

Utredning av forslag til tiltak for barn og unge med uro, konsentrasjonsvansker og mistanke om ADHD

Først publisert: 21. april 2026

Siste faglige endring: 21. april 2026

Innhold

1. <u>Sammendrag</u>	3
2. <u>Om oppdraget</u>	4
3. <u>Bakgrunn</u>	6
4. <u>Hva har vi gjort?</u>	8
5. <u>Helsedirektoratets problemforståelse</u>	9
6. <u>Hvordan ser det ut i andre land?</u>	11
7. <u>Hva kan vi gjøre?</u>	13
8. <u>Overordnet tiltak: Revisjon av nasjonal faglig retningslinje for ADHD</u>	17
9. <u>Andre tiltak med vurdering av kost/nytte og gjennomførbarhet</u> .	19
10. <u>Et mer nevrovennlig samfunn – universell utforming</u>	36
11. <u>Pågående tiltak som kan ha implikasjoner for prioriteringer</u>	37
12. <u>Vedlegg</u>	38

Sammendrag

Helsedirektoratet har med bakgrunn i Tildelingsbrevet for 2026 fra Helse- og omsorgsdepartementet vurdert revidering av nasjonal faglig retningslinje og behov for andre tiltak knyttet til problemstillinger ved mistanke om ADHD.

Vurdering av behov for revidering av nasjonal faglig retningslinje

Helsedirektoratet vil etter innsiktsarbeid og vurderinger iverksette en revisjon av nasjonal faglig retningslinje for ADHD. Det er behov for tilhørende informasjonsarbeid til befolkningen og helsetjenesten og relevante tjenester i andre sektorer.

Behov for andre tiltak knyttet til problemstillinger ved mistanke om ADHD, diagnostisering, behandling og oppfølging

Gjennom innsiktsarbeidet har Helsedirektoratet fått vurdert kostnader og gjennomførbarhet av følgende tiltak, ikke i prioritert rekkefølge:

- helhetlig og koordinert normering – revisjon av nasjonal faglig retningslinje
- styrke kapasitet og kompetanse i lavterskeltjenester for barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker
- foreldrestøttende tiltak for målgruppen
- BTI-modellen (Bedre tverrfaglig innsats) og faste møtestrukturer
- tydeliggjøre forventninger til tilrettelegging og utprøving av ikke-medikamentelle tiltak før henvisning til BUP
- standardiserte prosedyrer og harmonisering av praksis, både i henvisning, utredning og i behandling/oppfølging
- styrke kompetanse og inkludering for barn med uro og konsentrasjonsvansker i kommunale fritids- og aktivitetstilbud, inkl. SFO
- psykoedukasjon, som er strukturert opplæring og informasjon, for barn, foreldre og familier etter utredning, slik at de får økt forståelse, bedre mestring av hverdagen og får reduserte symptomer

God kunnskap og helsekompetanse er sentralt. Kunnskap om symptomer og mulige tiltak hos både individ, barnehage/skole, hjem og fritid kan være viktige bidrag til bedre ivaretagelse av alle barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker, inkludert barn og unge med ADHD. Driveranalyser og liste over tiltak som er spilt inn under arbeidet finnes som vedlegg til svar på oppdraget.

Kartlegging av framvekst og bruk av det private markedet for ADHD-utredninger

Det er avklart med Helse- og omsorgsdepartementet i møte 03.02.2026 at Helsedirektoratet gjør en ny vurdering når resultater fra kartlegging over det private markedet i Sverige foreligger. Samtidig har private helsetjenestetilbydere fått rapporteringsplikt til NPR fra 1. januar 2026 slik at man vil utvikle innsikt over dette markedet over tid.

Om oppdraget

Innsiktsarbeid

I Tildelingsbrevet for 2026 fikk Helsedirektoratet følgende oppdrag (TB2026-14 punkt 1):

«ADHD: vurdere revidering av nasjonal faglig retningslinje og behov for andre tiltak knyttet til problemstillinger ved mistanke om ADHD, diagnostisering, behandling og oppfølging, herunder se på hvordan man kan kartlegge framvekst og bruk av det private markedet for ADHD-utredninger. Frist: 15.3.2026.»

Bakgrunnen for oppdraget er at Helsedirektoratet i 2024 startet et innsiktsarbeid for å få mer kunnskap om ADHD etter å ha observert en utvikling i forekomst og legemiddelbruk, i tillegg til mange ytringer i den offentlige debatten om mulige årsaker og behov for tiltak.

Helsedirektoratet har i forkant av TB2026-14 gjennomført et omfattende innsiktsarbeid om ADHD hos barn og unge. Arbeidet bygger videre på mandatet fra 2024 om å vurdere tiltak for å redusere forskrivning av psykofarmaka til barn og unge, spesielt antidepressiva. Målet har vært å styrke kvaliteten i diagnostikk og behandling av nevroutviklingsforstyrrelser i BUP.

Innsiktsarbeidet har resultert i en rekke tiltaksforslag (se vedlegg 5). PwC har bistått med kostnadsestimer for utvalgte tiltak. De utvalgte tiltakene har gjennom innsiktsarbeidet blitt fremmet og etterspurt av flere aktører. Tiltakene retter seg mot kvalitet, kompetanse, lavterskeltilbud og kunnskapsgrunnlag i tjenestene for barn og unge. Her finner du rapport om [økningen i ADHD-diagnoser blant barn og unge \(pwc.no. PDF\)](#)

Voksne med ADHD

Innsiktsarbeidet har i mindre grad omfattet voksne med ADHD. PwC har imidlertid utarbeidet en egen rapport om [økningen i ADHD-diagnoser blant voksne \(pwc.no. PDF\)](#), men det er ikke gjennomført en systematisk prosess for å utvikle og kvalitetssikre tiltaksforslag. Helsedirektoratet har derfor ikke grunnlag for å anbefale konkrete tiltak for voksne nå, men dette kan følges opp i videre arbeid, også sett i sammenheng med oppdraget om å kartlegge det private markedet for ADHD-utredninger.

Noen problemstillinger for voksne kan adresseres gjennom revisjon av nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere, blant annet behovet for tydeligere presiseringer av betydelig funksjonstap.

Innsiktsarbeidet peker også på utfordringer som uønsket variasjon i tjenestene, manglende lavterskeltilbud, utilstrekkelige styringsdata og behov for økt kompetanse hos fastleger. Det fremkommer også behov knyttet til systematisk oppfølging ved komorbiditet, bedre samarbeid mellom offentlige og private aktører samt tiltak relatert til Nav, utdanning og arbeid.

Det er også problemstillinger og mulige tiltak som gjelder både barn, unge og voksne, blant annet folkehelseiltak innen søvn, skjermbruk, stress, mestring og psykoedukasjon. I tillegg er det en tydelig vekselvirkning mellom målgruppene, ettersom mange foreldre får ADHD-diagnose i forbindelse med at barnet utredes.

Private aktører

Jf. oppdraget i TB2026 skal Helsedirektoratet vurdere hvordan framvekst og bruk av det private markedet for ADHD-utredninger kan kartlegges. I desember 2025 deltok direktoratet i et intervju med et konsulentfirma som gjennomfører en tilsvarende kartlegging i Sverige. Der har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fått i oppdrag å analysere konsekvenser av privat finansiert helsehjelp, særlig innen nevropsykiatriske utredninger, og vurdere behov for reguleringer. Arbeidet inkluderer datainnhenting fra statlige aktører, tilsyn, utdanningssektor, kommuner, profesjonsforeninger og brukere, og skal munne ut i anbefalinger som er formålstjenlige og kostnadseffektive.

Helsedirektoratet vurderer at det er betydelige utfordringer med å kartlegge det norske private markedet. Store aktører kan gi noe informasjon, men mange psykologer og psykiatere tilbyr ADHD-utredninger gjennom enkeltpersonforetak eller små virksomheter uten krav om rapportering til NPR. Det finnes heller ingen nasjonal oversikt over tilbydere. Legemiddelregisteret mangler virksomhetstilknytning før desember 2025, og det er uvisst når data blir tilgjengelig.

Direktoratet orienterte Helse- og omsorgsdepartementet om det svenske arbeidet 03.02.26, og anbefaler å avvente deres sluttrapport før endelig innretning av et norsk arbeid. I mellomtiden kan det vurderes metoder for å etablere en oversikt over psykologer og psykiatere som tilbyr slike utredninger. Svenske myndigheter har opplyst at en delrapport publiseres sommeren 2026, mens sluttrapporten kommer i løpet av 2027.

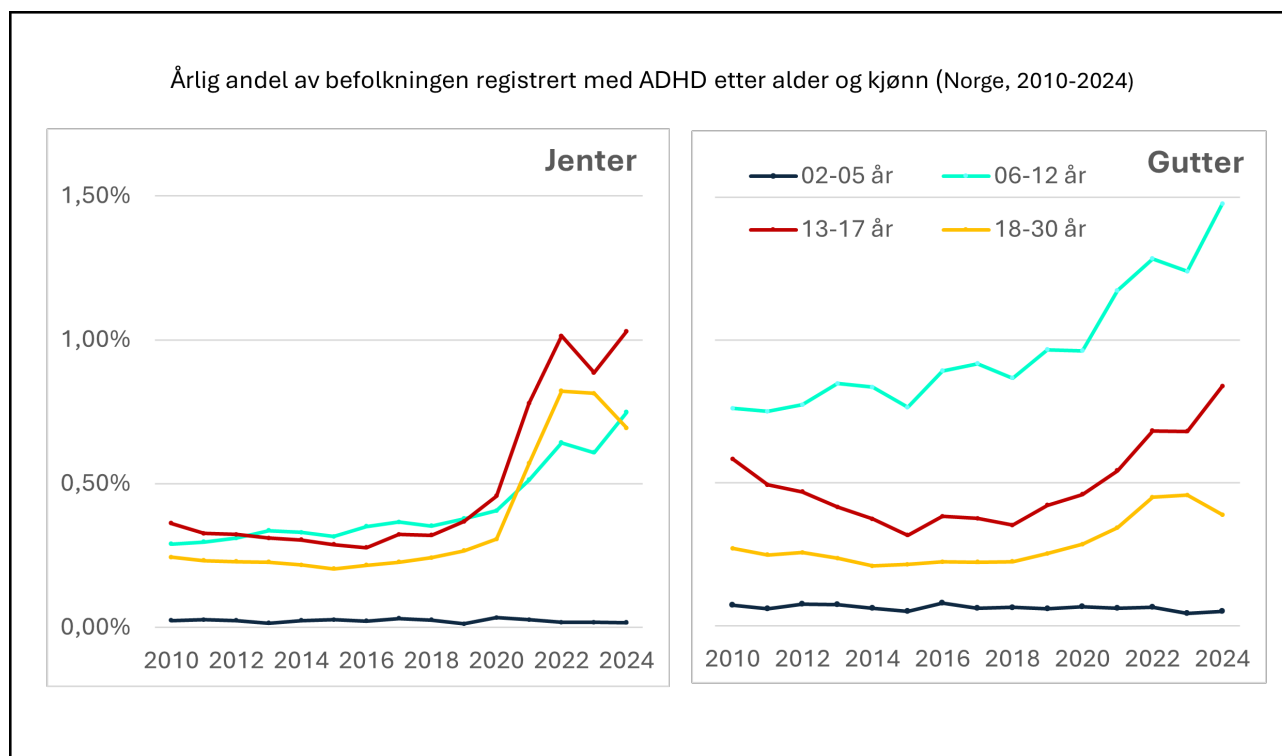
Bakgrunn

Det har siden 2016 har vært en betydelig økning av barn og unge som diagnostiseres med ADHD. [Helseatlasets \(skde.no\)](https://helseatlas.no/skde.no) viser en betydelig variasjon innen diagnostikk, poliklinisk behandling og legemiddelbruk ved ADHD i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

Helsedirektoratet har blant annet utviklet [nasjonal faglig retningslinje for ADHD](#), prioriteringsveileder og [nasjonalt pasientforløp for barn og unge](#), med [eget kapittel om utredning av ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser](#), og [nasjonale faglige råd om bruk av psykofarmaka hos barn og unge](#), som alle har til hensikt å bidra til god kvalitet i pasientforløpet.

Økningen i antall barn som diagnostiseres med ADHD har over tid vært gjenstand for offentlig diskusjon med ulike faglige syn og perspektiver. Det pekes på at ADHD er et komplekst saksområde som handler om pasientforløp i helsetjenesten, men også om drivere i samfunnet for øvrig.

Årlig andel av befolkningen registrert med ADHD etter alder og kjønn



Figur 1 Andel av befolkningen registrert med ADHD basert på tall fra FHI pr 2025.

Diagnosekriteriene for ADHD ble revidert og endret internasjonalt i 2013, basert på en justert faglig oppfatning om omfanget av ADHD og hvem som kan ha nytte av behandling og oppfølging. Endringene i diagnosekriteriene utvidet gruppen av barn og unge som kan falle innenfor diagnosen, og det er dermed en forventet økning i antall diagnoser. Økningen skaper imidlertid et press på offentlige tjenester, og et behov for å tydeliggjøre faglige rammer og rutiner for å sikre god faglig praksis og pasientsikkerhet, samt ivareta prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON) i tilbudet til barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker.

Nevroutviklingsforstyrrelser omfatter mer enn ADHD, men ADHD og autismspekterforstyrrelser er oftest omtalt i den offentlige debatten. Mistanke om disse diagnosene utgjør en økende andel av de som henvises til utredning, og medfører en kapasitetsutfordring både i helsetjenesten og andre tjenester. For ADHD er også økning i legemiddelbruk et aktuelt tema. Økningen i årlig andel av befolkningen i relevante aldersgrupper som

har hentet ut minst én resept på legemidler til behandling av ADHD, følger samme trend som [økningen i forekomst av ADHD \(fhi.no\)](#).

Hva har vi gjort?

Det har vært gjennomført flere møter hvor bl.a. representanter fra ulike tjenester, kunnskaps- og kompetansemiljø og bruker- og pårørendeorganisasjoner har deltatt. Ett av møtene var et åpent, nasjonalt fagmøte. Det har i stor grad vært en omforent forståelse av utfordringsbildet, herunder at det er stor geografisk variasjon.

- Se vedlegg 1 for oppsummering av tilbakemeldinger fra det innledende innspillsmøtet.
- Se vedlegg 2 for oppsummering av tilbakemeldinger fra Nasjonalt fagmøte om ADHD.

Noen problemstillinger som har gått igjen i møtene er:

- Manglende systematisk evaluering av:
 - tiltak i BUP
 - effekten av medikamentell behandling
 - samarbeidet med kommunale tjenester
- Behov for tilsyn og regulering av private aktører.
- Tidlig innsats og forebygging svikter – skolen og kommunen mangler både kompetanse og ressurser.
- Utydelig ansvarsdeling mellom tjenestenivåene – fagfolk og familier navigerer i en uoversiktlig kjede.
- For stort fokus på legemidler som løsning, og for lite på tilrettelegging og miljøfaktorer.
- Betydelig praksisvariasjon – gjelder både diagnostikk, oppfølging og tiltak.

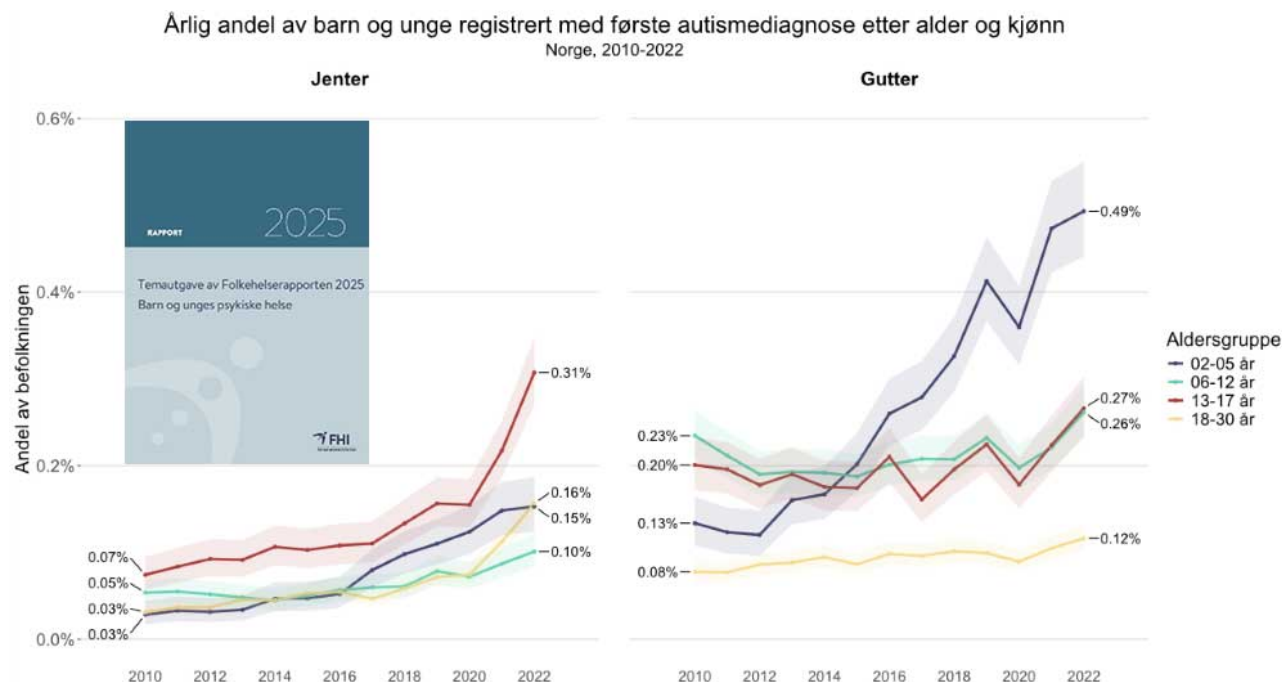
PwC har bistått med å utarbeide en driver- og konsekvensanalyse for å identifisere hva som driver den observerte økningen i forekomst av ADHD og hvilke konsekvenser dette har. Analysen gir ikke konkrete anbefalinger, men peker på et stort mulighetsrom for bedre innsats gjennom helsefremming, forebygging, tidlig intervensjon, sterkere fagmiljøer og mer 1 Barn og unges psykiske helse - FHI 6 tverrsektorielt samarbeid mellom skole, PPT, kommunale helsetjenester, inkludert fastleger og BUP.

- Se vedlegg 3 for oppsummering av driver- og konsekvensanalyser fra PwC.
- Se vedlegg 4 for oppsummering av tilbakemeldinger på rapportene fra PwC.

Helsedirektoratets problemforståelse

Utgangspunktet for Helsedirektoratets innsiktsarbeid har vært å skaffe oversikt og belyse utviklingen fra ulike perspektiver. Innsiktsarbeidet viser at ADHD er en kompleks problemstilling som må ses langs et kontinuum med ulike alvorlighetsgrader som spenner fra uro og konsentrasjonsvansker til alvorlig ADHD.

Utviklingen i ADHD bør også ses i sammenheng med utviklingen i autismespekterforstyrrelser.



Figur 2. Fra FHIs temautgave av Folkehelse rapporten 2025: Barn og unges psykiske helse: 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.

Formålet med innsiktsarbeidet har vært å bidra til høy og jevn kvalitet i utredning og oppfølging i BUP, men det er også behov for en mer helhetlig tilnærming til ADHD som fenomen. Vi er kjent med at det pågår tiltak og innsatser i ulike sektorer som kan ha betydning for utviklingen i ADHD. Tiltakene retter seg mot deler av eller hele målgruppen, og synliggjør kompleksiteten og behovet for innsats og tiltak på flere områder. Det overordnede målet er å bidra til at barn og unge med uro, konsentrasjonsvansker og ADHD skal få et godt tilbud i barnehage, skole, hjem og fritid, og nødvendige helsetjenester ved behov.

Gjennom innsiktsarbeidet har vi identifisert en rekke drivere som antas å ha betydning for utviklingen i forekomst av ADHD. PwC har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomgått forskning, statistikk og faglige innspill for å identifisere hva som driver økningen. De finner 13 mulige drivere knyttet til samfunn, helsetjeneste og individ. Endringer i diagnosekriterier, jf. omtale innledningsvis, er identifisert som en sikker driver for økningen. I tillegg peker PwC på en rekke sannsynlige drivere som enten påvirker symptomtrykk, diagnostisering eller begge deler.

Driveranalysen fra PwC-rapporten bidrar til å synliggjøre kompleksiteten og vi håper denne rapporten bidrar til en helhetlig situasjonsforståelse for alle aktører som kan bidra med å utvikle tiltak i egen sektor. Rapporten kan bidra til dialog på tvers av sektorer for å avklare ansvars- og oppgavefordeling både mellom sektorer og innad i sektorene mellom første- og andrelinje.

Målet er å sikre at barn og unge får likeverdig tilgang til den hjelpen de trenger på lavest mulig effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) og at de som har behov for spesialisert hjelp får dette når de har behov for det. Det er et mål å bidra til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og riktig bruk av ressurser, men også bidra til å normalisere uro og konsentrasjonsvansker som symptomer og unngå over- eller underdiagnostisering av barn og unge.

Økningen i ADHD-diagnoser skaper betydelig press på tjenester, særlig i BUP, og kan gi store samfunnsøkonomiske konsekvenser. ADHD medfører høye kostnader knyttet til helse, utdanning og sosialtjenester. PwC har i sin studie ikke sett på kostnader for individ og samfunn ved at personer med ADHD-symptomer går udiagnostisert og ubehandlet, men peker på at det er grunn til å tro at kostnadene av ubehandlet ADHD også er betydelige.

En samlet vurdering av innsiktsarbeidet tyder på behov for tiltak knyttet til helsefremming og forebygging, tidlig intervensjon, systematisk utprøving av tiltak og tilrettelegging i barnehage/skole før henvisning til BUP. Videre pekes det på behov for systematisk evaluering av tiltak, inkludert legemiddelbehandling, og for å redusere uønsket variasjon i BUP. I tillegg etterlyses samarbeid og tydeligere ansvars- og oppgavefordeling innad i og mellom sektorer.

Formålet med Helsedirektoratets rapport er å

- beskrive en helhetlig situasjonsforståelse av et komplekst fenomen som kan bidra til at aktørene selv tar initiativ til tiltak innenfor sin sektor/tjeneste
- understøtte pågående eller planlagte tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse og ulike tverrsektorielle initiativ
- bidra til at ulike sektorer og tjenester tar et større ansvar på sine områder, men også bidra til å synliggjøre behovet for en helhetlig og koordinert innsats
- bidra til bedre ressursutnyttelse i helsesektoren, slik at spesialisthelsetjenesten i større grad er forbeholdt pasienter med alvorlig funksjonstap
- bidra til tiltak som gir nødvendig kunnskapsutvikling og styringsdata for fremtidig politikk og tiltaksutforming

Hvordan ser det ut i andre land?

Avdeling for internasjonalt samarbeid i Helsedirektoratet har bistått med å innhente informasjon om pågående arbeid knyttet til ADHD i andre nordiske land.

Sverige, Danmark og Finland rapporterer alle en tydelig økning i både ADHD-diagnoser og andel av befolkningen som får resept på legemidler for ADHD de siste årene. Veksten i diagnoser er størst blant unge kvinner, og både Danmark og Finland viser til store geografiske variasjoner i andelen av befolkningen som får ADHD-diagnose.

Alle tre land har nasjonale retningslinjer og ulike former for kvalitetsregistre eller omfattende helseregisterdata som brukes til å følge utviklingen i diagnostikk, behandling og geografiske forskjeller. Samtidig peker landene på kapasitetsutfordringer, sen henvisning og behov for videre utredning av praksis og variasjon i tjenestene. Antall utredninger og rapporter viser at veksten i nevroutviklingsforstyrrelser er en trend som også følges nøye av helsemyndighetene i våre naboland.

Sverige

En gjennomgang av [diagnostikk og legemiddelbehandling ved ADHD \(socialstyrelsen.se, PDF\)](#) viser at andelen med diagnose i den svenske befolkningen har økt siden 2006. Utredning og legemiddelbehandling ivaretas i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis i psykisk helsevern, men også i barne- og ungdomsmedisinske mottak. Socialstyrelsen publiserte i 2024 en [nasjonal retningslinje for behandling av ADHD og autisme \(socialstyrelsen.se, PDF\)](#). Basert på retningslinjene er det også laget et [nasjonalt, tverrsektorielt behandlings- og innsatsprogram \(kunskapsstyrningvard.se\)](#) som gir mer detaljerte råd, og bl.a. inkluderer skolesektor, sosialtjenester, fritids- og aktivitetstilbud i kommunen og kriminalitetsforebygging.

Sverige har et eget [kvalitetsregister for barne- og ungdomspsykiatri, Q-bup \(regionstockholm.se\)](#). [Funnene oppsummeres jevnlig i rapporter \(regionstockholm.se\)](#), hvor den siste som er åpent publisert er fra 2022. Tidligere fantes et kvalitetsregister som var mer spesialisert på behandling av ADHD hos barn og unge, men det har ikke vært lagt inn nye data i dette systemet siden juni 2021. [Det svenske legemiddelverkets statistikk \(lakemedelsverket.se, PDF\)](#) viser at andelen kvinner som henter ut ADHD-legemidler har økt med 1,2 prosent de siste fem årene, mens tilsvarende andel menn har økt med 2,4 prosent. Økningen sees i nesten alle aldersgrupper, men den største økningen sees hos kvinner i aldersgruppen 20–24 år.

Läkemedelsverket leverte i 2025 en delutredning om [bruken av legemidler for ADHD \(lakemedelsverket.se, PDF\)](#). Formålet var å øke kunnskap om forekomst, rekvirering og legemiddelbruk og utvikle prognoser. Rapporten peker på generell økning i psykisk uhelse, økning i ADHD-diagnoser spesielt og økende antall som får rekvirert legemidler for ADHD. Rapporten peker på behov for videre utredning av flere faktorer knyttet til forekomst, legemiddelbruk, utredningspraksis og rekvireringspraksis.

Danmark

I [faglig innspill til 10-årsplan for psykiatrien \(sst.dk\)](#) viser Sundhedsstyrelsen til at atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser er den hyppigst forekommende diagnosegruppen blant barn og unge, hvor ADHD har en forekomst på 3,6 prosent.

Sundhedsstyrelsen peger samtidig på at psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) oppgir at de ofte får henvist barn og unge med utviklingsforstyrrelser som ADHD og autisme for sent, og at det gir risiko for utvikling av andre psykiske plager og lidelser. En [dansk registerstudie fra 2024 \(medrxiv.org\)](#) som sammenstilte data fra blant annet nasjonalt pasientregister, reseptregister og folkeregister, fant at andelen 4–17-åringer som fikk legemiddelbehandling for ADHD varierte fra 9,6 til 58 per 1000, mellom ulike kommuner. De fant også en tilsvarende geografisk variasjon for andel som fikk diagnose.

Fra 2011 har Danmark hatt en [diagnosespesifikk database \(sundk.dk\)](#) (kvalitetsregister) for å bidra til oversikt og kvalitetssikring av utredning og behandling av ADHD hos barn, ungdom og voksne. Kvalitetsregisteret registrerer blant annet tid fra henvisning til utredning, og hvilke tiltak som er gjennomført i utredningen, blant annet skoleobservasjon, psykoedukasjon, samarbeid mellom spesialist og fastlege m.m. [Årsrapporten fra 2024 \(sundk.dk, PDF\)](#) viser til en vedvarende situasjon med stigende antall henvisninger, redusert kapasitet for utredning og ventetidsutfordringer.

Danmark har en [nasjonal klinisk retningslinje \(sst.dk\)](#) og et pasientforløp eller [faglig visitationsretningslinje \(sst.dk\)](#) for utredning og behandling av ADHD hos barn og unge. Pasientforløpet skal sikre at barn og unge blir henvist til riktig instans på riktig tidspunkt i forløpet. I tillegg finnes et [nasjonalt forløpsprogram \(sst.dk\)](#) som beskriver innsats på tvers av ulike sektorer, samt en [retningslinje for utredning av ADHD \(dmpg.dk\)](#) hos barn og unge, laget av en dansk, tverrfaglig psykiatrigruppe (DPMG).

Finland

I Finland er de viktigste myndighetsregistrene for å vurdere prevalens, insidens og utbredelse av legemiddelbehandling for ADHD HILMO-registeret som driftes av Finnish Institute for Health and Welfare (THL), og Kelas legemiddelregister. HILMO inneholder data tilbake til 1969, med oversikt over alle diagnoser gitt i offentlige helsetjenester, inkludert skolehelsetjenesten, fra 2011. Kelas legemiddelregister har oversikt over alle legemidler som har fått refusjon via sykeforsikringen.

Det er de siste årene gjort flere større registerstudier på data om ADHD fra de to registrene. [Vuori og kolleger \(2020\) \(nih.gov\)](#) har sett på legemiddelbruk hos barn og unge i perioden 2008–2018 fordelt på kjønn. Studien finner en økning i andelen barn og unge som får behandling med legemidler for ADHD, samt at legemiddelbehandling var vanligere hos barn og unge født i perioden mai til desember enn for barn og unge født i januar til april. Studien viser at flere gutter enn jenter får legemidler for ADHD, men at kjønnsforskjellen har blitt utjevnet i perioden.

En [studie av utviklingen i ADHD-diagnoser \(nih.gov\)](#) i perioden 2015–2020 viser at andelen som får diagnosen er mer enn doblet i perioden. Økningen ses i alle aldersgrupper og for begge kjønn, samtidig som veksten i diagnoser er størst for jenter/kvinner. Studien viser at andelen av personer med ADHD-diagnose som får legemiddelbehandling har ligget stabilt. Flere av registerstudiene gjennomført i Finland viser også geografiske forskjeller i andel som får diagnosen.

Finland publiserte [retningslinjer \(best practice\) for ADHD \(kaypahoito.fi\)](#) i slutten av november 2025 blant annet har flytdiagrammer for diagnostisering og behandling av ADHD.

Hva kan vi gjøre?

Tiltaksforslagene

I løpet av innsiktsarbeidet har det kommet opp mange ulike forslag til tiltak, på tvers av sektorer og tjenestenivå. Mange har pekt på de samme tiltakene og tiltaksområdene. En oppsummert oversikt over tiltaksforslag finnes i vedlegg 5. Oversikten over tiltaksforslag i vedlegg 5 er KI-generert og kvalitetssikret på grunnlag av skriftlige innspill og tilbakemeldinger fra de tre møtene som er gjennomført i innsiktsarbeidet.

Rapportene fra PwC viser at flere av driverne som er identifisert bidrar til et stort press på helsetjenesten som kan gå på bekostning av andre pasientgrupper. Helsedirektoratet har vurdert alle tiltaksforslagene som har kommet opp gjennom prosessen og PwC har bistått med å kostnadsestimere noen utvalgte tiltak.

Det er usikkert hva som er det riktige nivået i forekomst og legemiddelbruk. Tiltakene som foreslås retter seg derfor mot tilrettelegging og utprøving av tiltak før henvisning til spesialisthelsetjenesten, å redusere uønsket variasjon og å sikre god kvalitet i utredning, diagnostisering og behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten.

Overordnet peker tiltaksforslagene som har kommet opp i retning av behov for et samfunn med mer aksept og forståelse for normalvariasjon, og en strengere funksjonsvurdering som grunnlag for en diagnose. Tidlig innsats og folkeopplysning for å styrke helsekompetanse hos både barn og unge og voksne er tiltak i tråd med en slik forståelse. Samtidig er diagnosekriteriene utvidet og dermed blir flere utredet og får diagnosen, som kan føre til bedre forståelse av seg selv, tilrettelagt oppfølging og økt livskvalitet.

Hjemmet og familien er viktig, og foreldre/pårørende kan ha behov for støtte til å legge til rette for struktur, søvn, skjermgrenser, kosthold, aktivitet og lek. I tillegg er skolen en sentral arena. Skolen skal romme alle, og en nevrovennlig skole kan være en god arena for alle, med og uten ulike former for og grader av nevroutviklingsforstyrrelser. Dette kan bl.a. innebære universell utforming som i større grad tar hensyn til sensoriske stimuli (lyd og visuelt), fleksibel skolestart, tydelig struktur og planer med korte økter, hyppige pauser, og mer fysisk aktivitet og frilek. Etter hvert kan også en god overgang til tilrettelagt skole/arbeidsliv som hindrer frafall være aktuelt for noen.

Til tross for en lang tradisjon med å redusere sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester ved hjelp av velferdspolitikken og strukturelle tiltak, [viser oppsummert forskning vedvarende og økende sosial ulikhet i helse](#) for enkelte grupper. Selv om vi har et relativt godt utbygd tilbud av universelle tjenester til hele befolkningen, er det fortsatt noen som faller utenfor. Når det universelle tilbudet videreutvikles, må det være et mål å oppnå proporsjonal universalisme, hvor universelle tiltak treffer best hos dem som trenger det mest. I utforming og gjennomføring av tiltak vil det derfor være nødvendig å sikre at tilbudet er tilpasset barn, unge og familier med ulike bakgrunn og ulike helsekompetanse (språk, etnisitet og sosioøkonomisk status).

For å gi rett hjelp på rett sted til rett tid, og for å få gode og "riktige" henvisninger, må tiltak prøves ut og evalueres før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at det jobbes videre med kunnskapsbaserte tilbud i kommunen, tiltak i skolen og godt samarbeid rundt henvisningsdialog for koordinerte og helhetlige forløp.

De fleste av de kostnadsestimerte tiltakene her vil også være aktuelle for barn og unge som har uro og konsentrasjonsvansker, men som ikke har behov for utredning av ADHD i spesialisthelsetjenesten. Tiltakene vil derfor kunne treffe en større målgruppe av barn og unge i kommunene som kan ha nytte av tilrettelegging.

Usikkerhet i kostnadsestimatene fra PwC

Kostnadsestimatene i denne rapporten er grove tidligfase-estimer basert på overordnede beskrivelser av tiltakene fra Helsedirektoratet. Estimatenes er utarbeidet i konstante 2026-kroner, ekskl. mva., og neddiskontert til 2026. Vurderingene bygger i hovedsak på PwCs prosjektteams faglige skjønn og forståelse av Helsedirektoratets foreslåtte tiltak. Vurderingene er løpende avstemt og drøftet med Helsedirektoratets prosjektgruppe. Der det har vært mulig, er det innhentet erfaringsdata fra dokumenter, offentlige kilder og tilgjengelig statistikk.

Ingen av estimatene er forankret med de aktørene som eventuelt skal gjennomføre tiltakene (for eksempel kommuner, helseforetak/BUP, fastleger, SFO) utover Helsedirektoratet selv. Det innebærer betydelig usikkerhet knyttet til blant annet volumforutsetninger (målgrupper, dekning, opptrapping), enhetskostnader (lønn inkl. sosiale kostnader/overhead, kurs- og lisenspriser), gjennomføringsevne og tempo (rekruttering, frikjøp av tid), samt lokale og regionale variasjoner.

Estimatene bør tolkes som indikative størrelsesordener som vil endres når forutsetningene spesifiseres og forankres nærmere hos gjennomførende aktører. Handlinger og beslutninger som gjennomføres på bakgrunn av kostnadsestimatene fra PwC, foretas på eget ansvar.

Forutsetninger for kostnadsberegningene på tvers av alle tiltakene

Alle kostnadsestimatene er utarbeidet ved bruk av en aktivitetsbasert tilnærming, der identifiserte aktiviteter og ressursinnsatser per tiltak er kostnadsberegnet og aggregert. Kostnadene er periodisert i tråd med når de forventes å påløpe, og neddiskontert til nåverdi ved bruk av en diskonteringsrente på 4 %, i tråd med gjeldende statlige veiledere. Analyseperioden for alle tiltakene er fra 2027 til 2030, med estimerte kostnader oppgitt i nåverdi i 2026-kroner.

Ettersom kostnadsestimatene er bygget opp fra identifiserte aktiviteter og ressursinnsatser, er det i tillegg lagt til et generelt uspesifisert påslag på 10 % for samtlige tiltak. Påslaget skal dekke mindre, indirekte og ikke-spesifiserte kostnader som ikke inngår eksplisitt i de identifiserte kostnadspostene.

Der tiltakene innebærer bruk av personellressurser, er lønnskostnader basert på offisielle og åpne kilder, fra eksempelvis SSB, KS og Helsedirektoratet. For å hensynta arbeidsgiveravgift, pensjon, sykepenges og øvrige sosiale kostnader er det lagt til et generelt lønnspluss på 30 %. Tiltaksspesifikke forutsetninger for kostnadsestimeringene presenteres under omtalen av hvert enkelt tiltak.

Det er ikke gjort egne analyser knyttet til om og ev. hvilke tiltak som vil kreve rekruttering av ekstra personell eller om det vil være tilstrekkelig å benytte eksisterende personell. For flere av tiltakene vil eksisterende personell kunne benyttes, men dette kan da ha konsekvenser for andre oppgaver. I disse tilfellene er det i kostnadsestimatene benyttet personalkostnader for å synliggjøre verdien av de ansattes alternative bruk av arbeidstiden. Dette innebærer at ressursbruken er verdsatt selv om tiltakene gjennomføres innenfor eksisterende bemanning. Det må derfor antas at noen av tiltakene kan være personelldrivende.

Estimatene som er beregnet, med tilhørende forutsetninger og metodikk for utregning ligger i sin helhet i vedlegg 6.

Oppsummering av estimerte kostnader og ønskede effekter av tiltakene

Tabellen under viser en samlet oversikt over estimerte kostnader og overordnede vurdering av effekter per tiltak:

Tabell: Samlet oversikt over estimerte kostnader og overordnede vurdering av effekter per tiltak

Tiltak	Estimert kostnad i nåverdi 2026-kroner eks.mva.	Ønskede effekter
Revisjon av nasjonal faglig retningslinje ADHD	6300000 NOK	• mer standardisert og likeverdig behandling av like tilfeller • høy faglig kvalitet i oppfølging og behandling av barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker og ADHD
Styrke kompetanse i lavterskeltjenester for barn og unge	180300000 NOK	• barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker og foreldrene til disse barna, skal møte helsepersonell med oppdatert kompetanse hos de helsetjenestene de uansett bruker (helsestasjon, helsestasjon for ungdom) • barn og unge skal få hensiktsmessig hjelp med sine problemer uten at det er nødvendig med en ADHD-utredning og diagnose for å få tilgang på råd og veiledning • flere barn og unge som henvises til BUP for ADHD-utredning blir henvist på et godt begrunnet faglig grunnlag
Foreldrestøttende tiltak	192 500000 NOK	• gi foreldre til barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker verktøy og bedre forutsetninger for å støtte og hjelpe sine barn • gi foreldre mestringsfølelse i en krevende situasjon • barna får mer kompetente foreldre som møter deres behov, og kan bidra til at deres funksjonsnivå øker
		• barn med uro og konsentrasjonsvansker blir vurdert tverrfaglig i kommunen, slik at de får mer treffsikker hjelp og tilrettelegging

BTI-modellen (Bedre Tverrfaglig Innsats)	165300000 NOK	• færre barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker henvises til BUP for ADHD-utredning • flere barn og unge som henvises til BUP for ADHD-utredning blir henvist på et godt begrunnet faglig grunnlag
Tydeliggjøre forventning til tilrettelegging og utprøving av ikke-medikamentelle tiltak før henvisning til BUP	72 100000 NOK	• flere barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker får nødvendig og riktig hjelp uten henvisning til BUP, og uten bruk av legemidler
Standardiserte prosedyrer og harmonisering av praksis	4 200000 NOK	• en faglig vurdering av om det burde innføres felles funksjonsmål, og hvordan dette burde designes
Styrke kompetanse og inkludering for barn med uro og konsentrasjonsvansker i kommunale fritids- og aktivitetstilbud, inkl. SFO	49400 000 NOK	• mer inkluderende fritidsaktiviteter for barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker, som videre kan forebygge utenforskap
Psykoedukasjon for barn, foreldre og familier etter utredning	83500 000 NOK	• gjøre barn og unge med ADHD-diagnose mer kapable til å mestre egen diagnose og hverdag • riktigere/bedre bruk av legemidler hos barn og unge med ADHD-diagnose

Overordnet tiltak: Revisjon av nasjonal faglig retningslinje for ADHD

Helsedirektoratet vil revidere den nasjonale faglige retningslinjen for ADHD, og sørge for at den harmoniserer med tilstøtende normerende produkter. Basert på innsiktsarbeidet som er gjort og tiltaksforslagene som har fremkommet i prosessen, mener Helsedirektoratet at det bør vurderes hvordan en helhetlig og koordinert normering kan bidra til god kvalitet i tjenestetilbudet og redusere uønsket variasjon i møte med uro, konsentrasjonsvansker, ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser.

Dette bør ses i sammenheng med et pågående arbeid knyttet til normerende produkter i Helsedirektoratet. Arbeidet har akkurat startet, og i påvente av nødvendige avklaringer kan det være behov for å starte med å harmonisere føringer i nasjonal faglig retningslinje for ADHD og kapittelet om ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser i nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser – barn og unge i denne runden. Det pågår også et arbeid med revisjon av prioriteringsveilederne for psykisk helsevern som skal på eksternt høring våren 2026. Endringer i aktuelle prioriteringsveiledere kan på sikt være et utgangspunkt for en mer helhetlig tilnærming og harmonisering av ulike normerende produkter som omhandler uro, konsentrasjonsvansker, ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser, herunder også autismspekterforstyrrelser.

Innsiktsarbeidet har særlig pekt på behovet for harmonisering av retningslinje og kapittel i nasjonalt pasientforløp, i tillegg til presisering av funksjonsvurdering og tydeligere krav til utprøving av ikke-medikamentelle tiltak før henvisning til spesialisthelsetjeneste.

Når retningslinjen skal revideres, vil det være aktuelt med en kunnskapsoppsummering når det gjelder utredning og behandling/oppfølgingstiltak. For oppdatert kunnskapsgrunnlag om effekt av ulike oppfølgings- og behandlingstiltak, bør det ses hen til [Tiltakshåndboka \(tiltakshandboka.no\)](https://tiltakshandboka.no). RBUP Øst og Sør gjør kontinuerlige oppdateringer av kunnskapsgrunnlag, bl.a. om effekter av ulike behandlingstiltak for ulike tilstander, inkludert ADHD. For å unngå unødig ressursbruk bør det vurderes hvordan RBUP sitt arbeid kan ses i sammenheng med en revisjon av retningslinjen om ADHD. Tiltakene som omtales i Tiltakshåndboka er rettet mot barn og unge. Ettersom retningslinjen omfatter både barn, unge og voksne, vil det sannsynligvis være behov for en kunnskapsoppsummering om effekt av tiltak for voksne.

Som et ledd i en mer helhetlig og koordinert tilnærming, bør det også vurderes om den reviderte retningslinjen bør rette seg mer mot kommunale helsetjenester og/eller andre sektorer mht. utprøving av tiltak før henvisning. Det bør også vurderes om noen anbefalinger kan og bør ses i sammenheng med planlagte eller pågående tiltak i utdanningssektoren når det gjelder oppdagelse og utprøving av tiltak for barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker, ev. i Nav knyttet til voksne.

Kunnskapsbaserte implementeringsaktiviteter er avgjørende for at nye retningslinjer faktisk skal tas i bruk i tjenestene. Uten en tydelig plan for hvordan endringene skal forankres, forstås og omsettes i praksis, risikerer man at selv godt faglig arbeid ikke får ønsket effekt.

Jf. oppdraget i TB2026 bør det også vurderes om og ev. hvordan et økende privat marked for utredning av ADHD kan omtales i retningslinjen. Det bør også ses hen til faglige anbefalinger og praksis i andre nordiske land.

Aktuelle tema for en revisjon:

- presisere funksjonsfall, målgruppe, alvorlighetsgrad, stegvis behandling / stegvise tiltak
- tidlige vurderinger før full utredning (se i sammenheng med tidlig avklaring / «En vei inn»)
- stepped care / stegvis behandling/tiltak

- integrere kapittel i nasjonalt pasientforløp
- se i sammenheng med tiltak 4 og 5 om utprøving av ikke-medikamentelle tiltak før henvisning og forventninger til fastleger og kommunale tjenester før henvisning
- anbefaling om tiltak på flere arenaer
- anbefale psykoedukasjon (strukturert opplæring og informasjon om ADHD rettet mot pasienter og pårørende for å øke forståelsen, mestre hverdagen og redusere symptomer) etter diagnose

Ønskede effekter av tiltaket:

- mer standardisert og likeverdig behandling av like tilfeller
- høy faglig kvalitet i oppfølging og behandling av barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker og ADHD

Helsedirektoratets vurdering er at en revisjon av nasjonal faglig retningslinje, sett i sammenheng med kapittel i nasjonalt pasientforløp og prioriteringsveiledere, kan bidra til en mer koordinert og helhetlig normering av god praksis knyttet til oppdagelse, henvisning, utredning, diagnostikk og oppfølging og behandling. En revisjon av retningslinjen bør også bidra til å synliggjøre mangfold og normalvariasjon og bidra til økt kunnskap om behov for tiltak i barnehage, skole, hjem og fritid, i forkant av eller parallelt med henvisning til BUP.

Anslag på kostnader

Den estimerte kostnaden for revisjon av nasjonal faglig retningslinje for ADHD er 6,3 millioner kroner (nåverdi i 2026-kroner, eks. mva.). Kostnaden består av to hovedkomponenter. Den ene er kostnaden for arbeidet med revisjonen av den faglige retningslinjen, mens den andre er det uspesifiserte kostnadspåslaget på 10 % som er lagt inn i alle tiltakenes kostnadsestimat.

Arbeidet med revisjonen av den faglige retningslinjen består av tre kostnadsdeler. Første del består av en arbeidsgruppe som skal jobbe med den faglige oppdateringen, koordinering og sekretariatsfunksjon. Her er det forutsatt en arbeidsgruppe på fem personer som arbeider med revisjonen i en 50 %-rolle.

Andre del er kostnader knyttet til en tverrfaglig arbeidsgruppe som skal bidra til forankring og kvalitetssikring av arbeidet. Det er lagt til grunn at åtte personer deltar i arbeidsgruppen, og at gruppen gjennomfører én heldagssamling per måned over en periode på tolv måneder. I tillegg er det forutsatt tid til for- og etterarbeid, slik at samlet ressursbruk for arbeidsgruppen utgjør 20 timer per person per måned.

Tredje del er en ekstern kunnskapsoppsummering fra FHI, som skal gi et oppdatert, systematisk og kvalitetssikret kunnskapsgrunnlag for revisjonen av retningslinjen. Oppsummeringen skal støtte arbeidet med faglige vurderinger og anbefalinger, og bidra til at revisjonen av retningslinjen bygger på tilgjengelig og relevant forskning.

En samlet oversikt over de estimerte kostnadene, fordelt på hovedkomponenter, er vist i tabellen under:

Tabell 1 - Estimerte kostnader for revisjon av faglig retningslinje ADHD, i 2026-kroner eks. mva.

Revisjon av nasjonal faglig retningslinje ADHD	Nåverdikostnad i 2026-kroner, eks. mva.
Revisjon av nasjonal faglig retningslinje ADHD	5 700 000 NOK
Uspesifisert kostnadspåslag	600 000 NOK
SUM	6 300 000 NOK

Andre tiltak med vurdering av kost/nytte og gjennomførbarhet

Under følger flere kostnadsestimerte tiltak som vi mener at er gjennomførbare og kan implementeres innenfor eksisterende organisering og med potensial for gevinster.

Helsedirektoratet er også kjent med at [Tiltakshåndboka \(tiltakshandboka.no\)](http://tiltakshandboka.no), som driftes av RBUP Øst og Sør, er et verktøy utviklet for å hjelpe fagfolk med å vurdere nytten av ulike tiltak for barn og unges psykiske helse. Tiltakshåndboka oppsummerer og vurderer kvaliteten på systematiske oversikter, som sier noe om kunnskapsgrunnlaget som er samlet og analysert for å si noe om hvor godt et tiltak virker, eller ikke virker. Tiltakshåndboka anbefaler ikke konkrete tiltak, men kan være en viktig beslutningsstøtte i valg av tiltak, f.eks. ved ADHD. For noen av tiltakene under kan man finne vurderinger av effekt av ulike tiltak i Tiltakshåndboka, som f.eks. foreldrestøttende tiltak.

De kostnadsestimerte tiltakene kan være tilsvarende eller overlappe med tiltaksforslagene som har fremkommet i innsiktsarbeidet. Tiltakene under kan også bestå av en sammenstilling av flere tiltaksforslag.

Bakgrunnen for innsiktsarbeidet var en utvikling knyttet til økende forekomst av ADHD, inkludert økt legemiddelbruk. Flere av tiltaksforslagene i vedlegg 5 og de kostnadsestimerte tiltakene vil kunne ha en positiv effekt for barn og unge med uro, konsentrasjonsvansker, ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser. Flere av tiltakene vil også kunne ha positive effekter for barn og unge med ulike utfordringer, uten at dette er undersøkt nærmere.

Det er behov for en helhetlig tilnærming og de kostnadsestimerte tiltakene vil derfor være aktuelle for ulike sektorer og nivåer.

For flere av tiltakene legger kostnadsestimatene til grunn utviklings- og forvaltningskostnader. Dette forutsetter en organisatorisk forankring. Helsedirektoratet har ikke gjort nødvendige avklaringer mht. hensiktsmessig organisering og forankring av de ulike tiltakene. Dette bør vurderes nærmere og ses i sammenheng med prosessen knyttet til organisering av kunnskaps- og kompetansesentrene, som en del av Helsedirektoratet.

Videre kan noen av tiltakene innebære utrednings- og utviklingskostnader, f.eks. funksjonsvurderingsverktøy. Det er tidligere gjort en vurdering knyttet til rettigheter og forvaltning av ulike psykologiske verktøy, herunder omtale av disse i Helsedirektoratets normerende produkter. For å legge til rette for enhetlig bruk av kunnskapsbaserte metoder og verktøy og hensiktsmessig ressursbruk, bør dette også vurderes og ses i sammenheng med overføring av kunnskaps- og kompetansesentrene til Helsedirektoratet.

For flere av tiltakene vil kommunen være sentral i forankring og som pådriver. En del av utfordringsbildet som er beskrevet i innsiktsarbeidet viser variasjonen i organisering, tilbud, tilgang på kompetanse og økonomi, som bidrar til at det kommunale tilbudet for barn med uro og konsentrasjonsvansker ikke er likeverdig.

Erfaringene fra tiltak 3 om implementering av BTI i kommunene så langt viser at det, uavhengig av økonomi og tilgang på kompetanse, er flere kommuner som jobber godt med å få på plass strukturer som BTI og får til en tverrfaglig innsats som ikke alltid krever mer personell, men likevel gir gevinst. I en videre implementering av BTI vil det være naturlig å hente inn og bidra til å videreformidle erfaringer de ulike kommunene har med ulike måter å løse BTI på.

[Veilederen i psykisk helsearbeid for barn og unge](#) skal tydeliggjøre og gi anbefalinger om ansvars- og oppgavedeling og forventninger til samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer. Videre beskriver den et helhetlig og samordnet psykisk helsearbeid for barn og unge, fra helsefremmende og forebyggende arbeid til

oppfølging, behandling og samhandling om barn og unge. Veilederen er under implementering i kommunene, og vil være et viktig fundament for samarbeid og gode strukturer rundt barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker.

Styrke kapasitet og kompetanse i lavterskeltjenester for barn og unge

Målgruppe

Målgruppen for dette tiltaket er kommuner.

Begrunnelse

PwC har vurdert om det finnes systematiske mønstre i variasjon mellom kommunal ressursbruk på oppvekstjenester og forekomst av ADHD hos barn og unge. De fant at det er tre kostnadsposter i kommuneregnskapene som viser tydelig og signifikant sammenheng med forekomst av ADHD-diagnoser. I fylker med kommuner som i gjennomsnitt bruker mer ressurser på råd- og veiledningstjenester per innbygger, aktivitetstilbud til barn og unge og skolefritidstilbud, er det i gjennomsnitt færre registrerte tilfeller av ADHD. Andre kostnadsposter som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, barnehage og annet forebyggende helsearbeid viser til svake eller ikke-signifikante sammenhenger.

Forebyggende helsetjenester som helsestasjons- og skolehelsetjenesten har samtidig en svært sentral rolle i å gi foreldre, barn og ungdom råd og veiledning gjennom hele barndommen, og tjenestetilbudet er tilgjengelig i alle landets kommuner. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i forebyggende tjenester er en forutsetning for at disse skal kunne gi et godt tilbud til barn, unge og deres familier, og tilby tilstrekkelig oppfølging til de som har størst behov.

Tiltak:

- styrke tilgjengelighet og tilbud av lavterskel helsetjenester for barn og unge, inkl. helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykiske helsetjenester (**kapasitet**)
- styrke barn, unge og foreldres kompetanse om sammenhengen mellom levevaner og uro/konsentrasjonsvansker og psykisk helse (**kompetanse**)

Styrke kapasitet i lavterskel helsetjenester

Det har vært en mangeårig satsing på styrking av helsestasjons- og skolehelsetjeneste, som har gitt økt tilgjengelighet i tjenesten og bidratt til kompetanseutvikling. Etablering og utvikling av psykiske helsetjenester for barn og unge i kommunene er en pågående satsing som vil øke kapasiteten og tilgjengeligheten til disse tjenestene, og styrke det tverrfaglige arbeidet for gode oppvekstsvilkår for barn og unge. Videreføring av denne styrkingen er en forutsetning for at videre kompetansehevende tiltak skal kunne tas i bruk og nå ut til en større andel av barn og foreldre.

Styrking og videreutvikling av de aktuelle tjenestene er sentrale for målbildet i Opptappingsplan for psykisk helse og Oppvekstmeldingen, og Helsedirektoratet oppfatter at det er bred politisk enighet om tilbudets funksjon og rolle.

Programfinansiering av forebyggende tjenester til barn og unge er en ny, tverrdirektoral satsing i oppfølging av Oppvekstmeldingen, som kan bli sentral for å videreføre en slik styrking. Det er lagt til grunn at styrket/økt kapasitet er del av pågående satsinger, og det er ikke gjort egne kostnadsestimeringer knyttet til økt kapasitet.

Søknader til tilskuddsordninger til hhv. helsestasjons- og skolehelsetjenesten og lavterskel psykisk helsetilbud viser at det er stor interesse i kommunene for å videreutvikle tilbudet. Søknader om lavterskeltilbud til barn og unge over tilskuddsordningen «Oppfølging av barn og unge med psykiske helseutfordringer og rusmiddelrelaterte problemer» hadde i 2025 totalt 201 søkere.

Den samlede innstillingen fra statsforvalterne til fordeling av midler til tilbud for barn og unge, lå om lag 17 mill. høyere enn tilgjengelig tilskuddsramme.

Styrke kompetanse i lavterskeltjenester

Det er behov for styrking av kompetanse både i tjenestene og hos ungdom og foreldre:

- Styrke kompetanse i helsetjenestene: Lavterskel helsetjenester for barn og unge må ha kompetanse på sammenhengen mellom levevaner og uro og konsentrasjonsvansker.
- Styrke foreldres kompetanse: Helsestasjons- og skolehelsetjenesten må ha faglig materiell som er tilgjengelig for deling med foreldre ved faste kontroller på helsestasjon og på foreldremøter i barnehage og skole.
- Styrke ungdoms kompetanse: Utvikle informasjonsmateriell på flater der ungdom ferdes, som ung.no og helsestasjoner.
- Styrke læreres, barnehagelæreres og PPT-tjenestens kompetanse: Utvikle faglig støttmateriell om sammenhengen mellom levevaner og uro og konsentrasjonsvansker og psykisk helse for ansatte som jobber med barn og unge i andre tjenester.
- Styrke tilgjengelighet og tilbud av lavterskel helsetjenester for barn og unge, inkludert helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykiske helsetjenester (kapasitet).
- Styrke barn, unge og foreldres kompetanse om sammenhengen mellom levevaner og uro og konsentrasjonsvansker og psykisk helse (kompetanse).

Ønskede effekter av tiltaket:

- Barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker og deres foreldre skal møte helsepersonell med oppdatert kompetanse i de helsetjenestene de uansett bruker (helsestasjon, helsestasjon for ungdom).
- Barn og unge skal få hensiktsmessig hjelp med sine problemer uten at det er nødvendig med en ADHD-utredning og -diagnose for å få tilgang på råd og veiledning.
- Flere barn og unge som henvises til BUP for ADHD-utredning blir henvist på et godt begrunnet faglig grunnlag.

Helsedirektoratets vurdering er at tiltaket vil bidra til at flere barn og unge får hjelp i kommunen til å håndtere sin hverdag. Tiltaket vil også bidra til at flere av de som henvises til PHBU vil ha prøvd ut andre tiltak før de henvises, og understøtter tiltak 4 og sikrer at de "riktige" barna henvises til utredning av ADHD.

Det finnes mye godt materiell om psykisk helse og levevaner, men det kan være behov for å kvalitetssikre og tydeliggjøre sammenheng mellom levevaner og uro og konsentrasjonsvansker og psykisk helse.

En videre styrking av kompetanse i lavterskeltjenester er en videreføring av en langvarig satsing på styrking av helsestasjons- og skolehelsetjeneste, samt pågående satsing på spredning og utvikling av psykiske helsetjenester til barn og unge (og familier) i kommunene. Det kan også bygges videre på

eksisterende innsats i Oppvekstmeldingen m.fl., med vekt på laget rundt barnet og et tilbud tilpasset de familiene som trenger det mest (proporsjonal universalisme).

Mulige konsekvenser dersom tiltak ikke iverksettes:

- manglende kapasitet gir ulik tilgang til tjenester
- tjenestene har en sentral rolle i foreldrestøttende tiltak, slik at manglende kapasitet og kompetanse vil kunne påvirke gjennomføring av andre tiltak

Anslag på kostnader knyttet til styrket kompetanse i lavterskeltjenester

Kostnadene for tiltaket «Styrke kompetanse i lavterskeltjenester for barn og unge» er estimert til 180,3 millioner kroner (nåverdi i 2026-kroner, eks. mva.). Kostnadsestimatet omfatter utelukkende tiltak for å styrke kompetanse i eksisterende tjenester, og inkluderer ikke kostnader knyttet til å øke kapasitet eller bemanning i tjenestene. Kostnadene til tiltaket er fordelt på fire hovedkomponenter: kostnader til å styrke foreldres kompetanse, ungdoms kompetanse, lærere, barnehagelærere og PP-tjenestens kompetanse og det uspesifiserte kostnadspåslaget.

Kostnadene knyttet til å styrke foreldres kompetanse om barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker er i hovedsak rettet mot helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tiltaket består av utvikling og tilgjengeliggjøring av faglig materiell, samt innføring i dette materialet for ansatte i tjenestene. Det er lagt til grunn at fagmaterialet utvikles av et fagteam tilsvarende fire årsverk over fire uker, som samlet utgjør om lag 600 timer. Materialet gjøres tilgjengelig i digitale løsninger, og det er videre forutsatt at helsesykepleiere og øvrige ansatte bruker om lag to timer per person på gjennomgang og innføring i materialet, innenfor eksisterende rammer.

Kostnadene knyttet til å styrke ungdoms kompetanse om uro og konsentrasjonsvansker omfatter utvikling, tilgjengeliggjøring og innføring av faglig materiell rettet mot ungdom. Her er det lagt til grunn at fagmaterialet utvikles av et fagteam tilsvarende fire årsverk over fire uker. Materialet tilgjengeliggjøres på digitale flater der ungdom allerede ferdes, som for eksempel ung.no. Videre er det forutsatt bevisstgjøring og innføring i materialet for helsesykepleiere og øvrige ansatte i skolehelsetjenesten rettet mot ungdom, herunder skolehelsetjenesten på ungdomstrinn og videregående skole samt helsestasjon for ungdom. Også her er lagt til grunn om lag to timer opplæring per ansatt, gjennomført innenfor eksisterende rammer i tjenestene.

Kostnadene knyttet til å styrke lærere, barnehagelærere og PP-tjenestens kompetanse om barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker består av utvikling av faglig materiell og gjennomføring av obligatorisk opplæring. Også her er det lagt til grunn at fagmaterialet utvikles gjennom et avgrenset utviklingsarbeid tilsvarende om lag 600 timer. Den klart største kostnadskomponenten i tiltaket er imidlertid gjennomføring av et obligatorisk kurs eller e-læring, der alle lærere, barnehagelærere og ansatte i PP-tjenesten skal gjennomføre en innføring i materialet. Det er lagt til grunn at dette utgjør to timer opplæring per ansatt, gjennomført innenfor eksisterende stillinger. Denne kostnadsposten blir relativt høy fordi tiltaket omfatter i størrelsesorden over 100 000 ansatte i disse yrkesgruppene.

En samlet oversikt over de estimerte kostnadene, fordelt på hovedkomponenter og inkludert uspesifisert kostnadspåslag, er vist i tabellen under:

Tabell 2 - Estimerte kostnader for å styrke lavterskel helsetjenester for barn og unge, i 2026-kroner eks. mva.

--	--

Styrke lavterskel helsetjenester for barn og unge	Nåverdikostnad i 2026-kroner, eks. mva.
Styrke foreldres kompetanse	2 900 000 NOK
Styrke ungdoms kompetanse	2 000 000 NOK
Styrke lærere, barnehagelærere og PP-tjenestens kompetanse	159 000 000 NOK
Uspesifisert kostnadspåslag	16 400 000 NOK
SUM	180 300 000 NOK

Foreldrestøttende tiltak

Målgruppe

Målgruppen for dette tiltaket er kommuner.

Begrunnelse

Det vises til omtale under forrige tiltak om PwCs funn om at kommuner som i gjennomsnitt bruker mer ressurser på råd- og veiledningstjenester per innbygger i gjennomsnitt har færre registrerte tilfeller av ADHD. Foreldrestøttende tiltak er en pågående satsing, som også bør omfatte kunnskapsbaserte tiltak for foreldre til barn med uro og konsentrasjonsvansker.

Tiltakshåndboka har vurdert to systematiske oversikter som vurderte effekten av [foreldretrening til foreldre med barn med ADHD \(tiltakshandboka.no\)](https://tiltakshandboka.no). Det konkluderes med at foreldretrening og foreldreveiledning trolig kan gi moderat forbedring i foreldrekompentanse, og mulig forbedring av foreldrerapporterte ADHD-symptomer. Foreldretrening kan også gi en mulig positiv effekt på barnets funksjonsnivå. I videreutvikling av tiltaket vil det være aktuelt å, i samarbeid med kompetansemiljøene, gjennomgå eksisterende foreldreveiledning for å kartlegge hvilke som egner seg for målgruppen barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker, samt vurdere om det er behov for videreutvikling av slike verktøy. Formålet er å gi foreldre gode verktøy for å støtte/håndtere barn med uro og konsentrasjonsproblemer.

Det finnes gode og utprøvde foreldrestøtteprogram, som også kan skaleres uten regelendringer. Flere av disse retter seg imidlertid mot atferdsvansker og ikke spesifikt barn med uro og konsentrasjonsvansker.

Tiltak:

- systematisk og kunnskapsbasert feedback-orientert foreldrestøtte tilpasset norsk kontekst og gruppen med uro og konsentrasjonsvansker

Ønskede effekter av tiltaket:

- gi foreldre til barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker verktøy og bedre forutsetninger for å støtte og hjelpe sine barn
- gi foreldre mestringsfølelse i en krevende situasjon
- barna får mer kompetente foreldre som møter deres behov, og kan bidra til at deres funksjonsnivå øker

Helsedirektoratets vurdering er at det eksisterer ulike programmer som er dokumentert å være virksomme for barn med ADHD. Dette vil være et utgangspunkt for å kartlegge og vurdere hvilke som egner seg for

målgruppen barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker, samt vurdere om det er behov for videreutvikling av slike verktøy. Det er også bred støtte fra ulike fagmiljøer for et slikt tiltak.

Tiltaket kan på sikt bidra til bedre skolefungering og lavere henvisningsrate til BUP, men også bidra til forebygging av alvorligere vansker og senere behandlingsbehov.

For å oppnå ønsket effekt er det behov for:

- tilpasning eller utvikling av programmer som inkluderer barn med uro og konsentrasjonsvansker
- flere kommuner må tilby og ta i bruk foreldrestøtteprogram der disse er tilpasset målgruppen
- en finansieringsmekanisme som gjør at kommunene klarer å prioritere opprettelsen av et slikt tilbud
- å se på muligheten for å inkludere bidrag til foreldrestøtteprogrammer i programfinansieringsordningen for kommuner

Mulige konsekvenser dersom tiltak ikke iverksettes:

- ulik praksis opprettholdes, foreldrestøtte forblir tilfeldig og fragmentert
- økt risiko for negativ utvikling av atferdsvansker

Anslag på kostnader

Kostnadene for tiltaket «Foreldrestøttende tiltak» er estimert til 192,4 millioner kroner (nåverdi i 2026-kroner, eks. mva.). Kostnadsestimatet består av tre hovedkomponenter: justering av eksisterende foreldrestøtteprogrammer, etablering og drift av foreldrestøtteprogrammer tilpasset målgruppen i kommunene, samt et generelt uspesifisert kostnadspåslag.

Den første kostnadskomponenten gjelder justering av eksisterende foreldrestøtteprogrammer slik at disse i større grad inkluderer kunnskap og metodikk knyttet til barn med uro og konsentrasjonsvansker. Arbeidet vil blant annet omfatte gjennomgang av eksisterende materiell, faglig utviklingsarbeid og dialog med relevante fagmiljøer og programforvaltere for å integrere oppdatert kunnskap i etablerte programmer.

Den største kostnadskomponenten er knyttet til etablering og drift av foreldrestøtteprogrammer i kommunene. Beregningene tar utgangspunkt i at en andel barn og unge opplever uro og konsentrasjonsvansker, og at en del foreldre i denne gruppen kan ha behov for strukturert foreldrestøtte i løpet av barnets oppvekst. Foreldrestøtteprogrammene vil typisk organiseres som gruppebaserte tilbud, eventuelt kombinert med individuell oppfølging. Basert på fordelingen av barn og unge i kommunene er det lagt til grunn at enkelte kommuner vil kunne etablere tilbud alene, mens andre kan samarbeide om å tilby slike programmer. Ressursinnsatsen er i hovedsak knyttet til personell som administrerer kursene og gjennomfører gruppesamlinger og oppfølging av foreldre.

Det er i tillegg lagt til et uspesifisert kostnadspåslag for å dekke mindre og indirekte kostnader som ikke inngår eksplisitt i de identifiserte kostnadspostene.

En samlet oversikt over de estimerte kostnadene, fordelt på hovedkomponenter og inkludert uspesifisert kostnadspåslag, er vist i tabellen under:

Tabell 3 - Estimerte kostnader for å utvikle og etablere foreldrestøttende tiltak, i 2026-kroner eks. mva.

Foreldrestøttende tiltak	Nåverdikostnad i 2026-kroner, eks. mva.

Justering av programmene for å inkludere barn med uro og konsentrasjonsvansker	3 800 000 NOK
Etablering og drift av foreldrestøtteprogram	171 200 000 NOK
Uspesifisert kostnadspåslag	17 500 000 NOK
SUM	192 500 000 NOK

BTI-modellen (Bedre Tverrfaglig Innsats) og faste møtestrukturer

Målgruppe

Målgruppen for dette tiltaket er kommuner.

Begrunnelse

BTI-modellen er evaluert og under implementering i 181 kommuner. BTI er en modell for å avklare ansvar og roller mellom aktører for å sikre helhet og sammenheng mellom ulike tjenester til barnet/familien. Modellen bidrar til felles møtetidspunkter, tydelig ansvar («stafettholder») og systematikk i oppfølgingen. Modellen anbefales av flere kommuner og fremheves som suksessfaktor for et systematisk arbeid i kommunen.

Tiltak:

- videreføre implementering av BTI-modellen og faste møtestrukturer

Ønskede effekter av tiltaket:

- Barn med uro og konsentrasjonsvansker blir vurdert tverrfaglig i kommunen, slik at de får mer treffsikker hjelp og tilrettelegging.
- Færre barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker henvises til BUP for ADHD-utredning.
- Barn og unge som henvises til BUP for ADHD-utredning blir henvist på et godt begrunnet faglig grunnlag.

Helsedirektoratets vurdering er at BTI-modellen gir bedre tverrfaglig samhandling rundt barn med utfordringer. Rapporten fra PwC om økning i ADHD blant barn og unge tyder på at BTI-kommuner gjør bedre vurderinger av barna før de eventuelt henvises til spesialisthelsetjenesten for utredning. Implementering av BTI-modellen pågår, og mange kommuner har deler av modellen i drift allerede. Det er kostnader knyttet til etablering, opplæring og innkjøp av digitale verktøy og lavere driftskostnader hvis det er allerede etablerte ressurser i kommunen som bidrar inn i samarbeidet.

KORUS sin kapasitet til å bistå med implementering er ikke kostnadsestimert. Iverksettelse av tiltaket bør gjøres i dialog med noen KORUS for å avklare mulige barrierer og forutsetninger for implementering i resterende kommuner og kostnader knyttet til innføring.

Mulige konsekvenser dersom tiltak ikke iverksettes:

- manglende koordinering – flere barn og unge blir «alle sitt og ingen sitt» ansvar
- økt risiko for rehenvisninger og lange løp

Anslag på kostnader

Kostnadene for å etablere og implementere BTI-modellen nasjonalt er estimert til 165,3 millioner kroner (nåverdi i 2026-kroner, eks. mva.). Modellen er allerede tatt i bruk i et stort antall kommuner, og [per i dag er 181 kommuner i gang med eller har implementert modellen helt eller delvis \(forebygging.no\)](https://forebygging.no).

Kostnadsberegningen for dette tiltaket tar derfor ikke utgangspunkt i en nasjonal førstegangsinnføring, men er avgrenset til å omfatte kostnader knyttet til etablering og innføring av BTI-modellen i de 176 resterende kommunene.

Det er usikkerhet knyttet til de resterende kommunenes kapasitet til å rulle ut BTI-modellen. Den usikkerheten er ikke hensyntatt i disse beregningene. Det er heller ikke beskrevet noen finansieringsmodell for tiltaket, men kun hva det vil koste at resterende kommuner tar i bruk BTI-modellen sånn den fremgår i dag.

Kostnadsestimatet består av tre punkter:

- etablering av BTI-modellen i kommuner uten modellen i dag
- oppfølging av modellen i kommuner uten modellen i dag
- uspesifisert kostnadspåslag

Etablering av BTI-modellen omfatter kostnader knyttet til lokal forankring, organisering og opplæring i BTI-modellen. Det er lagt til grunn at hver kommune etablerer en arbeidsgruppe med fire deltakere, som gjennomfører seks møter à tre timer for å forankre modellen, avklare roller og ansvar og etablere faste strukturer for tverrfaglig samarbeid.

Videre inkluderer etableringsfasen opplæring i BTI-modellen for relevante tjenester i kommunen. Kostnadsestimatet tar utgangspunkt i at et kjerneutvalg på i gjennomsnitt 20 ansatte per kommune, fra skole, PPT og kommunale helsetjenester, gjennomfører opplæring med et omfang på åtte timer per ansatt. Opplæringen gjennomføres med støtte fra kursleder som bruker om lag tolv timer per kommune. Samlet gir dette en beregnet etableringskostnad på kommunenivå knyttet til både arbeidsgruppens arbeid og opplæring av nøkkelpersonell.

Oppfølging av BTI-modellen omfatter kostnader knyttet til koordinering, tverrfaglig samhandling og vedlikehold av kompetanse etter innføring. Det er lagt til grunn at hver kommune gjennomfører tolv faste tverrfaglige BTI-møter per år à to timer, med fem deltakere fra relevante tjenester.

Videre inngår en kommunal koordineringsfunksjon tilsvarende 0,2 årsverk for å sikre kontinuitet og oppfølging av modellen. I tillegg er det forutsatt om lag 40 timer årlig per kommune til vedlikehold av kompetanse og rutiner, herunder oppdatering av arbeidsformer, enkel intern opplæring av nyansatte og erfaringsdeling. Samlet reflekterer dette ressursbruk knyttet til oppfølging og samhandling, ikke ordinær tjenestedrift.

En samlet oversikt over de estimerte kostnadene, fordelt på hovedkomponenter og inkludert uspesifisert kostnadspåslag, er vist i tabellen under:

Tabell 4 - Estimerte kostnader for å etablere og implementere BTI-modellen, i 2026-kroner eks. mva.

Etablere og implementere BTI-modellen	Nåverdikostnad i 2026-kroner, eks. mva.
Etablering av modellen i resterende kommuner	29 700 000 NOK
Oppfølging av modellen i resterende kommuner	120 600 000 NOK

Uspesifisert kostnadspåslag	15 000 000 NOK
SUM	165 300 000 NOK

Tydeliggjøre forventning til tilrettelegging og utprøving av ikke-medikamentelle tiltak før henvisning til BUP

Målgruppe

Målgruppen for disse tiltakene er skoler, barnehager, PPT, skolehelsetjeneste og foreldre.

Begrunnelse

Mange barn blir henvist til BUP for utredning og diagnose, uten at man har forsøkt tilstrekkelige tilretteleggingsgrep i hverdagen i kommunen.

Det er behov for å tydeliggjøre en forventning til at fastlege (henviser) dokumenterer at ikke-medikamentelle tiltak er forsøkt og evaluert ved uro og konsentrasjonsvansker før henvisning til BUP. For å få til dette kan det være behov for økt kompetanse blant fastleger for å ivareta og følge målgruppen på en bedre måte før eventuell henvisning.

Tiltak:

- prøve ut kunnskapsbaserte tiltak (struktur, tilrettelegging, foreldrestøtte og miljøterapeutiske grep) og tilrettelegging for barn med uro og konsentrasjonsvansker
- evaluering av nevnte tiltak inngår som del av henvisningsgrunnlaget før henvisningen for utredning av mistanke om ADHD
- bedre koordinering i kommunen mellom skole, PPT, psykisk helsetjeneste, helsestasjon/skolehelsetjeneste og fastlege om behov for utredning og/eller andre tiltak
 - henvisningsdialog med BUP
- krav om at kommunale tjenester / fastlege innhenter informasjon før henvisning
- vurdere tiltak for bedre styringsinformasjon som kan gi en nasjonal oversikt over gjennomførte tiltak

Ønskede effekter av tiltaket:

- Flere barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker får nødvendig og riktig hjelp uten henvisning til BUP, og uten bruk av legemidler.

Helsedirektoratets vurdering er at tiltaket samsvarer med eksisterende anbefalinger og kan integreres i dagens praksis. Tiltaket krever primært opplæring og noe endring av praksis gjennom rutiner for utprøving og evaluering av tiltak før henvisning. Dette er også et tiltak som har vært etterlyst, og det pågår mye arbeid i mange kommuner hvor dette kan inngå som en del av det pågående arbeidet. Det er ikke behov for lovendringer og tiltaket kan implementeres gjennom ledelsesvedtak eller retningslinjer.

Tiltaket vil medføre økt ressursbruk i kommunen, men kan bidra til redusert ressursbruk i spesialisthelsetjenesten. Konsekvensene antas likevel å være større enn kostnadene ved tiltaket.

Mulige konsekvenser dersom tiltaket ikke gjennomføres:

- fortsatt overhenvissning til BUP og «all-in»-tilnærming
- økte ventetider og økt ulikhet mellom kommuner
- BUP må prioritere vurderinger fremfor behandling

Utdanningsdirektoratet har nylig levert en rapport hvor de anbefaler å se på muligheter for bedre styringsdata. Et arbeid med å få en nasjonal oversikt over gjennomførte tiltak bør derfor skje i tett samarbeid med Utdanningsdirektoratet, i tillegg til kommunale helsetjenester.

Det pågår mye godt arbeid, bl.a. i regi av bruker- og pårørendeorganisasjoner, som ADHD Norge og ulike kommunale tilbud. Utvikling og innføring av informasjon og andre tilbud bør koordineres med andre pågående tilbud slik at disse kan utfylle hverandre.

Tiltakene som foreslås er også i tråd med anbefalinger fra Norsk psykologforening og fra Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening i Gjør kloke valg-kampanjen:

- Unngå å bruke begreper og ord som unødig kan forsterke sykdomsopplevelse eller lidelsestrykk og føre til uheldige helsevalg.
- Unngå å igangsette utredningsaktiviteter der det ikke foreligger klinisk indikasjon eller hvor informasjonen ikke vil ha åpenbar betydning eller være til klinisk nytte.
- Unngå medisiner av barn med ADHD, før psykoedukasjon og tilstrekkelig tilrettelegging på skole og hjemme er forsøkt i minst tre måneder.

Anslag på kostnader

Kostnadsestimeringen av tiltak 4 tar utgangspunkt i utvikling, tilgjengeliggjøring og innføring av veiledningsmateriell og støttestrukturer, samt tidsbruk knyttet til bedre koordinering og dokumentasjon i førstelinjen. Tiltaket innebærer ikke økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten, men er rettet mot bedre praksis og bruk av eksisterende ressurser i kommunen og hos fastlege. Kostnaden for å gjennomføre tiltaket er estimert til 72,1 millioner kroner (nåverdi i 2026-kroner eks. mva.).

Kompetanseheving om barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker hos fastlegene omfatter kostnader knyttet til utvikling av faglig veiledningsmateriell og gjennomføring av opplæring for fastleger. Det er lagt til grunn at det utvikles et standardisert fagmateriell om barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker, basert på et avgrenset utviklingsarbeid tilsvarende om lag 600 timer. Videre er det forutsatt at fastleger som er i aktiv praksis gjennomfører opplæring i materialet med et omfang på to timer per fastlege. Opplæringen skal bidra til økt kunnskap om relevante ikke-medikamentelle tiltak og bedre vurdering av hvilke tiltak som bør prøves ut i kommunen før henvisning.

Flere ikke-medikamentelle tiltak hos fastlege før henvisning til BUP omfatter kostnader knyttet til økt tidsbruk i fastlegekonsultasjoner og styrket tverrfaglig koordinering før eventuell henvisning. Det er lagt til grunn at fastlegen i større grad bruker tid på konsultasjon, vurdering og oppfølging for å prøve ut relevante ikke-medikamentelle tiltak, tilsvarende om lag 30 minutter ekstra per konsultasjon før videre henvisning vurderes. I tillegg inkluderer tiltaket økt tverrfaglig koordinering mellom fastlege, kommunale tjenester og BUP, der det er forutsatt 20 minutter ekstra per konsultasjon til dialog, avklaringer og eventuelle møter.

Flere ikke-medikamentelle tiltak i kommunale tjenester før henvisning til BUP omfatter kostnader knyttet til økt tverrfaglig koordinering mellom kommunale tjenester i forkant av eventuell henvisning. Det er lagt til grunn at kommunale aktører, som skole, PPT og kommunale helsetjenester, i større grad bruker tid på felles møter, avklaringer og koordinert utprøving av tiltak før henvisning vurderes. Kostnadsestimatet tar utgangspunkt i en antakelse om 30 minutter ekstra tidsbruk per sak til tverrfaglige møter og dialog mellom tjenester. Denne økte ressursbruken skal bidra til bedre samordning, mer målrettet utprøving av tiltak i kommunen og et mer helhetlig beslutningsgrunnlag før henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Sammen med det uspesifiserte kostnadspåslaget, er kostnadskomponentene med tilhørende kostnadsestimat presentert i tabellen under:

Tabell 5 - Estimerte kostnader for å tydeliggjøre forventningskrav og utprøving av ikke-medikamentelle tiltak før henvisning til BUP, i 2026-kroner eks. mva.

Tydeliggjøre forventningskrav og utprøving av ikke-medikamentelle tiltak før henvisning til BUP	Nåverdikostnad i 2026-kroner, eks. mva.
Kompetanseheving om barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker hos fastlegene	18 200 000 NOK
Flere ikke-medikamentelle tiltak hos fastlege før henvisning til BUP	39 400 000 NOK
Flere ikke-medikamentelle tiltak i kommunale tjenester før henvisning til BUP	10 300 000 NOK
Uspesifisert kostnadspåslag	4 200 000 NOK
SUM	72 100 000 NOK

Standardiserte prosedyrer og harmonisering av praksis, både i henvisning, utredning og behandling/oppfølging

Kostnadsestimerte tiltak for standardisering og harmonisering av praksis

Målgruppe

Målgruppen for dette tiltaket er fastlege, BUP/spesialisthelsetjenesten.

Begrunnelse

Det er i dag ulik forståelse og praksis knyttet til funksjonsvurderinger som et ledd i vurdering før henvisning og i utredning og diagnostikk.

For voksne stiller prioriteringsveilederen krav om nedsatt funksjon. Videre presiseres det at:

"Spesialisthelsetjenesten bør konsentrere seg om utredning av de som har betydelige funksjonsproblemer på skole, arbeid og i hjemmet". Det er uklart hva betydelige funksjonsproblemer innebærer. For barn og unge er det ikke tilsvarende krav i prioriteringsveileder.

Det er behov for å tydeliggjøre betydelige funksjonsproblemer, men også vurdere om og ev. hvordan funksjonsvurdering bør vurderes når det gjelder barn og unge. Dersom det er aktuelt, må det vurderes hvilket verktøy som kan være aktuelt for både barn og unge og voksne for dette formålet.

Tiltak:

- utrede og kartlegge behov for systematisk funksjonskartlegging

- klargjøre indikasjon (alvorlighet/funksjonsfall) og effektmål (skolefungering, livskvalitet) og krav til evaluering etter tid

Ønskede effekter av tiltaket:

- en faglig vurdering av om det burde innføres felles funksjonsmål, og hvordan dette burde designes

Helsedirektoratets vurdering er at et felles funksjonsmål og systematisk funksjonskartlegging kan bidra til mer harmonisering av praksis og likebehandling og redusere uønsket variasjon.

Tiltaket kan implementeres gjennom eksisterende regionale fagmiljøer. For gjennomføring av selve utredningen bør det imidlertid vurderes en anskaffelse som hensyntar at noen fagmiljøer kan ha faglige interesser i en slik utredning.

Mulige konsekvenser dersom tiltaket ikke iverksettes:

- ulik praksis for henvisning og diagnostiske prosedyrer kan bidra til uønsket variasjon i forekomst, herunder under- og overdiagnostisering
- utredning og behandling tar ikke tilstrekkelig hensyn til individuelle behov

Anslag på kostnader

Kostnadsestimeringen av tiltak 5 tar utgangspunkt i behovet for en systematisk kartlegging av funksjon i forbindelse med utredning av ADHD. Tiltaket består av en faglig utredning av et visst omfang, der formålet er å kartlegge hvordan funksjon vurderes og vektlegges i dag, samt å analysere hvordan funksjonskartlegging kan gjøres mer strukturert og ensartet på tvers av tjenester og nivåer.

Utredningen forutsettes gjennomført av et egnet kompetansemiljø og vil omfatte sammenstilling av eksisterende kunnskapsgrunnlag, gjennomgang av praksis, samt faglige vurderinger knyttet til innhold, avgrensning og bruk av systematisk funksjonskartlegging. Basert på erfaringsbaserte anslag for tilsvarende nasjonale utredningsoppdrag, er kostnaden for tiltaket anslått til om lag 4 millioner kroner. Det er estimert at kostnadene for dette arbeidet vil påløpe i 2027 og 2028, og den isolerte summen i 2026-kroner blir derfor noe lavere.

Sammen med det uspesifiserte kostnadspåslaget, er kostnadskomponentene med tilhørende kostnadsestimat presentert i tabellen under:

Tabell 6 - Estimerte kostnader for å standardisere prosedyrer og harmonisering av praksis, i 2026-kroner eks. mva.

Standardisere prosedyrer og harmonisering av praksis	Nåverdikostnad i 2026-kroner, eks. mva.
Utrede og beslutte funksjonsmål	3 800 000 NOK
Uspesifisert kostnadspåslag	400 000 NOK
SUM	4 200 000 NOK

Andre mulige tiltak for standardisering og harmonisering av praksis som ikke er kostnadsestimert

- utarbeide anbefalinger og informasjon til fastleger som kan integreres i digitale verktøy som NEL

Informasjon og anbefalinger utarbeides i samarbeid med Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NBUPF) og Norsk psykologforening (NPF), tilsvarende anbefalinger fra NFA og Barnelegeforeningen innen somatikk.

Anbefalingene kan være et nyttig verktøy og en hjelp for fastleger når de møter barn og unge og foreldre der barn og unge strever med uro, konsentrasjonsvansker eller mistanke om ADHD.

Informasjon og anbefalinger kan integreres i digitale verktøy som [NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok \(legehandboka.no\)](https://www.legehandboka.no), og kan omfatte

- informasjon til fastlegen
- foreldreinformasjon
- informasjon til ungdom
- krav til henvisning
- informasjon om oppfølging ved avslag på henvisning til spesialisthelsetjeneste
- informasjon om legemiddeloppfølging

Det kan også vurderes om funksjonsvurdering, jf. tiltak 4, kan være aktuelt å legge inn i NEL. Dersom tiltak 4 iverksettes bør behovet for kompetanseheving bl.a. for fastleger vurderes.

Dersom man skal gå videre med dette tiltaket, bør det tidlig etableres dialog med [NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok \(legehandboka.no\)](https://www.legehandboka.no) om mulighet for å integrere informasjon og anbefalinger for å tilgjengeliggjøre dette for fastleger og annet helsepersonell.

Det kan også vurderes tiltak for å standardisere prosedyrer og praksis på tvers av sykehus. Dette kan bl.a. gjøres gjennom workshops eller andre samlinger hvor representanter fra tjenestene kan kalibrere og harmonisere forståelse og praksis. Helsedirektoratet mener en revisjon av nasjonal faglig retningslinje også vil være et viktig bidrag til en mer harmonisert praksis, og det kan vurderes om implementeringstiltak på tvers av sykehus også kan være hensiktsmessig.

Styrke kompetanse og inkludering for barn med uro og konsentrasjonsvansker i kommunale fritids- og aktivitetstilbud, inkl. SFO

Målgruppe

Målgruppen for dette tiltaket er kommuner.

Begrunnelse

Det er mangelfull kunnskap og kompetanse i fritids- og aktivitetstilbud, spesielt der frivillige (ofte foreldre) har ansvar for aktiviteten. Dette kan være for eksempel en fotball- eller håndballtrening for barn i barneskolealder. Det er også usikkerhet knyttet til om det er tilstrekkelig kompetanse hos ansatte i SFO og andre mer formelle aktivitetstilbud. Barn med uro og konsentrasjonsvansker får da ikke i tilstrekkelig grad tilpasset sine fritids- og aktivitetstilbud til sine behov, fordi det ikke er tilstrekkelig kunnskap og kompetanse

hos de ansatte og frivillige. Det er behov for å tette dette kunnskaps- og kompetansegapet for å i større grad møte barnas behov for tilpasset oppfølging.

Tiltak:

- styrke kunnskap og kompetanse om inkluderingstiltak hos ansatte og frivillige
- øke tilgjengelighet og kvalitet i aktivitetstilbud og SFO

Ønskede effekter av tiltaket:

- mer inkluderende fritidsaktiviteter for barn og unge med uro og konsentrasjonsvansker, som videre kan forebygge utenforskap

Helsedirektoratets vurdering er at vi anerkjenner den innsatsen både ansatte og frivillige bidrar med og at vi må ha realistiske forventninger til hva disse, særlige frivillige (f.eks. foreldre og besteforeldre), bør ha av kompetanse. Samtidig bør det legges til rette for at de kan bidra til inkludering for barn med uro og konsentrasjonsvansker.

Styrking av kompetanse kan gjøres uten strukturelle endringer og kan gjøres gjennom utvidelse av eksisterende tilbud. For tilbud som driftes av kommunen, vil kommunen kjenne tiltakene og kan styre ressursbruk direkte. Det kan også vurderes om kommuner kan tilby kompetansetiltak til ulike aktivitets- og fritidstilbud som ikke er i kommunal regi.

I rapporten fra PwC om økning i ADHD blant barn og unge fant PwC at SFO/fritidstiltak hadde signifikant negativ korrelasjon med ADHD-insidens på fylkesnivå. Dette kan være en indikasjon på betydningen av fritidstiltak som bidrar til inkludering.

Mulige konsekvenser dersom tiltaket ikke iverksettes:

- fortsatt økning i symptomer relatert til sosial isolasjon, lite regulerende aktiviteter og stress
- risiko for at kommuner med lav kapasitet får enda høyere henvisningsrater

Anslag på kostnader

Kostnadene for å styrke kompetanse og inkludering for barn med uro og konsentrasjonsvansker i kommunale fritids- og aktivitetstilbud er estimert til 49,4 millioner kroner (nåverdi i 2026-kroner, eks. mva.). Kostnadsestimatet består av to hovedkomponenter: kompetanseheving for ansatte i kommunale fritids- og aktivitetstilbud, inkludert skolefritidsordningen (SFO), samt tiltak for å legge bedre til rette for inkluderende praksis i fritids- og aktivitetstilbudene. I tillegg inngår et generelt uspesifisert kostnadspåslag.

Den første kostnadskomponenten gjelder kompetanseheving for ansatte i kommunale fritids- og aktivitetstilbud. Tiltaket omfatter utvikling og oppdatering av faglig materiell om hvordan ansatte kan møte og inkludere barn med uro og konsentrasjonsvansker i aktiviteter og sosialt samspill. Materiellet gjøres tilgjengelig digitalt slik at kommunene kan ta det i bruk som del av lokal kompetanseutvikling for ansatte i SFO og andre fritids- og aktivitetstilbud.

Den andre kostnadskomponenten gjelder tilrettelegging for inkluderende praksis i kommunale fritids- og aktivitetstilbud. Dette omfatter ressursbruk knyttet til lokal implementering og gjennomføring av tiltak som bidrar til bedre inkludering av barn med uro og konsentrasjonsvansker i aktiviteter og fellesskap. Tiltaket innebærer blant annet at ansatte bruker tid på å ta i bruk opplæringsmateriell, tilpasse aktiviteter og arbeidsformer, samt samarbeide om hvordan tilbudene organiseres slik at flere barn deltar på en måte som fremmer mestring, deltakelse og sosial inkludering.

Det er i tillegg lagt til et uspesifisert kostnadspåslag for å dekke mindre og indirekte kostnader som ikke inngår eksplisitt i de identifiserte kostnadspostene.

En samlet oversikt over de estimerte kostnadene, fordelt på hovedkomponenter og inkludert uspesifisert kostnadspåslag, er vist i tabellen under:

Tabell 7 - Estimerte kostnader for å styrke kompetanse og inkludering for barn med uro og konsentrasjonsvansker i kommunale fritids- og aktivitetstilbud, i 2026-kroner eks. mva.

Styrke kompetanse og inkludering for barn med uro og konsentrasjonsvansker i kommunale fritids- og aktivitetstilbud	Nåverdikostnad i 2026-kroner, eks. mva.
Kompetanseheving for ansatte i kommunale fritids- og aktivitetstilbud (inkl. SFO)	10 000 000 NOK
Tilrettelegging for inkluderende praksis i kommunale fritids- og aktivitetstilbud	34 900 000 NOK
Uspesifisert kostnadspåslag	4 500 000 NOK
SUM	49 400 000 NOK

Psykoedukasjon for barn, foreldre og familier etter utredning

Målgruppe

Målgruppen for dette tiltaket er BUP.

Begrunnelse

Det tilbys i dag i varierende grad psykoedukasjon (strukturert opplæring og informasjon, for barn, foreldre og familier etter utredning, slik at de får økt forståelse, bedre mestring av hverdagen og reduserte symptomer) etter diagnostisering. Det varierer også hvilke programmer som tilbys og det er usikkerhet knyttet til kunnskapsgrunnlaget for det som tilbys.

Det finnes mange ulike psykoedukative tiltak, av ulik kvalitet og uten strukturer for hva og hvordan de skal formidles til barn, unge og foreldre. Dette medfører at informasjonen i varierende grad når frem til de aktuelle mottakerne.

Det er derfor behov for å standardisere tilbudet om psykoedukasjonstiltak etter diagnostisering, og anbefale nasjonale løsninger som også kan tilbys digitalt.

Tiltak:

- standardisere strukturert opplæring og informasjon (psykoedukasjon) om ADHD rettet mot barn, ungdom og foreldre for å øke forståelsen, mestre hverdagen og redusere symptomer:
 - inkludere barn og foreldre systematisk
 - tilgjengeliggjøre digitale versjoner
 - utarbeide i samarbeid med fag- og kompetansemiljø mv.

Ønskede effekter av tiltaket:

- gjøre barn og unge med ADHD-diagnose mer kapable til å mestre egen diagnose og hverdag
- riktigere/bedre bruk av legemidler hos barn og unge med ADHD-diagnose

Helsedirektoratets vurdering er at tilbud om psykoedukasjon allerede er en utbredt praksis, men at det er behov for strukturering og oppskalering. Det finnes ulike programmer som allerede er tilgjengelig, som kan gjøre innføring lite kostbart og redusere terskel for innføring. Det bør imidlertid vurderes hvilke krav som bør stilles til psykoedukative programmer sammenlignet med annen informasjon om ADHD, dersom det anbefales psykoedukasjon etter diagnostisering.

Mulige konsekvenser dersom tiltaket ikke iverksettes:

- pasienter og foreldre forblir usikre og søker spesialisthelsetjeneste mer enn nødvendig eller tilbys informasjon som i varierende grad er kvalitetssikret
- risiko for dårligere behandlingsetterlevelse

Anslag på kostnader

Kostnadsestimeringen av tiltaket tar utgangspunkt i psykoedukasjon som et strukturert og gruppebasert opplæringstilbud etter utredning, rettet mot barn, unge og deres foreldre. For å gjøre tiltaket konkret og håndfast, er [nasjonal implementering av SKILLS-modellen \(vestreviken.no\)](https://www.vestreviken.no) brukt som et illustrerende eksempel på hvordan psykoedukasjon kan organiseres, tilgjengeliggjøres og gjennomføres i praksis. Kostnadene for en nasjonal implementering av SKILLS-modellen er estimert til 83,5 millioner kroner (nåverdi i 2026-kroner, eks. mva.).

Det presiseres at SKILLS-modellen er et psykoedukativt tilbud rettet mot barn og unge med ADHD og ikke et tilbud til foreldre. Kostnadsestimatet for tiltak 8 er derfor avgrenset til psykoedukasjon for barn og unge, slik dette er operasjonalisert gjennom SKILLS-modellen. Eventuelle psykoedukative tiltak rettet mot foreldre inngår ikke i dette kostnadsanslaget.

SKILLS-modellen representerer et standardisert psykoedukativt opplegg med tydelig definert innhold, målgruppe og gjennomføringsform, og egner seg derfor godt som utgangspunkt for å anslå ressursbruk og kostnader knyttet til et nasjonalt psykoedukasjonstiltak. Kostnadsberegningen er delt inn i implementering av SKILLS-modellen og gjennomføring av SKILLS-grupper.

Kostnadskomponenten knyttet til implementering av SKILLS-grupper omfatter opplæring og tilrettelegging for å sikre at tilbudet kan etableres og tas i bruk på tvers av BUP-enheter. Det legges til grunn at hver BUP-enhet har behov for to gruppeledere som gjennomgår opplæring i SKILLS-modellen, med et opplæringsomfang på 16 timer per gruppeleder. Det er også inkludert kostnader til opplæring av nyansatte gruppelærere over tid, for å ivareta kontinuitet i tilbudet og håndtere naturlig turnover i tjenestene.

Videre inngår kostnader til sentral koordinering og forankring av tiltaket. Det er forutsatt at det avsettes 0,5 årsverk til nasjonal koordinering, herunder oppfølging av implementeringen, dialog med tjenestene og overordnet forankring av SKILLS-modellen som psykoedukativt tilbud.

Kostnadskomponenten knyttet til gjennomføring av SKILLS-grupper omfatter selve leveransen av psykoedukative gruppetilbud til barn og unge, samt løpende oppfølging og vedlikehold av programmet. Det er lagt til grunn at SKILLS gjennomføres som et gruppebasert tilbud, i tråd med eksisterende SKILLS-modell.

For barn i alderen 5–13 år forutsettes det at SKILLS gjennomføres som barnegrupper med to samlinger à 1,5 time, mens tilbudet til ungdom over 13 år gjennomføres som ungdomsgrupper med tre samlinger à 1,5 time. Kostnadene knyttet til barne og ungdomsgrupper reflekterer dermed ulikt omfang i gjennomføringen, men bygger på samme grunnleggende modell for gruppebasert psykoedukasjon.

I tillegg inngår kostnader til løpende oppfølging og vedlikehold av SKILLS-programmet. Det er forutsatt at det avsettes 0,5 årsverk til å ivareta faglig oppdatering, kvalitetssikring og videreutvikling av programinnholdet over tid, slik at tilbudet holder en stabil og ensartet kvalitet på tvers av tjenester.

En samlet oversikt over de estimerte kostnadene, fordelt på hovedkomponenter og inkludert uspesifisert kostnadspåslag, er vist i tabellen under:

Tabell 8 - Estimerte kostnader for å implementere SKILLS-modellen nasjonalt, i 2026-kroner eks. mva.

Nasjonal implementering av SKILLS-modellen	Nåverdikostnad i 2026-kroner, eks. mva.
Implementering av SKILLS	4 700 000 NOK
Gjennomføring av SKILLS-grupper	71 200 000 NOK
Uspesifisert kostnadspåslag	7 600 000 NOK
SUM	83 500 000 NOK

Et mer nevrovennlig samfunn – universell utforming

En gjennomgående tråd i flere av tiltakene er behovet for en tydeligere integrering av sensoriske og kognitive vansker i den universelle utformingen av samfunnet, det som av flere omtales som et mer nevrovennlig eller hjernevennlig samfunn.

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) definerer universell utforming som

«utforming av produkter, omgivelser, programmer og tjenester på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming. Universell utforming skal ikke utelukke hjelpemidler for bestemte grupper av mennesker med nedsatt funksjonsevne når det er behov for det».

Målet med universell utforming er å gjøre samfunnet enklere å orientere og bevege seg i for så mange som mulig, og sikre retten til deltakelse i tråd med menneskerettighetene. Plikten til universell utforming og tilrettelegging er nedfelt i likestillings- og diskrimineringsloven og speiles i flere sektorlover. Opplæringsloven stadfester kommunen og fylkeskommunens plikt til å sørge for at opplæringen er tilpasset slik at elevene får tilfredsstillende utbytte og alle får utnyttet og utviklet evnene sine, mens lover og forskrifter for plan og bygg sikrer krav om fysisk tilgjengelighet.

Endringene i de diagnostiske kriteriene for ADHD er en sannsynlig viktig årsak til økningen i antall diagnoser. Innsiktsarbeidet viser samtidig at det er flere utviklingstrekk i samfunnet som hver for seg og sammen kan bidra til at flere opplever funksjonshindringer på ulike nivåer. I et samfunnsøkonomisk perspektiv vil det derfor være viktig å vurdere hvilke samfunnsbarrierer som kan bidra til, eller forsterke, funksjonstap hos personer med uro, konsentrasjonsvansker eller sensoriske vansker. Dersom en relativt sett stor andel av befolkningen opplever funksjonstap og behov for individuell tilrettelegging, er det sannsynlig at mange kan ha nytte av endringer i «hovedløsningen», og at slik tilrettelegging kan gi økt mestring og deltakelse, med eller uten kliniske diagnoser.

Økning i skolefravær og frafall fra skole, sammen med en økning i unge som faller utenfor både utdanning og jobb (NEET), sees i sammenheng med økning i psykiske helseplager blant barn og unge, inkludert nevroutviklingsforstyrrelser. Levevaner knyttet til skjermbruk, lite søvn og redusert fysisk aktivitet har vært pekt på som medvirkende faktorer. Flere har i innsiktsarbeidet også pekt på at man i nyere læreplaner i større grad enn tidligere vektlegger metakognitive ferdigheter, ofte på lavere klassetrinn enn tidligere.

Utdanningsdirektoratet har utarbeidet råd og støtteressurser til lærere for å legge til rette for elever med nevroutviklingsforstyrrelser. I tillegg har Utdanningsdirektoratet flere pågående tiltak og oppdrag som sammen kan bidra til å svare ut noe av endringsbehovet på samfunnsnivå.

Pågående tiltak som kan ha implikasjoner for prioriteringer

De kostnadsestimerte tiltakene over er eksemplifisert med barn med uro og konsentrasjonsvansker, men kan også være aktuelle for en bredere målgruppe av nevroutviklingsforstyrrelser og andre utfordringer hos barn og unge. Tiltakene er bredt etterspurt og for noen av dem pågår allerede tilsvarende eller overlappende tiltak.

- Helsedirektoratets oppdrag i TB2026-60: Arbeid med hensikt å understøtte gode henvisninger
- Helsedirektoratets oppdrag i TB2026-24: Nasjonal prøveordning med henvisningsrett til BUP for helsesykepleiere
- Implementering av [Veileder om psykisk helsearbeid barn og unge](#)
- Utdanningsdirektoratets oppdrag 2024-018 – Om bekymringsfullt skolefravær og nasjonale faglige råd

Utdanningsdirektoratet har gjennomført en statusoppsummering av arbeidet med tidlig innsats, tilpasset opplæring og individuell tilrettelegging for barn og elever i barnehage, skole og SFO, med gjennomgang av utfordringer på feltet, fem år etter Meld. St. 6 (2019). Se [Svar på oppdrag nr. 2025-01 \(del 1 og del 4\) Kunnskap, status og tiltak for å sikre bedre tidlig innsats, tilpasset opplæring og individuell tilrettelegging \(udir.no\)](#).

I delrapport 2 foreslås både styrking av eksisterende tiltak og nye tiltak. Under følger noen utvalgte tiltak som bør ses i sammenheng med tiltaksforslagene som har fremkommet i vårt innsiktsarbeid og de kostnadsestimerte tiltakene:

- lærerutdanningene ruster studentene bedre for å ivareta elevmangfold, tidlig innsats og inkluderende praksis gjennom styrket kompetanse i praktisk pedagogikk, spesialpedagogikk og universell utforming
- for å oppnå målsetningene om tidlig innsats, tilpasset opplæring og sosial utjevning, må det sikres ressurser til kommunene
- gode systemer og strukturer for å fange opp og følge opp barn og elever tidlig
- støtte til PPT, blant annet oppdaterte kvalitetskriterier
- utvikle individuelle spesialpedagogiske kurs knyttet til ADHD, autisme, matematikk-, lese- og skrivevansker
- utforske potensiale i aggregerte data fra PP-tjenestens saksbehandlingssystem
- bedre kunnskap om elever med individuelt tilrettelagt opplæring i videregående opplæring

Forslagene til tiltak fra Utdanningsdirektoratet synliggjør betydningen av en helhetlig tilnærming, på tvers av sektorer. En revisjon av nasjonal faglig retningslinje for ADHD bør ses i sammenheng med pågående arbeid i Utdanningsdirektoratet.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tilbakemeldinger fra innledende innspillsmøte

[Last ned tilbakemeldinger fra innspillsmøte](#)

Vedlegg 2: Tilbakemeldinger fra nasjonalt fagmøte om ADHD

[Last ned tilbakemeldinger fra fagmøte](#)

Vedlegg 3: Oppsummering av driveranalyser (PwC)

[Last ned driveranalyser \(PwC\)](#)

Vedlegg 4: Tilbakemeldinger på driveranalyser fra PwC

[Last ned tilbakemeldinger](#)

Vedlegg 5: Innkomne tiltaksforslag sortert på sektor og tjeneste

[Last ned tiltaksforslag](#)

Vedlegg 6: Kostnadsestimering av ADHD-tiltak

[Last ned kostnadsestimering](#)

