnitt flere år lengre enn de med lavest inntekt (2). De med høyere inntekt opplever også færre fysiske og psykiske helseplager (3–6).

Sosial ulikhet i barn og unges psykiske helse betyr at barn fra familier med færre sosioøkonomiske ressurser har økt risiko for psykiske helseproblemer. Psykiske helseproblemer i barndommen kan få langsiktige konsekvenser for utdanning, arbeidsliv og livskvalitet. Det at barn i familier med færre ressurser har flere psykiske helseproblemer, og med dette utgangspunktet potensielt flere utfordringer gjennom livsløpet, oppleves av mange som urettferdig. Å redusere sosial ulikhet i helse er et uttalt politisk mål i Norge (7).

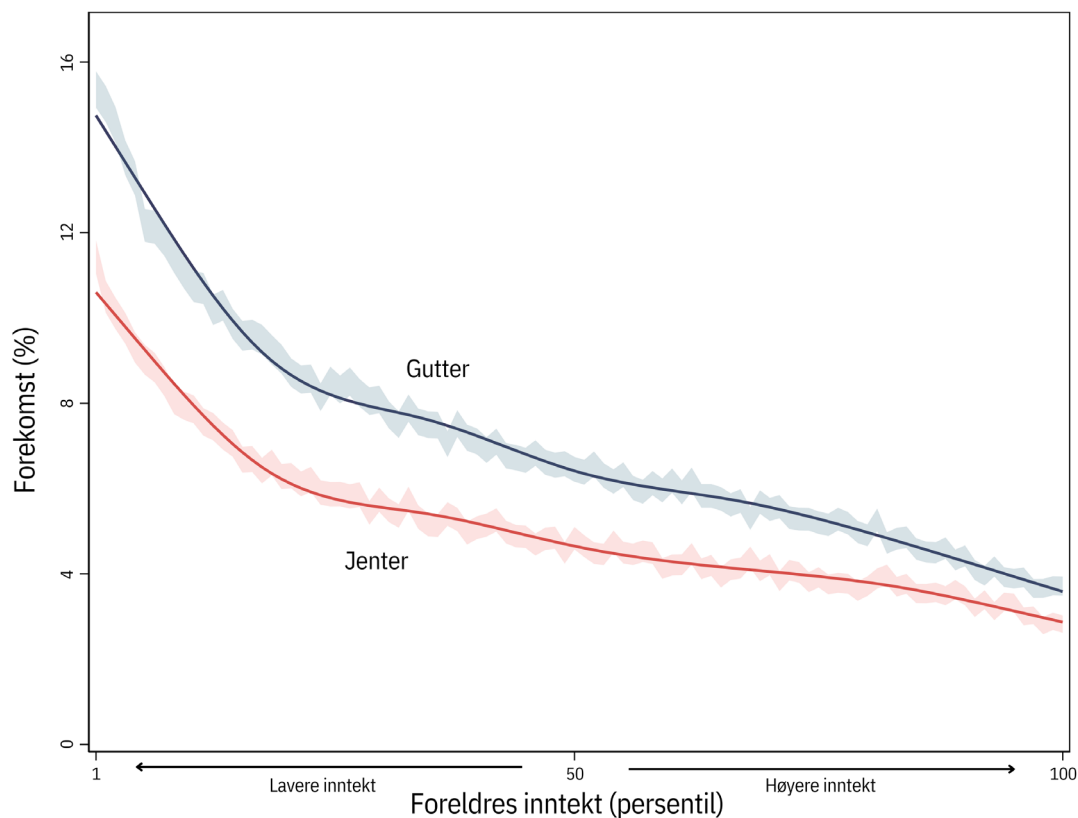
Dette kapitlet tar for seg sosial ulikhet i barn og unges psykiske helse generelt, og spesifikt for de mest hyppige psykiske helseproblemene. Vi diskuterer hva som er kjent med tanke på hvordan covid-19-pandemien har påvirket denne ulikheten, hvilken rolle innvandringsbakgrunn har når det gjelder sosioøkonomisk bakgrunn og psykisk helse, og potensielle langtidseffekter av psykiske helseproblemer. Denne teksten må sees i sammenheng med kapittel 3 og 4, som også gjør analyser av sosial ulikhet spesifikt knyttet til diagnosene autisme og ADHD.

Sosial ulikhet i unges psykiske helse

Sosiale ulikheter i psykisk helse blant unge er et gjennomgående funn i studier fra både Norge og andre land (8–12). Dette gjelder for ulike typer mål på foreldres sosioøkonomiske status og unges psykiske helse. Mål på psykisk helse er typisk skalaer over symptomer på angst og depresjon, mål på funksjon, og besøk hos fastlegen eller spesialist på grunn av psykiske helseproblemer. I dette kapitlet har vi valgt å fokusere hovedsakelig på ADHD, angst og depresjon, som er noen av de vanligste psykiske helseproblemer blant unge (13).

En systematisk gjennomgang av den internasjonale forskningslitteraturen fant at barn i alderen 4–18 år fra familier med lav sosioøkonomisk status hadde to til tre ganger høyere forekomst av psykiske helseproblemer enn barn fra familier med høy sosioøkonomisk status (14). Hvor sterk sammenhengen var mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse, varierte betydelig mellom land og var også avhengig av hvordan psykisk helse og sosioøkonomisk status ble målt.

En stor befolkningsbasert registerstudie fra Norge av barn i alderen 5 til 17 år fant tilsvarende sammenhenger som i litteraturgjennomgangen: Blant barn av foreldre med lavest inntekt, fant man to til tre ganger høyere forekomst av psykiske helseproblemer sammenlignet med barna av foreldre med høyest inntekt (Figur1;(9)). Studien viser også at forekomsten av psykiske diagnoser blant barn øker jevnt med synkende foreldreinntekt, og at sammenhengen mellom inntekt og forekomst av psykiske diagnoser blir sterkere i nederste del av inntektsfordelingen (se figur 1).



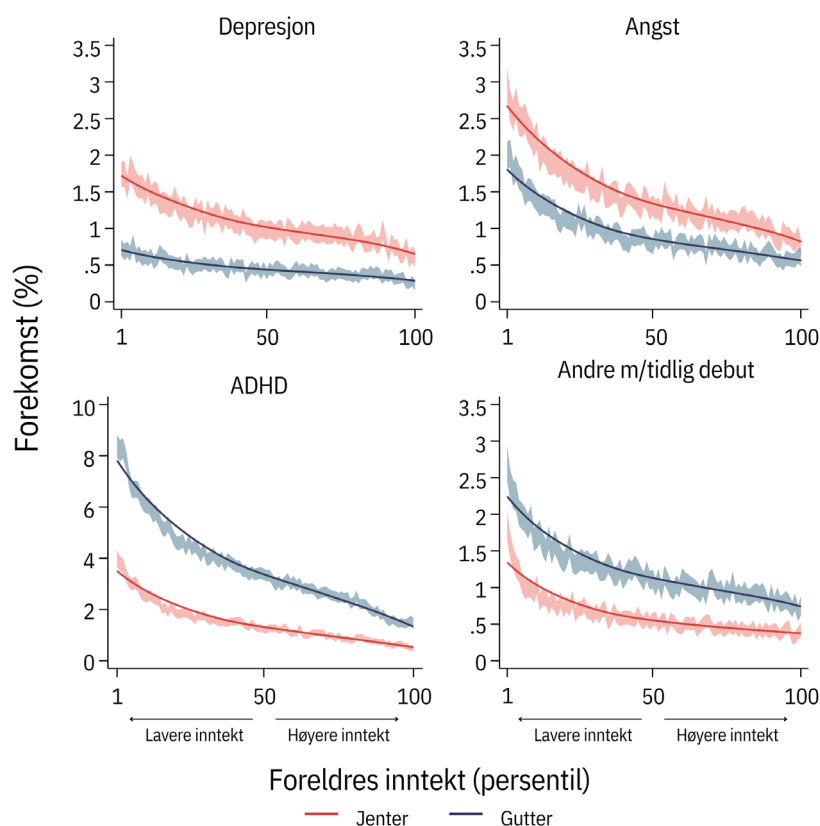
Figur 1: Andel barn i alderen 5–17 år med psykiske lidelser målt ved diagnoser i primær- og spesialisthelsetjenesten etter kjønn og foreldres inntekt, 2008–2016. Foreldres inntekt er delt opp i 100 like store grupper (persentiler). Estimer er basert på alle innbyggere i alderen 5–17 år i Norge for perioden 2008–2016, med unntak av individer med foreldre blant de 2% med lavest inntekt og individer med innvandrerbakgrunn, og omfatter 969 206 barn. Skraverte arealer representerer 95 % konfidensintervaller rundt punktestimatene, beregnet med klyngejusterte robuste standardfeil på individnivå. Lowess-glatting er brukt basert på resultatene fra Kinge et al. 2021 (9).

En annen befolkningsbasert studie viser at forskjellene i psykisk helse etter foreldres sosioøkonomiske status også finnes når barna har blitt voksne, i 30- og 40-årsalderen (15). Begge studiene baserer seg på bruk av offentlige helsetjenester, noe som kan føre til skjevheter i målingen av sosiale forskjeller i psykisk helse. Det kan derfor ikke utelukkes at forskjellene til dels skyldes at grupper med ulik inntekt søker helsehjelp i ulik grad. På den ene siden kan sosiale forskjeller overestimeres fordi barn av foreldre med høyere inntekt benytter private helsetjenester mer. På den andre siden kan grupper med lavere inntekt ha et udekket behov for hjelp fra psykolog eller psykiater, som bidrar til en underestimert av sosiale forskjeller (16). En rapport fra Statistisk Sentralbyrå indikerer at det ikke er stor sosial ulikhet i voksnes udekkede psykologiske behov etter utdanningsnivå, men betydelig ulikhet etter inntekt: mens 8 prosent med inntekt under 250 000 NOK i 2019 rapporterte udekket behov for psykolog eller psykiater, var det 2 prosent blant dem med inntekt over 500 000 NOK (17).

Stor ulikhet i ADHD

Psykiske helseproblemer er en samlebetegnelse for en rekke ulike problemer knyttet til følelsesliv, tankemønstre og atferd. Et hovedskille som ofte trekkes er mellom *internaliserende* og *eksternaliserende* lidelser. Internaliserende lidelser kjennetegnes ved at symptomer rettes innover, og de viktigste diagnosene blant barn og unge er depresjon, angst og spiseforstyrrelser. Eksternaliserende lidelser kjennetegnes ved at symptomer rettes utover, og den vanligste diagnosen blant barn er ADHD (13). I denne kategorien finner vi også atferdsproblemer og reguleringsvansker. Vanligvis ser vi at det er flest jenter som får internaliserende diagnoser, mens gutter i større grad får eksternaliserende diagnoser.

Figur 2 viser at angst, depresjon og ADHD er mer vanlig jo lavere foreldrenes inntekt er (9). Dette gjelder også *andre lidelser med debut i barndommen*, som omfatter forstyrrelser i sosial fungering, tics, atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser. Figuren viser også at forskjellen i forekomst mellom to inntektsgrupper er større ved lav enn ved høy foreldreinntekt. Forskning har pekt på at sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse er noe sterkere for eksternaliserende enn internaliserende lidelser blant barn (8). Figur 2 under (9) illustrerer at sammenhengen mellom foreldrenes inntekt og ADHD (eksternaliserende) er sterkere enn sammenhengen mellom foreldrenes inntekt og barnas angst og depresjon (internaliserende). Dette gjelder både når man ser på forskjellen i *andel personer* med et psykisk helseproblem blant barn fra familier med høy eller lav sosioøkonomisk status (ofte omtalt som absolutt ulikhet), og *hvor mange ganger større* denne andelen er (ofte omtalt som relativ ulikhet).



Figur 2: Andel barn i alderen 5–17 år med spesifikke psykiske lidelser målt ved diagnoser i primær- og spesialisthelsetjenesten etter kjønn og foreldres inntekt, 2008–2016. Foreldres inntekt er delt opp i 100 like store grupper (persentiler). Estimer er basert på alle innbyggere i alderen 5–17 år i Norge for perioden 2008–2016, med unntak av individer med foreldre blant de 2% med lavest inntekt og individer

med innvandrerbakgrunn, og omfatter 969 206 barn. Skraverte arealer representerer 95 % konfidensintervaller rundt punktestimatene, beregnet med klyngejusterte robuste standardfeil på individnivå. Lowess-glatting er brukt basert på resultatene fra Kinge et al. 2021 (9).

Internaliserende lidelser som angst og depresjon er mer vanlig blant jenter, og oppstår eller diagnostiseres vanligvis senere i livet enn eksternaliserende lidelser som ADHD (18). Eksternaliserende lidelser bidrar derfor særlig til sosial ulikhet i psykisk helse blant barn, ettersom disse lidelsene er vanligere i yngre år. Denne ulikheten kan imidlertid endre seg senere i tenårene eller blant unge voksne, etter hvert som internaliserende lidelser i større grad bidrar til den psykiske sykdomsbyrden. For spiseforstyrrelser er mønsteret i sosial ulikhet omvendt: Barn av foreldre med høyere sosioøkonomisk status, og særlig av foreldre med høyere utdanning, søker oftere medisinsk hjelp for spiseforstyrrelser (19–21). Kort oppsummert er lavere sosioøkonomisk status knyttet til økt risiko for at barn oppsøker helsetjenesten for psykiske helseproblemer, særlig blant gutter, og mest for ADHD.

Endringer over tid i sosial ulikhet i barn og unges psykiske helse

Et viktig spørsmål er hvordan sosial ulikhet i unges psykiske helse har utviklet seg over de siste tiårene, og kanskje særlig under og etter covid-19-pandemien. Det finnes få studier fra Norge som måler sosial ulikhet i unges psykiske helse over tid på befolkningsnivå. Selv om disse studiene ikke tyder på en nedgang i sosial ulikhet over de siste tiårene (22,23), trengs det bedre empirisk grunnlag for å fastslå i hvilken grad ulikheten har endret seg betydelig. Det er grunn til å tro at sosial ulikhet i psykisk helse blant barn har økt under covid-19-pandemien, ikke minst fordi barn av foreldre med lav sosioøkonomisk status kan ha vært en særlig sårbar gruppe (24,25). Dette støttes av studier som viser at det å ha vært utsatt for karantene flere ganger medførte en økning i internaliserende symptomer, særlig blant ungdom med foreldre med lavere utdanning (26), og at økningen i depressive symptomer under pandemien var større for ungdom av foreldre med lavere utdanning (25,27).

Innvandringsbakgrunn

Barn med innvandringsbakgrunn har oftere lavere sosioøkonomisk status enn barn med norskfødte foreldre. I 2022 bodde 28,5 prosent av norskfødte barn under 18 med innvandrerforeldre i en familie med vedvarende lav inntekt¹, sammenlignet med kun 5,3 prosent av barn uten innvandringsbakgrunn (28). Ut ifra den lavere sosioøkonomiske statusen kunne man forventet flere psykiske helseproblemer blant barn med innvandringsbakgrunn, og studier som undersøker selvrapportert psykisk helse blant barn og unge finner ofte flere psykiske plager hos dem med innvandringsbakgrunn, sammenliknet med dem uten innvandringsbakgrunn (29–31). Samtidig er personer med innvandringsbakgrunn en heterogen gruppe, med forskjellige historier og erfaringer, også før og under ankomst til Norge (29). Dette gjenspeiles i variasjon i psykiske plager blant barn og unge med innvandrerbakgrunn; for noen grupper og noen aspekter av den psykiske helsen har man sett lik eller bedre psykisk helse hos barn med innvandringsbakgrunn enn hos etnisk norske barn (31,32). Mens lavere sosial status, negative livshendelser og mangel på sosial støtte kan bidra negativt til psykisk helse blant barn med innvandringsbakgrunn, tyder internasjonal forskning på at tettere familierelasjoner og andre faktorer kan bidra positivt (29,33).

Bruk av spesialisthelsetjenesten på grunn av psykiske lidelser er samlet sett sjeldnere blant barn og unge med innvandringsbakgrunn enn blant barn uten innvandringsbakgrunn, dog med

¹ Med vedvarende lav inntekt mener vi familier som har hatt inntekt under lavinntektsgrensen over en periode på tre år (under 60% av mediangjennomsnitt i samme treårsperiode).

variasjon etter hvilket land man kommer fra (34,35). I sin helhet kan disse resultatene tyde på at barn med innvandringsbakgrunn som har psykiske plager sjeldnere fanges opp av helsetjenestene. Det kan tenkes at forskjellige perspektiver på kropp, sjel, bruk av helsetjenester, mindre kunnskap om helsevesenet i familier med innvandringsbakgrunn og andre barrierer bidrar til slike forskjeller. Se også omtalen av forskjeller i diagnoser av autisme og ADHD etter innvandrerbakgrunn i kapittel 3 og 4.

Langtidseffekter av dårlig psykisk helse i ung alder

Psykiske lidelser, og særlig ADHD, er assosiert med lavere skoleprestasjoner blant unge i Norge (36). Ungdom med depresjon og angst har også høyere risiko for psykiske plager både som ung voksen (37) og senere i livet (38). Psykiske lidelser i ung alder er i tillegg knyttet til en økt risiko for å falle ut av arbeidslivet eller til å ha redusert yrkesaktivitet senere i livet (39–41). Psykiske helseproblemer tidlig i livet er også forbundet med lavere inntekt i ung voksenalder (42) og lavere sannsynlighet for familiedannelse blant menn (43).

Det finnes noe forskning på om sammenhengen mellom psykiske lidelser som ung og senere livsutfall varierer etter familiens sosioøkonomiske status, men her er resultatene blandet (44–47). Vi kjenner til få studier som ser på dette i Norge, men en av disse viser at skolekvalitet kan påvirke i hvor stor grad ADHD hos barn henger sammen med skoleprestasjon (48). Dette tyder på at bedre tilgang på ressurser kan bidra til svakere langtidseffekter av psykiske lidelser.

Mulige årsakssammenhenger

For å redusere ulikheter i barn og unges psykiske helse, er det viktig å forstå hvorfor slike forskjeller oppstår. I forskningen på helseulikheter generelt er det to overordnede perspektiver: På den ene siden vil lav inntekt eller lav utdanning kunne føre til dårligere helse. For eksempel kan mindre ressurser eller kunnskap føre til bekymringer knyttet til økonomi, en mindre helsefremmende livstil, mer utfordrende boforhold, samt utfordringer knyttet til å få god behandling for helseproblemer. Dette perspektivet – at sosioøkonomisk status påvirker helse – omtales ofte som *sosiale årsaker* til sosial ulikhet i helse. På den andre siden vil helsen kunne påvirke både inntektspotensialet og evnen til å ta utdanning. For eksempel vil det å ha en psykisk lidelse, kanskje allerede fra ung alder, kunne påvirke skoleprestasjoner, sosialt liv, senere jobbmuligheter og inntekt. Dette perspektivet – at helse påvirker sosioøkonomisk status – blir ofte omtalt som *seleksjon* inn i forskjellige statusgrupper på grunn av helse.

I kontekst av ulikhet i psykisk helse blant barn ser man at ulikhet også kan virke på tvers av generasjoner. Det kan for eksempel skje ved at et barns psykiske problemer fører til at foreldrene jobber mindre og har mindre kapasitet til å ta på seg oppgaver som kunne økt sannsynligheten for jobbavansement (seleksjon), eller ved at foreldrenes sosioøkonomiske situasjon medfører levekår som øker risikoen for at barn opplever psykiske helseproblemer (årsak). I tillegg til den gjensidige påvirkningen mellom sosioøkonomisk status og helse, kan det finnes utenforliggende faktorer - inkludert genetikk - som påvirker både helse og sosioøkonomisk status positivt eller negativt. Oppsummert er samspillet mellom utdanning, inntekt og helse komplekst, og flere forklaringer kan samtidig være gyldige.

Konklusjon

Barn og unge som vokser opp i familier med lav inntekt og utdanning har høyere forekomst av psykiske helseproblemer som ADHD, angst og depresjon. Disse sosiale forskjellene vedvarer ofte

inn i voksenlivet. Årsakene er sammensatte, men uansett årsak er det sannsynlig at et velutviklet hjelpetilbud kan bidra til å redusere dem.

Det er imidlertid behov for mer kunnskap om hvilke typer tiltak som er mest effektive. Det er særlig viktig å forstå hvilke faktorer i familien, barnehagen, på skolen, og i fritiden som fremmer god psykisk helse blant barn - spesielt barn fra familier med lav inntekt og utdanning. For å få en mer helhetlig forståelse av hvordan helseulikheter oppstår og vedvarer, trengs studier som ser på samspillet mellom nærmiljøfaktorer, familiebakgrunn og individegenskaper.

Referanser

1. Bøe T, Sivertsen B, Heiervang E, Goodman R, Lundervold AJ, Hysing M. Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. *J Abnorm Child Psychol*. 1. juli 2014;42(5):705–15.
2. Kinge JM, Modalsli JH, Øverland S, Gjessing HK, Tollånes MC, Knudsen AK, mfl. Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*. 21. mai 2019;321(19):1916–25.
3. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Ann N Y Acad Sci*. 1999;896(1):3–15.
4. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry*. 1. august 2014;26(4):392–407.
5. Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, mfl. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. 11. april 2016 [sitert 14. mars 2025]; Tilgjengelig på: <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i1732>
6. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, mfl. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med*. 5. juni 2008;358(23):2468–81.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller [Internett]. Report No.: Meld. St. 15 (2022–2023). Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
8. Bøe T, Øverland S, Lundervold AJ, Hysing M. Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1. oktober 2012;47(10):1557–66.
9. Kinge JM, Øverland S, Flatø M, Dieleman J, Røgeberg O, Magnus MC, mfl. Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *Int J Epidemiol*. 1. oktober 2021;50(5):1615–27.
10. Nielsen L, Damsgaard MT, Meilstrup C, Due P, Madsen KR, Koushede V, mfl. Socioeconomic differences in emotional symptoms among adolescents in the Nordic countries: Recommendations on how to present inequality. *Scand J Public Health*. 1. februar 2015;43(1):83–90.
11. Rajmil L, Herdman M, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Alonso J, The European KIDSCREEN group. Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *Int J Public Health*. 1. februar 2014;59(1):95–105.
12. Yang M, Carson C, Creswell C, Violato M. Child mental health and income gradient from early childhood to adolescence: Evidence from the UK. *SSM - Popul Health*. 1. desember 2023;24:101534.

13. Bang L, Furu K, Handal M, Torgersen L, Stavenes Støle H, Surén P, mfl. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge [Internett]. Norwegian Institute of Public Health; 2024 mar [sitert 17. oktober 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
14. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Soc Sci Med*. 1. august 2013;90:24–31.
15. Evensen M, Klitkou ST, Tollånes MC, Øverland S, Lyngstad TH, Vollset SE, mfl. Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *BMC Med*. 1. juli 2021;19(1):152.
16. Skretting Lunde E, Ramm J. Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd. *Statistics Norway*; 2021.
17. Bøe T, Hysing M, Askeland KG, Skogen JC, Heradstveit O. Do Parental Education-Related Inequality Matter in Child and Adolescent Utilization of Mental Health Services: Results From a Norwegian Register Linkage Study. *Health Serv Insights*. januar 2021;14:11786329211055302.
18. Kieling C, Buchweitz C, Caye A, Silvani J, Ameis SH, Brunoni AR, mfl. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*. 1. april 2024;81(4):347–56.
19. Goodman A, Heshmati A, Malki N, Koupil I. Associations Between Birth Characteristics and Eating Disorders Across the Life Course: Findings From 2 Million Males and Females Born in Sweden, 1975–1998. *Am J Epidemiol*. 1. april 2014;179(7):852–63.
20. Goodman A, Heshmati A, Koupil I. Family History of Education Predicts Eating Disorders across Multiple Generations among 2 Million Swedish Males and Females. *PLOS ONE*. 27. august 2014;9(8):e106475.
21. Koch SV, Larsen JT, Plessen KJ, Thornton LM, Bulik CM, Petersen LV. Associations between parental socioeconomic-, family-, and sibling status and risk of eating disorders in offspring in a Danish national female cohort. *Int J Eat Disord*. 2022;55(8):1130–42.
22. Aasan BEV, Lillefjell M, Krokstad S, Sund ER. Trends in social inequality and how mental wellbeing vary and covary among Norwegian adolescents and their families: the Young-HUNT Study. *Scand J Public Health*. 30. september 2023;14034948231172634.
23. Myhr A, Naper LR, Samarawickrema I, Vesterbekkmo RK. Impact of COVID-19 Pandemic Lockdown on Mental Well-Being of Norwegian Adolescents During the First Wave—Socioeconomic Position and Gender Differences. *Front Public Health* [Internett]. 14. september 2021 [sitert 10. oktober 2024];9. Tilgjengelig på: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2021.717747/full>
24. Ulset VS, Bakken A, Soest T von. Ungdoms opplevelser av konsekvenser av pandemien etter ett år med covid-19-restriksjoner. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internett]. 27. september 2021 [sitert 15. oktober 2024]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2021/09/originalartikkel/ungdoms-opplevelser-av-konsekvenser-av-pandemien-etter-ett-ar-med-covid-19-restriksjoner>
25. von Soest T, Kozák M, Rodríguez-Cano R, Fluit S, Cortés-García L, Ulset VS, mfl. Adolescents' psychosocial well-being one year after the outbreak of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nat Hum Behav*. februar 2022;6(2):217–28.
26. Pettersen JH, Hannigan LJ, Gustavson K, Lund IO, Pearson RM, Jensen P, mfl. COVID-19 Pandemic Quarantines and Mental Health Among Adolescents in Norway. *JAMA Netw Open*. 12. juli 2024;7(7):e2422189.

27. Kozák M, Bakken A, von Soest T. Psychosocial well-being before, during and after the COVID-19 pandemic: a nationwide study of more than half a million Norwegian adolescents. *Nat Ment Health*. juli 2023;1(7):501–13.
28. Statistisk Sentralbyrå. SSB. 2024 [sitert 17. oktober 2024]. Færre barn lever i familier med lavinntekt. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/faerre-barn-lever-i-familier-med-lavinntekt>
29. Abebe DS, Lien L, Hjelde KH. What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *J Immigr Minor Health*. februar 2014;16(1):60–7.
30. Fandrem H, Sam DL, Roland E. Depressive Symptoms Among Native and Immigrant Adolescents in Norway: The Role of Gender and Urbanization. *Soc Indic Res*. 1. mai 2009;92(1):91–109.
31. Oppedal B, Azam GE, Dalsøren SB, Hirsch SM, Jensen L, Kiamanesh P, mfl. Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier [Internett]. Folkehelseinstituttet; 2008. Report No.: 2008:14. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykososial-tilpasning-og-psykiske-/>
32. Vaage AB, Tingvold L, Hauff E, Van Ta T, Wentzel-Larsen T, Clench-Aas J, mfl. Better mental health in children of Vietnamese refugees compared with their Norwegian peers - a matter of cultural difference? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 21. oktober 2009;3(1):34.
33. Mood C, Jonsson JO, Låftman SB. The Mental Health Advantage of Immigrant-Background Youth: The Role of Family Factors. *J Marriage Fam*. 2017;79(2):419–36.
34. Abebe DS, Lien L, Elstad JJ. Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juni 2017;52(6):679–87.
35. Evensen M, Cools S, Hermansen AS. Adolescent Health Inequality Across Immigrant Generations. *J Adolesc Health*. 1. november 2024;75(5):792–800.
36. Nordmo M, Kinge JM, Reme BA, Flatø M, Surén P, Wörn J, mfl. The educational burden of disease: a cohort study. *Lancet Public Health*. juni 2022;7(6):e549–56.
37. Ranøyen I, Lydersen S, Larose TL, Weidle B, Skokauskas N, Thomsen PH, mfl. Developmental course of anxiety and depression from adolescence to young adulthood in a prospective Norwegian clinical cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1. november 2018;27(11):1413–23.
38. Gustavson K, Knudsen AK, Nesvåg R, Knudsen GP, Vollset SE, Reichborn-Kjennerud T. Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 12. mars 2018;18(1):65.
39. Goodman A, Joyce R, Smith JP. The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proc Natl Acad Sci*. 12. april 2011;108(15):6032–7.
40. Kristensen P, Hanvold TN, Hasting RL, Merkus SL, Hoff R, Mehlum IS. Work participation in young Norwegians: a 19-year follow up in a registry-based life-course cohort. *Scand J Public Health*. mars 2021;49(2):176–87.
41. Veldman K, Reijneveld SA, Verhulst FC, Ortiz JA, Bültmann U. A life course perspective on mental health problems, employment, and work outcomes. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(4):316–25.
42. Evensen M, Lyngstad TH, Melkevik O, Reneflot A, Mykletun A. Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: evidence from the Young-HUNT Study. *J Epidemiol Community Health*. 1. februar 2017;71(2):201–6.
43. Evensen M, Lyngstad TH. Mental health problems in adolescence, first births, and union formation: Evidence from the Young HUNT Study. *Adv Life Course Res*. 1. mars 2020;43:100324.

44. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*. 1. juli 2016;73(7):713–20.
45. Cheung CHM, Rijdsdijk F, McLoughlin G, Faraone SV, Asherson P, Kuntsi J. Childhood predictors of adolescent and young adult outcome in ADHD. *J Psychiatr Res*. 1. mars 2015;62:92–100.
46. Kim M, King MD, Jennings J. ADHD remission, inclusive special education, and socioeconomic disparities. *SSM - Popul Health*. 1. august 2019;8:100420.
47. Evensen M, Lyngstad TH, Melkevik O, Mykletun A. The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons using Data from the Young HUNT Study. *Eur Sociol Rev*. 1. oktober 2016;32(5):552–66.
48. Cheesman R, Eilertsen EM, Ayorech Z, Borgen NT, Andreassen OA, Larsson H, mfl. How interactions between ADHD and schools affect educational achievement: a family-based genetically sensitive study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022;63(10):1174–85.

6 Tidlig innsats for å forebygge psykisk uhelse: Helsestasjons- og skolehelsetjenestens bidrag

Skrevet av: Marit Müller De Bortoli, Marit Dromnes Manvik, Tonje Lervold, Marte Morken Høyland, Helene Saksvik Ringås, Hanne Nissen Bjørnsen

Helsestasjons- og skolehelsetjenestene møter nært alle barn i Norge gjennom hele oppveksten. Det er et stort uutnyttet potensial for å kunne fremme god psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos barn og unge gjennom disse tjenestene. Forebyggingen må starte allerede i svangerskapet.

Innledning

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et gratis og universelt helsetilbud (1), med svært høy oppslutning i befolkningen (2). Tjenesten har lav terskel for kontakt, og møter jevnlig nær 100 prosent av målgruppen (2). Dette setter helsestasjons- og skolehelsetjenesten i en unik posisjon til å fremme god psykisk helse i barne- og ungdomsbefolkningen. Tjenesten tilbyr helseopplysning, støtte, råd og veiledning, og møter gravide, barn, unge og deres familier i avgjørende overgangsfaser i livet. Tjenesten har et forskriftsfestet formål om å fremme god psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos barn og unge (5), i tillegg til å skulle oppdage de med behov for ekstra støtte, hjelp og videre oppfølging.

Det er avgjørende at tjenestene bygger på et solid kunnskapsgrunnlag for å utnytte sitt fulle potensial i forebygging av psykisk uhelse. Det må undersøkes hvilke universelle og målrettede tiltak som virker best for de som trenger det mest, når det gjelder å fremme god psykisk helse og forebygge psykisk uhelse i befolkningen. Det er i tillegg behov for en systematisk og helhetlig evaluering av kommunenes mange ulike tilbud, når det gjelder oppfølging av psykiske plager og lidelser hos barn og unge og deres foresatte (7).

I denne teksten beskrives hvordan helsestasjons- og skolehelsetjenesten i større grad enn i dag, kan jobbe helsefremmende og forebyggende med psykisk helse hos barn og unge. Foreldres psykiske helse kan påvirke samspill og barnets utvikling, og det er derfor viktig å se det helsefremmende og forebyggende arbeidet i sammenheng, og ha et helhetlig blikk på arbeidet allerede fra før barnet er født. Vi vil også beskrive hvilken kunnskap vi kan få fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og hvordan kunnskapen bør fungere som et grunnlag for å iverksette mer målrettede og effektive tiltak.

Fakta om helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt og universell helsetjeneste til gravide, barn, unge og deres familier. Et overordnet mål er at tjenestene skal være likeverdige og bidra til at alle barn og unge, uansett sosioøkonomisk bakgrunn, mottar relevante og gode helsefremmende og forebyggende tjenester der de bor og oppholder seg (1). Samtidig skal tjenestene utføre selektive tiltak til enkeltindivider ut ifra avdekte behov eller risiko. Tjenestene er tverrfaglige og skal bestå av helsesykepleiere, jordmødre og leger, og bør ha fysioterapeuter ansatt (3).

Tjenesten er i dag regulert av Helse- og omsorgstjenesteloven, som gir kommunene ansvar for å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til barn og unge (4). Ifølge Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018) skal tjenesten fremme god helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge uhelse, utjevne sosiale helseforskjeller, samt forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt (5). I tillegg er det utarbeidet en omfattende nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom som gir uttrykk for hva som anses som god praksis og er førende for tjenestene (6).

Tjenestene består av:

Svangerskapsomsorgen på helsestasjonen skal bidra til det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet gjennom å ha oversikt over faktorer som kan påvirke helsen til den gravide og fosteret i magen (5). Det er en sterk anbefaling at gravide bør få tilbud om et basisprogram med ni konsultasjoner. Den gravide bestemmer selv om de vil ha oppfølgingen hos jordmor eller fastlege, og tilbudet er gratis. I tillegg til de ni konsultasjonene i svangerskapet skal jordmor som jobber i kommunen tilby et hjemmebesøk 1-3 dager etter hjemkomst. Det kan tilbys en etterkontroll fire til seks uker etter fødsel hvor psykisk helse hos mor og partner er et av flere tema (8).

Helsestasjonen skal tilby en lavterskel forebyggende og helsefremmende tjeneste til alle barn i Norge fra 0-5 års alder. Helsestasjonsprogrammet innebærer 14 konsultasjoner (inkludert hjemmebesøk), hvor man treffer både helsesykepleier, helsestasjonslege og eventuelt annet helsepersonell, som fysioterapeut. Det er en sterk anbefaling at helsesykepleier gjennomfører hjemmebesøk 7-10 dager etter fødsel.

Skolehelsetjenesten skal være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for barn og ungdom, helt fra skolestart til utgangen av videregående skole. Tilbudet skal være gratis, og barn, ungdom og foreldre skal kunne henvende seg uten avtale eller henvisning. Skolehelsetjenestens grunnbemanning er helsesykepleier og lege, men andre yrkesgrupper vil være knyttet til tjenesten ut fra kompetansen som kreves for å drive en forsvarlig tjeneste (6).

Alle kommuner skal ha et helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år, som skal være et supplement til, og ikke komme i stedet for, skolehelsetjenesten.

Helsestasjon for ungdom (HFU) skal være et gratis lavterskeltilbud. Dette innebærer en tjeneste som er åpen etter skoletid, og med mulighet for drop-in (12).

Forebygging av psykisk uhelse må starte i svangerskapet

Å forebygge psykisk uhelse hos barn, starter med foreldrenes psykiske helse. Det er en sterk sammenheng mellom foreldres psykiske helse og deres barns psykiske helse (9). Dersom en av foreldrene har en psykisk helsediagnose, er det høyere sannsynlighet for at deres tenåringsbarn også får en psykisk helsediagnose (10). Vi vet også at kompetente og omsorgsfulle foreldre skaper et miljø som styrker barns psykiske helse (11).

Den gravides psykiske helse er tema allerede ved første svangerskapskonsultasjon i første trimester. I tillegg er det en sterk anbefaling om at alle gravide blir spurt om nåværende og tidligere opplevelser med vold, og at minst én eller flere konsultasjoner gjennomføres uten partner til stede (13). Psykisk helse er et gjennomgående tema gjennom hele oppfølgingen, og det skal legges til rette for at den gravide (og partner) kan snakke om hvordan de har det. Jordmor og/eller fastlege bør identifisere gravide som har eller tidligere har hatt opplevelse av nedstemthet eller andre psykiske helseproblemer. Dersom det avdekkes at den gravide har behov for det, skal den gravide og eventuelt partner henvises til psykisk helsetjeneste i kommunen eller spesialisthelsetjenesten (14).

Det er anbefalt at svangerskapsomsorgen har rutiner for å identifisere depresjon og angst hos gravide, ved å bruke validerte verktøy i et lokalt forankret program (14). Dette følges opp etter fødsel allerede ved hjemmebesøket, hvor jordmor og helsesykepleier skal tematisere omsorgspersonenes psykiske helse og trivsel (15). Også i løpet av barnets to første leveår bør helsesykepleier ta opp dette temaet gjentatte ganger (15). Det å kartlegge alle foresatte både fra svangerskapsomsorgen og videre etter at barnet er født, vil gi viktig informasjon på sårbare tidspunkt og indikere hvor i tjenesten innsatsen bør legges for både forebygging og helsefremming. En slik screening er høyst relevant ettersom det er mellom 4000-8000 kvinner som hvert år utvikler fødselsdepresjon (16).

For å lykkes med å oppdage psykisk uhelse hos foreldre er det avgjørende med gode validerte kartleggingsverktøy. Per i dag er det ulik praksis ute i tjenestene for bruk av validerte verktøy, og gjeldende retningslinjer peker ikke på bestemte validerte verktøy (14).

I 2013 ble det gjort en systematisk kartlegging og oppsummering over nøyaktigheten av ulike kartleggingsverktøy, med tanke på deres evne til å identifisere depresjon hos gravide eller barselkvinner. Arbeidet fant at det mest brukte screeningverktøyet i Norge (Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS) kan identifisere 93 prosent av kvinnene som hadde en klinisk depresjon.. Et annet viktig funn var at ingen av de inkluderte studiene rapporterte om negative eller uønskede effekter av screeningen og oppfølgingen av mor, barn eller familien (17). Det er til nå få skandinaviske studier som har evaluert EPDS (17), og det er derfor behov for mer forskning på verktøyet i en norsk kontekst som gir økt kunnskap om EPDS virker etter sin hensikt i svangerskapsomsorg og helsestasjon, og faktisk fanger opp foreldre med behov for videre oppfølging av psykisk helse i denne sårbare fasen av et barns liv. I tillegg bør det legges til rette for at data fra denne screeningen inngår i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Slike data vil gi et bedre kunnskapsgrunnlag, som vil gjøre tjenestene bedre i stand til å utvikle, iverksette og holde kvaliteten oppe i ulike helsefremmende og forebyggende tiltak.

Utover fødselsdepresjon er det ikke uvanlig at foresatte også kan oppleve andre psykiske reaksjoner i tiden etter fødsel (18). Derfor er det viktig at det jobbes systematisk for å fange opp omsorgspersoner som kan ha behov for tettere oppfølging. Helsestasjonstjenesten kan bidra med å tilby støttesamtaler for foreldre med identifiserte utfordringer (19). Tjenesten arbeider kontinuerlig med å skape tillit og dermed rom for at vanskelige temaer kan tas opp på en trygg måte. Å sette ord på egen psykisk helse kan åpne for refleksjon og økt bevissthet. Samtidig vil økt åpenhet kunne bidra til å redusere stigma knyttet til psykisk uhelse, og bidra til at mennesker som har behov blir fanget opp og dermed kan få ekstra oppfølging. Dersom utfordringene er store kan helsestasjonstjenesten også bidra til at foreldrene kan få hjelp av andre instanser i kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

Helsestasjonen må følge opp foreldrene

Det er i dag spesiell oppmerksomhet rettet mot barnets første 1000 dager (20). Som et ledd i denne satsningen på en god start i livet, kan helsestasjonstjenesten bidra gjennom å tilby foreldreveiledning som et universelt tiltak for å styrke foreldreferdigheter, både før og etter fødsel. Foreldreveiledning kan styrke foreldrenes evne og tro på egen omsorgsrolle, og dermed forebygge skjevutvikling og/eller psykososiale vansker hos barnet. Ulike foreldreveiledningsprogram er i bruk i kommunene, og det er stor variasjon i opplæring og gjennomføring av disse. Det kan være gunstig med en klar anbefaling, basert på eksisterende kunnskap, om hvilke foreldreveiledningsprogram som egner seg til universelt bruk i tjenestene, og at innføringen av disse programmene revalueres og ved behov videreutvikles i en norsk kontekst. Det finnes flere foreldreveiledningsprogram i Norge, for eksempel International Child Development Programme (21). Også andre programmer er evaluert i en norsk kontekst og inneholder virksomme komponenter for å styrke foreldreferdigheter og bedre samspillet mellom foreldre og barn (22-25).

De aller fleste barn under skolealder har god psykisk helse (26). Samtidig kan psykiske plager som angst og uro forekomme også hos denne aldersgruppen (27;28). Dersom man oppdager at et barn trenger ekstra oppfølging, eller står i fare for skjevutvikling, kan helsestasjonen sammen med barnehage, pedagogisk-psykologisk tjeneste, psykolog eller andre kommunale instanser, bidra til at barnet får den oppfølgingen det trenger (29;30).

Skolehelsetjenesten kan jobbe mer helsefremmende og forebyggende

Skolehelsetjenesten kan i langt større grad enn i dag bidra inn i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i skolen på flere måter. I samarbeid med skolen, kan skolehelsetjenesten være en viktig bidragsyter for å øke både foreldre og elevers helsekompetanse gjennom både undervisning og foreldremøter (31). I systemrettet samarbeid med skole kan skolehelsetjenesten bidra til å sikre elevene et godt fysisk og psykososialt miljø.

Dette er relevant i forhold til problemer med mobbing, som kan gi alvorlige konsekvenser både for den som er utsatt, og de(n) som utøver. Når skolehelsetjenesten kommer i kontakt med elever som opplever mobbing, er samarbeid med skole helt nødvendig. Olweus-programmet (OBPP) er et skoleomfattende program mot mobbing og antisosial atferd med sterkt dokumentert effekt (32). Programmet skal drives av skolen, og skolehelsetjenesten kan være en bidragsyter til dette. Skoledrevne program kan også legge til rette for bedre systemrettet samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste. Det er i det universelle, helsefremmende arbeidet man treffer alle barn og unge, og dermed er i posisjon til å fremme god psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos den enkelte i framtiden.

En utfordring som skolehelsetjenesten står i er at den økende psykiske uhelsen hos barn og ungdom, gir et økende press på å tilby individuell oppfølging som grenser til behandling av barn og unge med psykiske lidelser. Individuell oppfølging er tidkrevende arbeid som tar ressurser bort fra det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet. Skolehelsetjenesten sitt potensiale ligger i å gi støtte og veiledning til barn, ungdom og familier i håndtering av små og store utfordringer og plager på et tidlig tidspunkt, slik at ytterligere forverring hindres eller bremses. En lett tilgjengelig skolehelsetjeneste kan være avgjørende for å komme tidlig inn i ulike utfordringer, men det er verken bærekraftig eller i tråd med skolehelsetjenestens mandat å drive individuell oppfølging over lang tid der problemer allerede har oppstått. Det er derfor viktig at kommunene har tilgjengelige lavterskeltilbud og gode samarbeidsrutiner mellom tjenestene for oppfølging av barn og ungdom med psykiske plager (33).

Foreldre spiller en viktig rolle også for barn i skolealder. Nye utfordringer oppstår, og foreldre kan føle seg alene og utrygge i foreldrerollen. Skolehelsetjenesten kan i den sammenheng være en støtte for foreldre som står i utfordringer. Foreldreveiledende tiltak i form av gruppetilbud på universelt nivå, kan bidra til å fremme barns sosiale og emosjonelle kompetanse ved å forbedre og styrke foreldrenes samspill med barna (22;32;34). Det er variasjoner mellom kommunene i hvorvidt foreldreveiledningsprogram benyttes i skolehelsetjenesten i dag, og det trengs mer kunnskap rundt hvordan foreldreveiledningstiltak kan bli mer tilgjengelige og bidra i å forebygge psykisk uhelse hos barn og unge

Helsestasjon for ungdom er et viktig lavterskeltilbud

Helsestasjon for ungdom (HFU) er et viktig bidrag til lavterskel helsetilbud for ungdom. HFU skal vektlegge fremming av trivsel og mestring, forebygge uønskede svangerskap, og forebygge og behandle seksuelt overførbare sykdommer. I tillegg er det en sterk anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for tjenesten at HFU bør være spesielt oppmerksomme på ungdommer med tegn på utvikling av psykiske plager og lidelser (12).

En lett tilgjengelig HFU kan være avgjørende for tidlig oppdagelse av, og bistand ved psykiske helseproblemer. Fordi tilbudet er gratis, gir det like muligheter for kontakt med helsevesenet uavhengig av økonomi, også for ungdom over 16 år som ikke lenger får gratis helsetjenester hos fastlege. Med tverrfaglig bemanning kan HFU være en arena for å undersøke sammenhengen mellom fysisk og psykiske helseplager. I tillegg til helsesykepleier, skal lege være tilknyttet HFU. Fysioterapeuter, jordmødre og ansatte med spisskompetanse på psykisk helse kan i noen kommuner være en del av HFU-tilbudet. Mindre kommuner og bydeler kan samarbeide om et HFU-tilbud. Det er imidlertid store geografiske forskjeller når det gjelder tilbud i HFU.

Siden tilbudet i stor grad baserer seg på drop-in, er det ofte først etter at psykiske problemer har oppstått at ansatte i tjenesten kommer i kontakt med ungdommene. HFU kan tilby både oppfølgende samtaler, og bistå med å veilede ungdommer videre til andre hjelpeinstanser ved behov. Ved behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten kan ansatte i HFU bistå med kontakt med fastlege, psykiske helsetjenester i kommunen eller andre lavterskeltilbud. Lege og psykolog i HFU har også mulighet til å henvise direkte til spesialisthelsetjenesten (12).

Hvordan møte framtidens utfordringer?

Det er ingen tvil om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten allerede gjør en betydelig innsats for å fremme god psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos barn og unge. Det er likevel rom for mer.

Mer likeverdige tjenester på tvers av geografi

Det er geografiske forskjeller når det gjelder hvordan helsestasjons- og skolehelsetjenestene er organisert og utformet. For eksempel kan to nabokommuner prioritere helt ulikt når det gjelder tjenestens innhold og tilbud. I en kommune kan helsesykepleier systematisk kartlegge alle gravide og foreldre med EPDS, og i tillegg tilby lavterskeltilbud med støttesamtaler med psykiatrisk sykepleier, mens nabokommunen hverken bruker EPDS eller tilbyr målrettede støttesamtaler. To nabokommuner kan også ha ulike ressurser og helsepersonell, for eksempel at en kommune tilbyr mer tilgjengelighet av fysioterapeut enn nabokommunen. Slike geografiske forskjeller bør utjevnes med tanke på å unngå geografisk ulikhet i psykisk helse blant barn og unge.

Tilsvarende er tilgjengeligheten til HFU i stor grad basert på geografiske forhold (35), der det for ungdom i rurale strøk er mindre tilgjengelig tjeneste enn i byene. En mulighet for utjevning av denne forskjellen i tilgang, kan være bruk av digitale løsninger for kontakt med HFU for ungdom, som av ulike grunner ikke har tjenesten lett tilgjengelig.

Forebygging av psykisk uhelse i skolen

Til tross for at skolehelsetjenesten både har god kunnskap om fysisk, psykisk og seksuell helse, og lovpålagt fysisk tilstedeværelse på skolene, er det opp til den enkelte skole å avgjøre om og hvordan skolehelsetjenesten skal bidra i opplysnings- og undervisningsarbeid for grupper, klasser, og på foreldremøter (36). Her ligger det et stort uutnyttet potensial for samarbeid med skolen om helsefremmende skolemiljø og undervisning med mål om økt helsekompetanse. Skolehelsetjenesten innehar få validerte verktøy og arbeidsstrategier. Imidlertid arbeides det med å teste ut ulike metoder, som for eksempel verktøyet «Skolehelse», som en støtte til helsesykepleiers helsesamtale til alle elevene i 8.klasse (37), og MEST som arbeidsstrategi for økt helsekompetanse hos ungdom i videregående skole (38). Dette vil skape et viktig kunnskapsgrunnlag for utviklingen av tjenestene.

For å legge til rette for et likeverdig helsefremmende og forebyggende tilbud til barn, ungdom og foresatte i skolen, er det nødvendig å se nasjonale faglige retningslinjer for skolehelsetjenesten i sammenheng med læreplan for skoleverket. Det vil kunne gi et mer likeverdig tilbud uavhengig av bosted.

Øke helsekompetanse hos foreldre og barn

Helsekompetanse er viktig for psykisk helse fordi det bidrar til å bygge ferdigheter for å håndtere livets naturlige svingninger, styrker evnen til å ta vare på egen og andres psykiske helse, og fremmer muligheten til å bevisst ta helsefremmende valg for seg selv og de rundt seg. I tillegg gjør god helsekompetanse det lettere å navigere i helsevesenet ved psykisk uhelse, det kan redusere stigma og gjøre det lettere å kritisk vurdere helseinformasjon og finne pålitelige kilder for informasjon om psykisk helse.

Helsestasjonstjenesten har stort potensiale for å bidra til økt helsekompetanse i befolkningen, blant annet ved å øke bevisstheten om samspill mellom foreldre og barn, samt hvilke faktorer som påvirker samspill, vekst og utvikling. Likeledes er skolehelsetjenesten i en unik posisjon til å øke elevens og foreldres helsekompetanse gjennom universelt og tverrfaglig helsefremmende arbeid.

Med framveksten av sosiale medier blir barn og unge utsatt for helsepåstander som kan være både motstridende og feilaktige, og behovet for helsekompetanse og kritisk tenkning er økende. Økt helsekompetanse setter barn og unge bedre i stand til å treffe sunne livsstilsvalg, forstå ulike normalvariasjoner i psykisk helse, mestre eventuelle plager og lidelser, og kritisk vurdere helseinformasjon. Forskning viser at det er en sosial gradient i helsekompetanse, og at det er et potensiale for å utjevne ulikhet i helse gjennom tiltak for å øke helsekompetanse (39). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har i samarbeid med skolene her en viktig oppgave i å utvikle barn og unges evner til å forstå og vurdere helseinformasjon og gjøre kritiske vurderinger av informasjonen de får fra ulike kilder.

Utvikle kunnskap som utnytter tjenestenes ressurser

Ut ifra et samfunnsøkonomisk perspektiv er det gunstigere å fremme god psykisk helse, og samtidig forebygge psykisk uhelse tidlig, enn å behandle helseproblemene senere i livet (40).

Tidlig innsats og universelt helsefremmende arbeid starter fra barnet ligger i magen, og følger familiene gjennom barne- og ungdomsårene. På den måten kan vi utnytte de tilgjengelige ressursene bedre, og oppnå kostnadsbesparelser på sikt. Derfor vil det i det videre forskningsarbeidet knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenestenes arbeid være viktig å kunne kombinere ulike kunnskaps og datagrunnlag, som registerdata (befolkningsnivå), inkludert data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten i KPR og helseøkonomiske data, for å kunne evaluere kostnadseffektive tiltak ut ifra en norsk kontekst.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har som formål å redusere sosial ulikhet i helse. For å lykkes med dette, er det et prekært behov for å bedre kunnskapsgrunnlaget for tjenesten, samtidig som man sikrer at det tilbys likeverdige helsetjenester over hele landet. Systemrettet samarbeid mellom helsestasjon og barnehage, og skolehelsetjeneste og skole, skal bidra til et godt psykososialt miljø for barn og unge i skole og barnehage. Det er dog lite kunnskap om hvordan systemrettet samarbeid mellom tjenestene praktiseres, og hvilke samarbeidsstrategier som gir best effekt. Kompetansen i tjenesten er i dag ujevnt fordelt fordi kommunene selv avgjør organiseringen av tjenestene. Det er behov for lett tilgjengelige, kunnskapsbaserte kartleggingsverktøy og tiltak til fri bruk for alle kommuner, uavhengig av kommuneøkonomi og geografi. Det nasjonale kompetansemiljøet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (NASKO) er etablert i tråd med disse ambisjonene, og har som mål å styrke systematisk fag- og kompetanseutvikling i tjenestene med utgangspunkt i forskning for mer kunnskapsbaserte og likeverdige tjenester. Dette vil styrke helsestasjons- og skolehelsetjenestenes arbeid med å forebygge psykisk uhelse blant barn og unge.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Lavterskeltilbud: Barn og ungdom skal ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. I: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom: Nasjonal faglig retningslinje (1 Fellesdel: Ledelse, styring og brukermedvirkning) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 11. november 2019; lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning#lavterskeltilbud-barn-og-ungdom-skal-ha-et-lett-tilgjengelig-lavterskeltilbud-i-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom>
2. Statistisk sentralbyrå. Kommunehelsetjenesta: 11993: Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter helseundersøkelser/konsultasjoner (K) 2015 - 2023. Statistikkbanken [nettressurs]. Oslo: SSB [oppdatert 2023; lest 23. september 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11993/>
3. Helsedirektoratet. 2. Fellesdel: Samhandling og samarbeid. I: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom: Nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 11. november 2019; lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-samhandling-og-samarbeid>
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30.
5. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. FOR-2018-10-19-1584. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
6. Helsedirektoratet. 1. Fellesdel: Ledelse, styring og brukermedvirkning. I: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom: Nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 9. mai 2022; lest 16. mai 2025].

- Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning>
7. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. 2021. Dokument 3:13 (2020–2021). Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>
 8. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien: nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2057. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/)
 9. Lannes A, Bui E, Arnaud C, Raynaud J-P, Revet A. Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2021;51(14):2321-36. DOI: 10.1017/S0033291721003366
 10. Bütikofer A, Ginja R, Karbownik K, Landaud F. (Breaking) intergenerational transmission of mental health. *J Hum Resour* 2023;60(3):1222-1271R2. DOI: 10.3368/jhr.1222-1271R2
 11. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelsetiltak. En kunnskapsoversikt Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelsetilta/>
 12. Helsedirektoratet. 6. Helsestasjon for ungdom (HFU). I: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom: Nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 18. januar 2023; lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-for-ungdom>
 13. Helsedirektoratet. 7. Vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse hos gravide. I: Svangerskapsomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 6. juni 2023; lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-relasjoner-og-kjonnslemlestelse-hos-gravide>
 14. Helsedirektoratet. 4. Graviditet og psykisk helse. I: Svangerskapsomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 10. november 2021; lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/graviditet-og-psykisk-helse>
 15. Helsedirektoratet. 4. Helsestasjon 0–5 år. I: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom: Nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 5. september 2024; lest 16. mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>
 16. Macsali F, Trostad L-IS, Lund IO, Meltzer HM, Stangenes KM, Andersen GD, et al. Helse i svangerskap og fødsel. I: Folkehelseinstituttet, red. Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 1. februar 2023; lest 3. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
 17. Larun L, Fønhus MSH, K. , Brurberg KG, Reinart LM. Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 1–2013. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2013/depresjonsscreening-av-gravide-og-barselkvinner/>

18. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med* 2016;375(22):2177-86. DOI: 10.1056/NEJMc1607649
19. Reedtz C, Lauritzen C. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: Edinburgh-metoden (2. utg.). *Ungsinn: tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge* 2015;7(2). DOI: 10.7557/25.7602
20. Daníelsdóttir S, Ingudóttir J. The First 1000 Days in the Nordic Countries: Policy Recommendations. København: Nordisk ministerråd; 2022. NORD 2022:006. Tilgjengelig fra: <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1640984/FULLTEXT01.pdf>
21. Brekke I, Skjønberg EE, Smith R, Røsland GM, Holt T, Aarø LE, et al. Effektevaluering av International Child Development Programme (ICDP). En randomisert kontrollert studie. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2021/effektevaluering-av-international-child-development-programme-icdp/>
22. Drozd F, Hansen KL. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket De Utrolige Årene Universalprogrammet (1. utg.). *Ungsinn: tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge* 2019;11(1). DOI: 10.7557/25.7587
23. Eng H, Patras J, Handegård BH. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: TIBIR – Rådgiverintervensjonen (2.utg.). *Ungsinn: tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge* 2015;7. DOI: <https://doi.org/10.7557/25.7603>
24. Stormark KM, Christiansen Ø. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: Parent Management Training – The Oregon Model (PMTO) som individuell foreldreveiledning (2. utg.). *Ungsinn: tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge* 2018;10. DOI: <https://doi.org/10.7557/25.7591>
25. Wesselt-Rao N, Holt T, Helland MS. Gruppetiltak og kurs for foreldre: Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/gruppetiltak-og-kurs-for-foreldre_050517_web_revidert-forside.pdf
26. Bang L, Furu K, Handal M, Torgersen L, Støle HS, Surén P, et al. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 11. mars 2024; lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=>
27. Vasileva M, Graf RK, Reinelt T, Petermann U, Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2021;62(4):372-81. DOI: 10.1111/jcpp.13261
28. Steinsbekk S, Ranum B, Wichstrøm L. Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2022;63(5):527-34. DOI: 10.1111/jcpp.13487
29. Granone F, Reikerås E, Sæbø J, Solheim K, Kaltvedt E, Ree M, et al. Tidlig innsats, tidlig i livet. En sammenstilling og analyse av eksisterende kunnskap og forskning om de 1000 første dagene i et individs liv, inklusive livet i magen. Stavanger: Filiorum: senter for barnehageforskning, Universitetet i Stavanger; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/contentassets/5a8d1df4b703445d8f7df9a7ec4c9f05/Fou-Tidlig-innsats-tidlig-i-livet.pdf>
30. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet. 2. Samarbeid på systemnivå. I: Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 2. august 2024; lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra:

- <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier/samarbeid-pa-systemniva>
31. Bjørnsen HN, Espnes GA, Eilertsen MB, Ringdal R, Moksnes UK. The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *J Sch Nurs* 2019;35(2):107-16. DOI: 10.1177/1059840517732125
 32. Havik T, Ertesvåg SK. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket Olweus programmet (OBPP) – et skoleomfattende program mot mobbing og antisosial atferd (2. Utg). *Ungsinn: tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge* 2020;12(1). DOI: 10.7557/25.7584
 33. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet. 3. Samarbeid på individnivå. I: Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 2 august 2024; lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier/samarbeid-pa-individniva>
 34. Hukkelberg S, Torsheim T. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: De Utrolige Årene (DUÅ): Foreldreprogram for Førskolebarn (3-6 år) og Skolebarn (6-12 år) (2.utg.). *Ungsinn: tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge* 2020;12(2). DOI: 10.7557/25.7573
 35. Statistisk sentralbyrå. 4 av 5 kommunar har tilbod om helsestasjon for ungdom [nettdokument]. Oslo: SSB [oppdatert 7. januar 2019; lest 12. januar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/4-av-5-kommunar-har-tilbod-om-helsestasjon-for-ungdom>
 36. Helsedirektoratet. 5.1. Samhandling med skole. I: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom: Nasjonal faglig retningslinje [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 11. november 2019; lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/samhandling-med-skole>
 37. Sagatun Å, Engell T, Brekke M, Sjølie H, Ekornes SM, Waldum-Grevboe KS, et al. Guideline evaluation and implementation mechanisms in school health services (GuideMe): protocol for a hybrid randomized factorial trial. *BMC Health Serv Res* 2023;23(1):1259. DOI: 10.1186/s12913-023-10179-2
 38. Bjørnsen HN, Ringdal R, Espnes GA, Eilertsen MB, Moksnes UK. Exploring MEST: a new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):1001. DOI: 10.1186/s12913-018-3829-8
 39. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health* 2021;42:159-73. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
 40. Rosholm M, Paul A, Bleses D, Højen A, S. Dale P, Jensen P, et al. Are impacts of early interventions in the Scandinavian welfare state consistent with a Heckman curve? A meta-analysis. *J Econ Surv* 2021;35(1):106-40. DOI: <https://doi.org/10.1111/joes.12400>

7 Veien videre: Kunnskapsbehov og tjenesteutvikling

I denne rapporten har vi løftet problemstillinger knyttet til barn og unges psykiske helse, som vi mener utgjør sentrale utfordringer for folkehelsefeltet i dag. Det vil være viktig å følge utviklingen videre tett, og jobbe for å forstå og møte disse utfordringene i årene som kommer. I dette avsluttende kapitlet sammenfatter vi hovedtrekkene fra de foregående kapitlene, og peker på behovene for kunnskap og tjenesteutvikling fremover.

Et sammensatt utfordringsbilde

Kapitlene i denne rapporten har belyst økende forekomst av psykiske plager, psykiske lidelser og nevroutviklingsdiagnoser hos barn og unge. I tillegg er det satt et søkelys på sosiale forskjeller i psykisk helse og viktigheten av forebyggende og helsefremmende tiltak. Utfordringsbildet som beskrives er sammensatt og berører barn og unge på tvers av kjønn, alder og levekår. Disse utfordringene er ikke særnorske, men deles med mange sammenlignbare land, inkludert de nordiske. Nedenfor oppsummerer vi de sentrale funnene fra rapporten.

- **Selv-rapporterte psykiske plager blant unge har økt de siste tiårene, spesielt blant tenåringsjenter og unge kvinner.**

Økningen anses å skyldes et komplekst samspill av flere faktorer. Våre analyser indikerer at blant de vurderte enkeltfaktorene fremstår ensomhet, skolerelatert stress og søvnvansker som sannsynlige bidragsyttere til økningen i psykiske plager. Samtidig er det fortsatt begrenset kunnskap om det samlede årsaksbildet og hvordan mangfoldet av faktorer virker inn på hverandre.

- **Andelen barn og unge som får en autismspekter- eller ADHD-diagnose har økt over tid.**

For autismsdiagnoser har økningen vært gradvis gjennom de siste ti årene, og er særlig uttalt blant jenter og barn under skolealder. For ADHD-diagnoser har det vært en kraftig økning etter 2020, særlig blant jenter og unge kvinner. I tillegg er det betydelige fylkesvise variasjoner i andelen barn og unge som har disse diagnosene. Årsakene til økningene er sammensatte og dårlig forstått, og varierer på tvers av kjønn, alder, og diagnoser. Vi bemerker at andelen unge med andre diagnoser slik som angstlidelser og spiseforstyrrelser, også øker over tid.

- **Det er sosiale forskjeller i hvem som får diagnoser.**

Barn og unge av foreldre med lavere inntekt eller utdanning har høyere risiko for psykiske plager og lidelser, samt høyere sannsynlighet for nevroutviklingsdiagnoser. Innvandringsbakgrunn spiller også inn på ulike måter. For eksempel er økningen i barneautismsdiagnose størst blant barn med to utenlandsfødte foreldre, mens økningen for ADHD-diagnose er lavere i denne gruppen.

- **Tidlige forebyggende og helsefremmende tiltak er viktige i arbeidet med å bedre barn og unges psykiske helse.**

Forebyggende og helsefremmende tiltak har stort potensiale i å forebygge psykisk uhelse og møte de utfordringene som er beskrevet i denne rapporten. Helsestasjons- og skolehelsetjenestene har her en særlig viktig rolle, først og fremst som universelle lavterskeltilbud, men også som aktører i arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse og øke

helsekompetansen i befolkningen. Samtidig er det et uutnyttet potensial i hvordan disse tjenestene kan bidra mer systematisk og målrettet i det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unges psykiske helse.

Kunnskapsbehov og tjenesteutvikling

Kapitlene i denne rapporten har løftet frem flere områder hvor det er behov for kunnskap og tjenesteutvikling. Nedenfor sammenfatter vi hvor vi mener det trengs mer kunnskap, og peker på sentrale behov for tjenesteutvikling for å kunne møte utfordringsbildet fremover.

Behov for kunnskap om årsaker til og konsekvenser av økningen i psykiske plager

Det finnes lite sikker kunnskap om hva som har bidratt til økningen i psykiske plager blant barn og unge. En betydelig utfordring knyttet til det er at det er metodisk krevende å fastslå årsakssammenhenger.

Vi vet også for lite om konsekvensene av økningen i psykiske plager. Uavhengig av årsakene kan økningen i psykiske plager ha konsekvenser for helsetjenestebruk, samfunnsdeltakelse, familiedannelse, utdanning, og arbeidsliv, samt senere utvikling av helseproblemer i voksenlivet.

Det er viktig at vi har gode data som muliggjør regelmessig kartlegging av unges psykiske helse. Dette gjør at vi kan identifisere nye utviklingstrekk og vurdere effekten av eventuelle tiltak.

Samlet peker dette på følgende behov:

- Mer kunnskap om årsakene til økningen i unges psykiske plager, hvordan ulike faktorer påvirker hverandre, og de samfunnsmessige konsekvensene av økningen.
- Igangsette, vedlikeholde og videreutvikle undersøkelser og innsatser som kan brukes til å følge utviklingen og bidra til bedring av unges psykiske helse.

Behov for kunnskap om årsaker til økningen i ADHD- og autismediagnoser

Vi har begrenset forståelse av hva som har drevet økningen i ADHD- og autismediagnoser blant barn og unge. Som for økningen i psykiske plager er årsakene sannsynligvis sammensatte og varierer på tvers av kjønn, alder, og diagnoser. Særlig viktig fremover er å styrke vår forståelse av økningen i barneautismediagnose hos barn under skolealder.

Bakgrunnen for de geografiske forskjellene i andelen barn og unge som diagnostiseres med ADHD- og autismediagnoser mangler vi sikker kunnskap om. Et sentralt spørsmål er hvordan lokale kontekster og ressurstilgang kan påvirke henvisning og utredning av ADHD og autisme. I dag finnes det ingen nasjonale retningslinjer for henvisning, utredning og oppfølging av autisme. Fraværet av slik nasjonale retningslinjer kan bidra til variabel diagnostikk og geografiske og sosiale forskjeller.

Gitt de økningene vi ser for ADHD og autisme er det behov for kontinuerlig overvåking av utviklingen over tid for å sikre at vi har oppdatert kunnskap som kan bidra til forberedelse og ressurssetting av tjenestene.

Samlet peker dette på følgende behov:

- Mer kunnskap om årsakene til økningen i ADHD- og autismediagnoser, og hvordan disse varierer på tvers av kjønn, alder, og diagnoser.
- Mer kunnskap om bakgrunnen for geografiske forskjeller i andelen barn og unge som diagnostiseres med ADHD og autisme.
- Nasjonale retningslinjer for henvisning, utredning og oppfølging av autisme.

Behov for mer kunnskap om sosiale forskjeller i psykisk helse og målrettede tiltak

Opphavet til de sosiale forskjellene i psykisk helse knyttet til inntekt og utdanning er sammensatte og delvis uavklarte. Vi har begrenset kunnskap om hvorfor barn av innvandrere er overrepresentert ved noen diagnoser og underrepresentert ved andre.

Flere typer tiltak kan bidra til å redusere de sosiale forskjellene i psykisk helse, men vi vet for lite om hvilke tiltak som er mest effektive.

Samlet peker dette på følgende behov:

- Mer kunnskap om opphavet til sosiale forskjeller i helse på bakgrunn av foreldres inntekt og utdanning.
- Mer kunnskap om hvordan foreldres innvandringsbakgrunn spiller inn på barns psykiske helse og helsetjenestebruk.
- Mer kunnskap om hvilke tiltak som er mest effektive i å redusere sosiale forskjeller i psykisk helse.

Behov for tiltak og tjenester

For å møte utfordringsbildet som er løftet frem i denne rapporten er det behov for en styrking og videreutvikling av tjenester og tiltak slik at de samsvarer med dagens og fremtidens behov. Det vil fremover bli viktig å vurdere hvorvidt helsetjenestene har tilstrekkelige ressurser til å gi inntak, utredning og behandling for den økende andelen barn og unge som søker hjelp. Det vil også bli behov for å vurdere både brede og målrettede tiltak for å møte utfordringsbildet.

Folkehelseloven fastsetter at folkehelse er et ansvar i alle sektorer og på alle forvaltningsnivå. I de foreslåtte endringene i loven fremheves det at iverksatte tiltak må bygge på god kunnskap om utfordringsbildet, og at staten har et særlig ansvar for effektevaluering av store folkehelse tiltak. I vurderingen av hvilke tiltak som velges på lokalt eller nasjonalt nivå, mener vi at også forutsetningene for vellykket implementering må vurderes.

Helsetasjons- og skolehelsetjenesten har et stort potensial for å drive mer kunnskapsbasert forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unges psykiske helse. For å sikre et mer kunnskapsbasert og likeverdig helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unges psykiske helse, er det avgjørende at relevante data fra helsetasjons- og skolehelsetjenesten inkluderes i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Fra høsten 2025 skal det rapporteres på noen få variabler som vekst og ammestatus, men dette må videreutvikles til å omfatte relevante helsedata, også knyttet til barn og unges psykiske helse.

Samlet peker dette på følgende behov:

- Vurdere iverksettelse og videreutvikling av effektive forebyggende og helsefremmende tiltak. Det er god evidens for at tiltak bør settes inn på universelle arenaer som barnehage og skole (1).
- Det bør satses på forskning som evaluerer implementeringen og effekten av slike tiltak.
- Før nye tiltak utvikles, bør eksisterende, veldokumenterte tiltak videreutvikles og gjøres mer tilgjengelig.
- Det er et stort potensial for forebygging gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og dette kan styrkes gjennom å utvikle kunnskapsgrunnlaget for deres arbeid og samarbeid med andre tjenester, samt å sikre at det tilbys likeverdige tjenester over hele landet.
- Det er behov for lett tilgjengelige, kunnskapsbaserte kartleggingsverktøy og tiltak for helsestasjons- og skolehelsetjenesten til fri bruk for alle kommuner, uavhengig av kommuneøkonomi og geografi.

Andre sentrale utfordringer og kunnskapshull fremover

Denne rapporten har løftet frem noen utvalgte og særlig aktuelle problemstillinger knyttet til barn og unges psykiske helse. Disse er forankret i våre interne og eksterne faglige nettverk. Like fullt er det en rekke viktige tilstøtende og aktuelle problemstillinger vi ikke har kunnet dekket i detalj i denne rapporten.

For eksempel øker andelen unge diagnostisert med en rekke andre psykiske lidelser, blant annet angstlidelser og spiseforstyrrelser. Det er derfor behov for mer kunnskap om årsakene til disse økningene, og i hvilken grad disse er like på tvers av diagnosene. Fordi psykiske uhelse i barne- og ungdomsårene øker risikoen for psykiske helseproblemer i voksenårene, vil det også være viktig å forstå implikasjonene av de utviklingstrekkene vi har presentert i denne rapporten for kommende voksgenerasjoner. Med en stadig større andel eldre i befolkning er det særlig viktig å forebygge sykefravær og uførhet. I tillegg vil sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse fortsatt være viktige å belyse fremover, særlig i lys av andre utviklingstrekk relatert til fysisk aktivitet, kosthold og overvekt.

Samtidig kan barn og unges psykiske helse påvirkes av store samfunnsmessige endringer. The Lancet Psychiatry Commission for Youth Mental Health trekker frem globale utviklingstrekk som klimaendringer, uregulerte sosiale medier og økonomisk usikkerhet som faktorer med mulig innvirkning på unges psykiske helse (2). Den trekker også frem negative effekter av covid-19 pandemien. Som vi peker på i kapitlet om økningen i psykiske plager, er det metodisk krevende å påvise hvordan slike store samfunnsendringer har konkrete effekter på barn og unges psykiske helse. Det er derfor behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget på dette området – både for å forstå risiko og for å vurdere behovet for føre-var-prinsipper i møte med nye teknologier som sosiale medier.

I tillegg må vi ta høyde for at faktorer som økt polarisering, geopolitisk uro og krig kan påvirke også Norge i større grad i fremtiden. Å sikre god psykisk helse i befolkningen er en viktig del av samfunnets generelle beredskap i en urolig verden. Evnen til å forstå og håndtere psykososiale konsekvenser – som økt forekomst av psykiske helseplager i krisesituasjoner – er avgjørende

for å stå bedre rustet ved fremtidige hendelser. Erfaringene fra covid-19-pandemien viste at det både på lokalt og nasjonalt nivå manglet tilstrekkelig data om befolkningen underveis i krisen, noe som gjorde det vanskelig å identifisere hvilke grupper som var særlig sårbare.

Avslutning

Avslutningsvis vil vi igjen løfte frem betydningen av forebyggende tiltak for å møte utfordringsbildet knyttet til barn og unges psykiske helse. Slike tiltak vil bidra til å forebygge utvikling av psykiske plager og lidelser, samt redusere sosiale forskjeller i psykisk helse. Slike tiltak bør rettes mot skoler, barnehager og familier. Vi har allerede mye kunnskap om hva som skal til for at barn og unge har en god oppvekst og god helse. Det er derfor viktig at brede og veldokumenterte tilbud som allerede er tilgjengelige blir prioritert, videreutvikles og gjøres tilgjengelige for flere fremfor investering i nye, smalere tiltak med mer usikker effekt. Vi vil også fremheve betydningen av å tenke helhetlig rundt helsefremmende arbeid for barn og unge, og sørge for at psykisk og fysisk helse sees i sammenheng. Tiltak for å redusere overvekt og fedme, øke fysisk aktivitet og redusere stillesitting, legge til rette for god søvn og et sunt kosthold, må sees på som viktig også for å forebygge psykisk uhelse. Denne rapporten bør følges opp av videre kunnskap om effektive forebyggende tiltak på ulike arenaer som treffer barn og unge. Dette inkluderer kunnskap om hva som skal til for å lykkes med å gjennomføre tiltakene i praksis.

God psykisk helse er grunnleggende for at barn og unge skal bygge robusthet i møte med utfordringer gjennom livet, og vil bidra til god livskvalitet gjennom livsløpet. Utfordringene som er løftet frem i denne rapporten viser behov for økt kunnskap om utviklingstrekkene vi ser og en styrking og videreutvikling av tjenester og forebyggende og helsefremmende tiltak for barn og unge. Det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag som kan belyse årsakene til økningen i psykiske plager, lidelser og nevroutviklingsdiagnoser, sammenhengen og påvirkningen mellom ulike årsaker, konsekvenser for enkeltpersoner og samfunn, og hvilke tiltak som er mest hensiktsmessige i møte med økningen.

Utfordringene knyttet til barn og unges psykiske helse berører tjenester på flere nivåer – fra folkehelsearbeidet på tvers av sektorer i kommunene til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette forsterker behovet for å sikre at tjenestene er godt tilpasset både dagens situasjon og utviklingen fremover. Kunnskapsbasert utvikling av tiltak og tjenester for barn og unge i sammenheng med videre utvikling av kunnskapsgrunnlaget vil være sentralt for å snu de bekymringsfulle utviklingstrendene knyttet til barn og unges psykiske helse.

Referanser

1. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Rapport 2018.
2. McGorry PD, Mei C, Dalal N, Alvarez-Jimenez M, Blakemore SJ, Browne V, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. The lancet Psychiatry 2024;11(9):731-74. DOI: 10.1016/s2215-0366(24)00163-9

Vedlegg 1: Metodebeskrivelse til kapittel 3

Datakilder

Norsk Pasientregister (NPR) – 2010-2022

Statistisk Sentralbyrå (SSB) – 2010-2022

Definisjoner

Autismediagnose: ICD-10 kode: F840, F841, F843, F845, F848, F849

Årlig insidens (nye tilfeller): Andelen av befolkningen som blir registrert med en autismediagnose for første gang i løpet av et spesifikt år. En person med diagnose telles kun én gang i insidensberegningen.

Forekomst (samlede tilfeller) i en periode: Andelen av befolkningen som noen gang er registrert med en autismediagnose i løpet av en tidsperiode, for eksempel mellom 2010 og 2022. En person med diagnose telles kun én gang i prevalensberegningen.

Utgregning

Andel av befolkning: antall med diagnose/antall i befolkningen.

Konfidensintervall: 99%

Avrunding av små tall: For å ivareta personvernet i tilfeller hvor tallene er basert på svært få observasjoner og det er risiko for at individer kan bli identifisert, har vi iverksatt spesifikke tiltak. Vi har benyttet en R-pakke fra Statistisk sentralbyrå (SSB), tilgjengelig på GitHub, som avrunder små tall ved hjelp av en algoritme. Tallene som er avrundet er merket med en stjerne (*) i tabellene. Disse tallene er justert til nærmeste tiendedel, enten opp eller ned, for å sikre at individuelle personopplysninger ikke blir eksponert.

Figurer

Figur 1: Årlig andel av barn og unge registrert med første autismediagnose etter alder og kjønn

Mål: Årlig insidens av autismediagnose blant barn og unge i perioden 2010-2022. Gruppert etter alder (2-5 år, 6-12 år, 13-17 år og 18-30 år) og kjønn.

Notat: Avgrenset til barn født i Norge.

Figur 2: Årlig andel av eldre barn og unge med ulike autismediagnoser

Mål: Årlig insidens av spesifikke autismediagnoser blant eldre barn og unge i perioden 2010-2022. Gruppert etter alder (6-17 år og 18-30 år).

Notat: Avgrenset til barn født i Norge. Autismediagnosene er inndelt i fire grupper: Aspergers syndrom (ICD-10 kode F84.5), barneautisme (ICD-10 kode: F84-0), uspesifisert (ICD-10 kode F84.9) og andre (ICD-10 kode F841, F843 og F848).

Figur 3: Årlig andel av barn 2-5 år med ulike autismediagnoser

Mål: Andel nye tilfeller av ulike autismediagnoser blant 2-5 åringer i befolkningen årlig i perioden 2010-2022.

Notat: Avgrenset til barn født i Norge. Autismediagnosene er inndelt i fire grupper: Aspergers syndrom (ICD-10 kode F84.5), barneautisme (ICD-10 kode: F84-0), uspesifisert (ICD-10 kode F84.9) og andre (ICD-10 kode F841, F843 og F848).

Figur 4: Årlig andel av barn diagnostisert med autisme i alder 2-5 år (øverste panel) og 6-30 år (nederste panel) etter foreldrenes inntektsnivå fra laveste 25% (1) til høyeste 25% (4).

Inntektsdata var kun tilgjengelig til og med 2021.

Mål: Andel nye tilfeller av autismediagnose blant barn og unge i befolkningen i perioden 2010-2022. Gruppert etter foreldres innvandringsbakgrunn og aldersgruppe (2-5 år og 6-30 år).

Notat: Avgrenset til barn født i Norge. Inntekt består av samlet inntekt fra mødre og fedre. Gjennomsnittet ble tatt av mor og fars samlet inntekt for å kombinere til foreldrenes inntekt. Inntekt ble deretter gruppert i inntektskvartiler (1-4) per år.

Figur 5: Årlig insidens av nye autismediagnoser for norskfødte barn og unge, etter foreldrenes innvandringsbakgrunn og aldersgruppe 2-5 år (øverste panel) og 6-30 år (nederste panel)

Mål: Andel nye tilfeller av autismediagnose blant 2-5 åringer og 6-30 åringer i befolkningen i perioden 2010-2022. Gruppert etter kjønn og foreldres innvandringsbakgrunn.

Notat: Avgrenset til barn født i Norge. Utenlandsfødte foreldre er delt inn i tre kategorier (to, en og ingen). Punktstørrelsen representerer den respektive befolkningsstørrelsen for hver gruppe hvert år.

Figur 6: Prosent av barn som har fått en autismediagnose i perioden 2010-2022, etter landbakgrunn fra ulike verdensdeler og perioden barna er født (2005-2012 versus 2013-2020).

Mål: Forekomst av registrerte diagnoser for barn født mellom 2005-2012 og 2013-2020.

Grupper delt inn basert på landbakgrunn fra ulike verdensdeler som definert av SSB-variabelen Landbakgrunn.

Notat: Alle barn inkludert (ikke begrenset til norskfødte barn). Hvert individ telles kun en gang og hvert barn kan ha fått diagnosen mellom 2010-2022. Landbakgrunn fra ulike verdensdeler er basert på landbakgrunn (verdensdel): For personer født i utlandet, er dette (med noen få unntak) eget fødeland. For personer født i Norge er det foreldrenes fødeland. I de tilfeller der foreldrene har ulikt fødeland, er det morens fødeland som blir valgt. Hvis ikke personen selv eller noen av foreldrene er utenlandsfødt, hentes landbakgrunn fra de første utenlandsfødte en treffer på i rekkefølgen mormor, morfar, farmor eller farfar. På grunn av små tall er landbakgrunn fra Oseania ikke inkludert i figuren.

Figur 7: Årlig andel nye autismediagnoser blant barn og ungdom (2-17 år) med norskfødte foreldre etter fylke

Mål: Andel nye tilfeller av autismediagnose blant barn og ungdom 2-17 år i perioden 2010-2022. Gruppert etter fylke.

Notat: Kun registrert barn født i Norge og med norskfødte foreldre. Stiplet linje viser landsgjennomsnittet. Fylkene er basert på inndelingen for 2024, og barn og ungdom er registrert i det fylket hvor de bodde på tidspunktet for første autismediagnose.

Vedlegg (tilgjengelige i Excel-format på fhi.no)

Vedlegg 1.1: Forekomst av autismediagnoser i perioden 2010-2022

Excel-dokument som inneholder prevalens for 2010-2022 for alle (ikke begrenset til norskfødte barn). Dokumentet inneholder prevalens totalt samt gruppert etter kjønn for alders gruppene 2-17 år, 2-5 år, 6-12 år, 13-17 år og 18-30 år.

For aldersgruppene 2-9 år og 10-17 år er det også prevalens delt inn i landbakgrunn (verdensdel).

Vedlegg 1.2: Årlig insidens

Excel-dokument som inneholder årlig insidens (nye tilfeller av autismediagnoser) for norskfødte barn. Dokumentet inneholder insidens totalt samt gruppert i følgende kategorier for alders gruppene 2-17 år, 2-5 år, 6-12 år, 13-17 år og 18-30 år:

1. Kjønn: gutter, jenter
2. Underdiagnose: aspergers syndrom (F845), barneautisme (F840), uspesifisert (F849) og andre (F841, F843 og F848)
3. Intellektuell funksjonsnedsettelse (ICD-10 F70-F79): ja, nei.
4. Fylkesbosted (fylker i 2024). Hver person er her registrert i det fylket som de bodde i når de fikk første diagnose.

5. Helsesektor: psykisk helsevern (for barn og unge), somatikk og annet (tverrfaglig spesialisert rusbehandling, private rehabiliteringsinstitusjoner og avtalespesialister).

Videre er årlig insidens rapportert basert på fylkesbosted (fylker i 2024) for aldersgruppen 2-17 år for de med norskfødte foreldre. Hver person er her registrert i det fylket som de bodde i når de fikk første diagnose. For aldersgruppene 2-5 år og 6-30 år er det også årlig insidens basert på foreldrenes inntektskvartiler og innvandringsbakgrunn fra ulike verdensdeler.

Vedlegg 1.3: Samtidige diagnoser og median alder

Excel-dokument som inneholder andel av de med en autismediagnose som også fikk en tilleggsdiagnose enten før eller samtidig (i samme år) som autismediagnosen. Delt inn i aldersgruppene 2-17 år og 18-30 år for jenter og gutter og tidsperiodene 2010-2022, 2010-2015 og 2015-2022.

Videre er det rapportert median alder ved første autismediagnose i et visst år. Inkluderer alle som var i alder 2-30 år i perioden 2010-2022. Delt inn etter kjønn og underdiagnose. Median alder er også rapportert for barn med minst en forelder født i utlandet og for de med to norskfødte foreldre med de samme inndelingene.

Vedlegg 1.4: Årlig insidens fra NPR (inkludert 2023 og 2024) for hele befolkningen

Excel-dokument med årlig insidens av nye autismediagnoser (F84) per år fra 2010-2024 for aldersgruppene 2-17 år, 2-5 år, 6-12 år, 13-17 år og 18-30 år.

Vedlegg 2: Metodebeskrivelse til kapittel 4

Datakilder

Norsk Pasientregister (NPR) – 2010-2022

Statistisk Sentralbyrå (SSB) – 2010-2022

Definisjoner

ADHD: ICD-10 kode: F90 og alle underkoder (F900 F901 F908 F909).

Årlig insidens (nye tilfeller): Andelen av befolkningen som blir registrert med en ADHD-diagnose for første gang i løpet av et spesifikt år. En person med diagnose telles kun én gang i insidensberegningen.

Forekomst (samlede tilfeller) i en periode: Andelen av befolkningen som noen gang er registrert med en ADHD-diagnose i løpet av en tidsperiode, for eksempel mellom 2010 og 2022. En person med diagnose telles kun én gang i prevalensberegningen.

Utgregning

Andel av befolkning: antall med diagnose/antall i befolkningen.

Konfidensintervall: 99%

Avrunding av små tall: For å ivareta personvernet i tilfeller hvor tallene er basert på svært få observasjoner og det er risiko for at individer kan bli identifisert, har vi iverksatt spesifikke tiltak. Vi har benyttet en R-pakke fra Statistisk sentralbyrå (SSB), tilgjengelig på GitHub, som avrunder små tall ved hjelp av en algoritme. Tallene som er avrundet er merket med en stjerne (*) i tabellene. Disse tallene er justert til nærmeste tiendedel, enten opp eller ned, for å sikre at individuelle personopplysninger ikke blir eksponert.

Figurer

Figur 1: Årlig andel av barn og unge registrert med første ADHD-diagnose etter alder og kjønn

Mål: Årlig insidens av ADHD-diagnose blant barn og unge i perioden 2010-2022. Gruppert etter alder (2-5 år, 6-12 år, 13-17 år og 18-30 år) og kjønn.

Notat: Avgrenset til barn født i Norge.

Figur 2: Årlig prevalens av befolkningen som har hentet ut minst én resept på ADHD-medisin

Notat: Hentet fra Legemiddelregisteret.

Figur 3: Årlig insidens av befolkningen i alderen 6-12 år og 13-30 år med ADHD-diagnose etter foreldrenes inntekt. Norge 2010-2021

Mål: Andel nye tilfeller av ADHD-diagnose blant barn og unge i befolkningen i perioden 2010-2022. Gruppert etter foreldres innvandringsbakgrunn og aldersgruppe (6-12 år og 13-30 år).

Notat: Avgrenset til barn født i Norge.inntekt består av samlet inntekt fra mødre og fedre.

Gjennomsnittet ble tatt av mors og fars samlede inntekt for å kombinere til foreldrenes inntekt. Inntekt ble deretter gruppert i inntektskvartiler (1-4) per år.

Figur 4: Årlig insidens av barn og unge diagnostisert med ADHD i alderen 6-12 år og 13-30 år for jenter og gutter etter foreldres utenlandsbakgrunn

Mål: Andel nye tilfeller av ADHD-diagnose blant 6-12 åringer og 13-30 åringer i befolkningen i perioden 2010-2022. Gruppert etter kjønn og foreldres innvandringsbakgrunn.

Notat: Avgrenset til barn født i Norge. Utenlandsfødte foreldre er delt inn i tre kategorier (to, en og ingen). Punktstørrelsen representerer den respektive befolkningsstørrelsen for hver gruppe hvert år.

Figur 5: Prosent av barn som har fått en ADHD-diagnose i perioden 2010-2022, etter landbakgrunn fra ulike verdensdeler og perioden barna er født (2005-2012 versus 2013-2020).

Mål: Forekomst av registrerte diagnoser for barn født mellom 2005-2012 og 2013-2020.

Grupper delt inn basert på landbakgrunn fra ulike verdensdeler som definert av SSB-variabelen Landbakgrunn.

Notat: Alle barn inkludert (ikke begrenset til norskfødte barn). Hvert individ telles kun en gang og hvert barn kan ha fått diagnosen mellom 2010-2022. Landbakgrunn fra ulike verdensdeler er basert på landbakgrunn (verdensdel): For personer født i utlandet, er dette (med noen få unntak) eget fødeland. For personer født i Norge er det foreldrenes fødeland. I de tilfeller der foreldrene har ulikt fødeland, er det morens fødeland som blir valgt. Hvis ikke personen selv eller noen av foreldrene er utenlandsfødt, hentes landbakgrunn fra de første utenlandsfødte en treffer på i rekkefølgen mormor, morfar, farmor eller farfar. På grunn av små tall er landbakgrunn fra Oseania ikke inkludert i en.

Figur 6: Årlig andel av befolkningen i alderen 2-17 år med ADHD etter fylke (nye fylker etter 2018)

Mål: Andel nye tilfeller av ADHD-diagnose blant barn og ungdom 2-17 år i perioden 2010-2022. Gruppert etter fylke.

Notat: Kun registrert barn født i Norge. Stiplet linje viser landsgjennomsnittet. Fylkene er basert på inndelingen for 2024, og barn og ungdom er registrert i det fylket hvor de bodde på tidspunktet for første ADHD diagnose.

Vedlegg (tilgjengelige i Excel-format på fhi.no)

Vedlegg 2.1: Forekomst av ADHD-diagnoser i perioden 2010-2022

Excel-dokument som inneholder prevalens for 2010-2022 for alle (ikke begrenset til norskfødte barn). Dokumentet inneholder prevalens totalt samt gruppert etter kjønn for aldersgruppene 2-17 år, 2-5 år, 6-12 år, 13-17 år og 18-30 år.

For aldersgruppene 2-9 år og 10-17 år er prevalens også delt inn i landbakgrunn (verdensdel). Videre er prevalens også rapportert basert på fylkesbosted for aldersgruppen 6-12 år. Hver person er her registrert i det fylket som de bodde i da de fikk første diagnose.

Vedlegg 2.2: Årlig insidens

Excel-dokument som inneholder årlig insidens (nye tilfeller av ADHD-diagnoser) for norskfødte barn. Dokumentet inneholder insidens totalt samt gruppert i følgende kategorier for aldersgruppene 2-17 år, 2-5 år, 6-12 år, 13-17 år og 18-30 år:

1. Kjønn: gutter, jenter
2. Fylkesbosted. Hver person er her registrert i det fylket som de bodde i når de fikk første diagnose.
3. Helsesektor: psykisk helsevern (for barn og unge), somatikk og annet (tverrfaglig spesialisert rusbehandling, private rehabiliteringsinstitusjoner og avtalespesialister).

For aldersgruppene 6-12 år og 13-30 år er det også årlig insidens basert på foreldrenes inntektskvartiler og foreldrenes fødelandsregion.

Vedlegg 2.3: Årlig insidens fra NPR (inkludert 2023 og 2024) for hele befolkningen

Excel-dokument med årlig insidens av ADHD-diagnose per år fra 2010-2024 for aldersgruppene 2-17 år, 2-5 år, 6-12 år, 13-17 år og 18-30 år. Videre er det prevalenstall fra 2024 (kan ha fått diagnosen mellom 2010-2024) totalt og delt inn etter kjønn.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2025

Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no