



Bjørg Mari
Hannås

ADHD – Kategorien og epidemien i Norge i årene 1992 til 2011

I mange debatter om ADHD er stridens kjerne ofte om det er for mange eller for få som får diagnosen eller behandles med ADHD-midler i Norge i dag. Ofte refereres tall som ikke gir noen særlig mening så lenge de behandles og betraktes løsrevet fra en mer meningsfylt kontekst.

Formålet med denne artikkelen er å presentere en form for epidemiologisk fremstilling av den aktuelle utviklingen vedrørende ADHD i Norge. Hensikten er å gjøre rede for relevante tall, størrelser og tendenser på en slik måte at de kan refereres, kommenteres og vurderes i forhold til ulike spørsmål og aktuelle diskusjoner. Markerte trekk ved utviklingen drøftes og analyseres ved hjelp av modeller og perspektiver fra relevante sosiologiske og samfunnsvitenskapelige teorier.

Bjørg Mari Hannås er spesialpedagog og cand.polit. med hovedfag i pedagogikk og doktorgrad i sosiologi. Hun har flere års erfaring som lærer og spesialpedagog blant annet fra HVPU, videregående skole og PP-tjenesten. For tiden er hun førsteamanuensis ved Profesjonshøgskolen ved Universitetet i Nordland.

INTRODUKSJON

ADHD - en kontroversiell diagnose

I 1988 ble *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) navnet på en diagnose som ble beskrevet i den offisielle amerikanske diagnosemanualen *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM III R). Siden da har forekomsten av diagnosen ADHD økt betraktelig både med tanke på utbredelse til nye områder (globalisering) og med tanke på forekomst (antall registrerte tilfeller) i befolkningen. Også i Norge har utviklingen de siste par tiårene vært preget av den samme tendensen. Her er det Verdens helseorganisasjons diagnosemanual, *International Classification of Mental Disorders* (ICD 10), som er det offisielle klassifikasjonssystemet. I denne manualen har diagnosen fått benevnelsen Hyperkinetiske forstyrrelser og betegnelsen F90. Blant folk flest er det likevel betegnelsen ADHD som er best kjent – og denne betegnelsen benyttes også i mange sammenhenger av fagfolk. I den aktuelle perioden er det gjennomført visse strukturelle endringer vedrørende diagnosen, som muligens kan observeres i datamaterialet som presenteres i denne artikkelen. For det første ble det i 1995 vedtatt (ved konsensus) at tilstanden ADHD er livsvarig. Som følge av dette ble kriteriene endret slik at også voksne – og ikke som før; bare barn og unge under 18 år – kunne få diagnosen. Utvidelsen av diagnosen ble imidlertid ikke etterfulgt av endringer i beskrivelsen av de diagnostiske symptomene, som fremdeles først og fremst assosieres med barns (og særlig gutters) tilværelse og hverdag. For det andre fikk voksne i 2005 den samme tilgangen som barn og unge til den medikamentelle behandlingen med sentralstimulerende midler, noe som sannsynligvis har bidratt til at både utredningen og diagnosen fremstår som mer meningsfull for de voksne. Det samme året, dvs. i 2005, kom dessuten den første utgaven av *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD* ut. Gjennom denne henvender ekspertene i diagnostikk seg – via den øverste nasjonale fagpolitiske myndigheten i Norge – først og fremst til fagpersoner, pasienter og deres

familier. I tillegg påpeker de imidlertid at både brukerorganisasjoner for ADHD, ansatte i barnehage og skole, ansatte innenfor barne-, ungdoms- og familieetaten, helsetjenesten og arbeids- og velferdsstaten samt offentlige myndigheter og politikere også kan ha nytte av veilederen (Sh-dir. 2006).

På tross av den sterke veksten fremstår imidlertid ADHD fremdeles som relativt omdiskutert og kontroversiell – både som diagnose og tilstand. Selve diagnosen fastsettes på bakgrunn av registreringer av bestemte kliniske kjennetegn. I manualene er disse definert og representert ved beskrivelser av i alt 18 ulike kliniske symptomer på de 3 kjerne-symptomene; hyperaktivitet, impulsivitet og sviktende konsentrasjon. De kliniske symptomene er 18 konkrete beskrivelser av ulike typer av atferd. Registreringen av kliniske symptomer vil med andre ord til en viss grad alltid være basert på subjektive og skjønnsmessige vurderinger. Under henvisning til den sterke veksten stilles det i ulike sammenhenger stadig kritiske spørsmål ved diagnosens og tilstandens etiologi og eksistens. Mangelen på klare og objektive diagnostiske symptomer – og den medfølgende risikoen for både over- og under-/diagnostisering – påpekes. I forlengelsen av dette aktualiseres også en kritikk mot mulige skadelige langtidseffekter av den medikamentelle behandlingen med sentralstimulerende midler. Allerede i 2006 kom Gisela Wieser fra INCB, som er FNs kontrollorgan for narkotika og har ADHD-medisiner som sitt spesialfelt, for eksempel med følgende uttalelse til den norske tv-kanalen TV 2:

”Vi var tidligere bekymret over utviklingen i USA, fordi de hadde det største forbruket. Nå ser vi at Norge er det landet i Europa som tydeligst følger den amerikanske trenden i bruken av metylfenidater (eks: Ritalin og Concerta, min kommentar) i behandlingen av ADHD. Og det bekymrer oss.”¹⁾

Det som i denne sammenhengen gjør utdraget i sitatet ovenfor spesielt interessant, er at det karakteriserer utviklingen i Norge og begrunner FNs bekymring over denne ved å

sammenligne den med en tilsvarende utvikling i et annet land (USA). I andre sammenhenger kjennetegnes tilsvarende debatter om ADHD av at ulike tall og størrelser refereres og kommenteres løsrevet fra en kontekst som kunne bidra til mer meningsfulle vurderinger og analyser. I 2011 ble det for eksempel registrert totalt 30 525 brukere av ADHD-midler i Norge². Tallet 30 525 er kort og godt et uttrykk for et bestemt antall (her: brukere av ADHD-midler) som i seg selv verken kan karakteriseres som spesielt lavt eller høyt. En av hensiktene med denne fremstillingen er derfor å presentere en form for samlet og systematisk oversikt over aktuelle størrelser og tendenser – basert på tilgjengelige data – som grunnlag for videre diskusjoner om hvordan de kan forklares og forstås.

MEDIKALISERINGEN AV SAMFUNNET

I et historisk perspektiv fremstår diagnosen ADHD snarere som typisk for samfunnsutviklingen i den aktuelle perioden, enn som et særtilfelle. En sammenligning av de ulike utgavene av diagnosemanualene viser for eksempel at antallet diagnoser har økt fra 106 i den første utgaven som kom i 1952, til nærmere 400 i den siste utgaven fra år 2000 (Hannås, 2010). Den kanskje mest markante kritikken som er blitt reist mot diagnosen ADHD, og mot det dominerende medisinske perspektivet som ligger til grunn for den, har sitt utspring i en mer allmenn kritikk av den generelle samfunnsutviklingen. I faglitteraturen omtales denne gjerne som teorien om medikaliseringen av samfunnet. Begrepet ”medikalisering” peker på at det har vært, og fremdeles er, en fremtredende tendens til at det stadig identifiseres nye former for menneskelig atferd og tilstander som defineres som avvikende eller syke, og som derved også først og fremst oppfattes og behandles som medisinske problemer (Conrad, 1975). Innenfor medikaliseringsetorien ser man dette som en konsekvens av at medisinen, i konkurranse med – og på bekostning av – andre fag, har lyktes med å utvide grensene for sitt eget fags domene og jurisdiksjon (Conrad & Potter, 2000). En implikasjon av

denne utviklingen er at mange mennesker i dag foreskrives medikamentell behandling, eller andre former for medisinsk intervensjon, mot problemer som ifølge medikaliseringsteorien opprinnelig ikke er av medisinsk art, og som i stedet kan tilskrives forhold som ligger utenfor det enkelte individet. Som ved de psykiatriske diagnosene, ADHD inkludert, er den fremste hensikten med behandlingen gjerne å modifisere besværlige – men normale – varianter av menneskers atferd og menneskelige tilstander. I forskningen og litteraturen benyttes diagnosen ADHD gjerne som et konkret eksempel på medikaliseringen av samfunnet. Dette gjenspeiler at nettopp ADHD over en lengre periode har utmerket seg som den diagnosen som har oppnådd den raskeste veksten og den største tilslutningen, i form av antall diagnostiserte personer (Brante, 2006).

Medikaliseringsteorien beskriver psykiatriske og medisinske diagnoser som et produkt av sosiale og historiske forhold. I denne forbindelsen vektlegges særlig betydningen av bestemte interessegruppers aktivitet. Nye diagnoser oppstår sjelden som resultat av nye vitenskapelige oppdagelser. Studier har vist at ulike agenter, så som selvhjelpsgrupper og andre grupper av ulike typer forsvarere, sosiale bevegelser, helserelaterte organisasjoner, farmasøytiske foretak, forskere og klinikere, alle har vært sentrale aktører under dannelsen av nye diagnoser. På tilsvarende måte er det de samme faktorene som gjør seg gjeldende og som påvirker utviklingen i forbindelse med en ekspansjon, eller en utbredelse, av en allerede eksisterende diagnostisk kategori (Conrad & Potter, 2000).

Diagnosene har en interaktiv funksjon i samfunnet. De påvirkes av, men påvirker også selv, det samfunnet som de er en del av. Samtidig som diagnosen ADHD blant annet kan betraktes som et uttrykk for medisinenes posisjon og kunnskapsleie ved et gitt tidspunkt, vil den også selv påvirke den generelle oppfatningen for eksempel av hvor grensene for hva som skal oppfattes som normal, rimelig og akseptabel atferd går. Gjennom dette fungerer diagnosene som et skjema

som bidrar til å klassifisere og strukturere våre opplevelser av virkeligheten, og derved påvirker de også interaksjonen i en rekke relasjoner og situasjoner i hverdagen (Bowker & Star, 1999). Et interessant poeng vedrørende diagnosenes generelle funksjon, som blant andre Bowker og Star påpeker, er at samtidig som kategoriene (diagnosene) bidrar til å fokusere på bestemte aspekter ved den tilstanden de beskriver, bidrar de også uvegerlig til at andre sider av den samme tilstanden samtidig stilles i skyggen av dem som trekkes fram i lyset: "Each standard and each category valorizes some point of view and silences another." (ibid:5).

Ved hjelp av Bruno Latours Actor-Network-Theory (ANT), kan kanskje diagnosenes funksjon som en selvstendig sosial kraft, belyses og aksentueres ytterligere (Latour, 1987). I denne teorien er funksjonen som aktør ikke utelukkende reservert for mennesker, og den er heller ikke nødvendigvis begrenset til noen form for fysisk materialitet. Aktører som selv ikke kan opptre i rollen som subjekter – med en egen eller selvstendig intensjon – kaller Latour enten aktører eller aktanter. Fordi diagnosen ADHD fungerer slik at den bidrar til å påvirke vår forståelse av – og derved også endrer vår atferd i – verden, kan diagnosen i dette perspektivet gjerne kalles en aktør eller en aktant. Ett av de spørsmålene Latour beskjeftiget seg spesielt med, og som ANT-modellen også i denne sammenhengen kan være egnet til å belyse, er hvordan ny kunnskap stadig bekreftes og spres via en form for nettverk i samfunnet. Når kunnskapen om et fenomen bekreftes og spres, vokser samtidig nettverket slik at det etter hvert omfatter stadig flere agenter, eller talsmenn, for den aktuelle typen kunnskap. Nye agenter verver stadig nye talsmenn, og derved spres en bestemt forståelse av et spesifikt fenomen seg både via lokale, regionale og globale nettverk. ANT-modellen rommer også motkrefter og dersom disse vinner fram, hindres utviklingen av de nettverkene som ellers både kunne ha bekreftet og spredd den aktuelle kunnskapen videre. Teorien tegner ikke et ferdig

fiksert bilde eller en fastlåst forståelse av en evig sannhet vedrørende det aktuelle fenomenet. Tvert imot innebærer hver ny bekreftelse av et fenomen en (potensiell) modifisering av den aktuelle kunnskapen. Med utgangspunkt i denne teorien kan hvert nytt tilfelle som identifiseres av ADHD betraktes som en ny bekreftelse av den aktuelle kunnskapen om diagnosen, som fungerer som et ledd i en prosess som bidrar til å spre både kunnskapen og diagnosen videre til flere.

Ian Hacking (2004) er en av dem som har studert og beskrevet ulike diagnosers interaktive funksjon i samfunnet. Han peker på at diagnosene og tilstandene ikke bare bekrefter hverandre, men at de også har en tendens til å forsterke hverandre gjensidig. Hackings arbeid omfatter blant annet egne studier av interaksjonen mellom klassifikasjoner og de menneskene som blir klassifisert. På bakgrunn av disse studiene har han beskrevet en interaktiv effekt som han har kalt "the looping effect of classifying human beings" (2004:279). Ved hjelp av denne viser han hvordan mennesker – som følge av klassifiseringen – først selv endres, for dernest selv å forårsake en modifisering av det samme klassifikasjonssystemet som endret dem. Han påpeker at det er et dialektisk forhold mellom klassifikasjonssystemer og mennesker. Som en følge av denne dialektiske – og dynamiske – prosessen oppstår eller skapes det stadig nye former for grupper eller kategorier av mennesker.

FORSKNINGSSPØRSMÅL OG METODOLOGISK TILNÆRMING

Med utgangspunkt i introduksjonen ovenfor, vil jeg i det følgende undersøke, drøfte og analysere følgende tre spørsmål nærmere:

- Hvor mange mennesker i Norge har diagnosen ADHD?
- Hvilke utviklingstendenser kan registreres i perioden 1992 til 2011?
- Hvordan kan resultatene (størrelser og tendenser) som kommer fram, evt. forklares?

Metoden som ligger til grunn for denne artikkelen, kan kalles en metasyntetisk studie basert på tidligere undersøkelser og et dataregister. For å belyse relevante sider ved utviklingen fra tiden før et aktuelt dataregister var opprettet, refereres resultater fra en undersøkelse av Reigstad, et al. (2004) som dekker perioden 1992–2002. For å belyse utviklingen i den etterfølgende perioden, nærmere bestemt fra 2004 til og med 2011, benyttes tall fra Reseptregisteret (Nasjonalt folkehelseinstituttets reseptbaserte legemiddelregister). I drøftingen av aktuelle, alternative forklaringer til de tendensene som presenteres, vil jeg for øvrig referere og støtte meg til enkelte funn fra en kvalitativ undersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med et tidligere doktorgradsarbeid vedrørende ADHD (Hannås, 2010). Markante resultater fra undersøkelsen drøftes og analyseres ved hjelp av de sosiologiske og samfunnsvitenskapelige teoriene og modellene som er omtalt i introduksjonsavsnittet.

EN STUDIE AV UTVIKLINGEN I NORGE FRA 1992 TIL 2011

I dette avsnittet belyses spørsmålet om hva som ser ut til å karakterisere utviklingen – med tanke på utbredelse og forekomst av diagnosen i Norge fra 1992 og fram til i dag. Presentasjonen er delt i to underavsnitt. Det første tar for seg perioden 1992–2002, mens det andre underavsnittet belyser utviklingen i perioden 2004–2011.

UTVIKLINGSTREKK FRA PERIODEN 1992–2002

For å få et inntrykk av aktuelle utviklingstendenser før 2004, da den aktuelle dataregistreringen startet, vil jeg starte med å presentere relevante resultater fra en undersøkelse som har kartlagt bakgrunnen for henvisninger og forespørsler om utredning ved barne- og ungdomspsykiatrien i Norge fra 1992 til 2002. Forfatterne av studien fra 2004 (Reigstad, et al.) undersøkte alle henvisninger som var begrunnet med mistanke om

hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker. For det første fant de at det er et statistisk sett høyt samsvar mellom henvisningskategori (-grunn) og endelig diagnose. Videre fant de at antall henvisninger på bakgrunn av hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker økte fra 1,2 til 13,6% fra 1992 til 2002. Likeledes dokumenterer de at det samtidig har funnet sted en tilsvarende nedgang i bruk av andre henvisningskategorier. Studien har også kartlagt antall medieoppslag og andre offentlige publikasjoner med fokus på temaet hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker og relaterte emner – som for eksempel positiv effekt av medikamentell behandling. Denne undersøkelsen konkluderer blant annet med at den markante økningen i antall henvisninger/diagnoser relatert til ADHD delvis lar seg forklare ved et skjerpet fokus på hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker både i media og ved de henvisende instansene. Det viktigste poenget i denne sammenhengen er imidlertid at studien dokumenterer at det faktisk var en betydelig økning av antall henvisninger på bakgrunn av mistanke om ADHD i løpet av årene 1992–2002. Andel henvisninger i denne kategorien, målt i forhold til det totale antall henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien, vokste med hele 12,4% fra 1992 til 2002. Et høyt samsvar mellom henvisningskategori og diagnose sannsynliggjør en noenlunde tilsvarende økning av antall diagnoser. Undersøkelsen beskriver en utvikling som fant sted blant barn og unge. Resultatene kan imidlertid ikke overføres til gruppen over 18 år. Utviklingstendensene blant voksne i den aktuelle perioden ble sannsynligvis påvirket av andre faktorer.

UTVIKLINGSTREKK FRA PERIODEN 2004–2011

Det finnes ingen registre som viser hvor mange som har diagnosen ADHD i Norge. Derimot registreres det hvor mange som behandles med ADHD-midler i "Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister", ofte omtalt som "reseptregisteret"³⁾. I denne databasen omfatter "ADHD-midler" de sentralstimulerende legemidlene metylfenidat (jf. produk-

tene Ritalin og Concerta), dexamfetamin og amfetamin – samt atomoxetin (jf. produktet Strattera). Det sistnevnte er det eneste av disse midlene som ikke regnes som et sentralstimulerende medikament. Databasen inneholder registreringer fra og med år 2004. Ved å sammenligne korresponderende tall fra år til år, kan data fra reseptregisteret bidra til å gi et visst inntrykk av eventuelle markante utviklingstendenser i perioden 2004–2011.

I tabellene og figurene som presenteres i dette underavsnittet er tall fra reseptregisteret benyttet til å beregne og illustrere noen av de mest markante tendensene. Registeret omfatter alle brukere av ADHD-midler. Undersøkelser tyder på at ca. 77% av pasientene under 18 år (og sannsynligvis noen færre voksne) responderer positivt på – og behandles med – ADHD-midler (SINTEF, 2004:129)⁴⁾. Antall brukere av ADHD-midler må med andre ord ikke forveksles med antall personer med diagnosen ADHD.

HOVEDTENDENSER VEDRØRENDE FORDELINGEN PÅ MENN OG KVINNER 2004–2011

Tabell 1 (nedenfor) viser antall brukere av ADHD-midler for hele landet og fordeling på kjønn for årene 2004–2011.

Av kolonne nummer to fra venstre i Tabell 1 går det fram at i 2004 var det totale antall brukere av ADHD-midler i Norge 11 877. I 2005 er antallet steget til 16 580. Antall brukere har med andre ord økt med 4 703 personer, hvilket utgjør en økning på 39,6% (jf. kolonnen til lengst til høyre) fra 2004 til 2005. Fra 2005 til 2006 har det totale antall brukere økt med 2 330 personer, noe som utgjør en økning på 14,1%. Fra 2006 til 2007 har det totale antall brukere steget med 2 991 personer, noe som utgjør en økning på 15,8%, mens den tilsvarende økningen de påfølgende årene er på henholdsvis 11,9 – 11,0 – 8,2 og 3,7%. Antall brukere viser en stigende tendens i hele perioden. Selv om

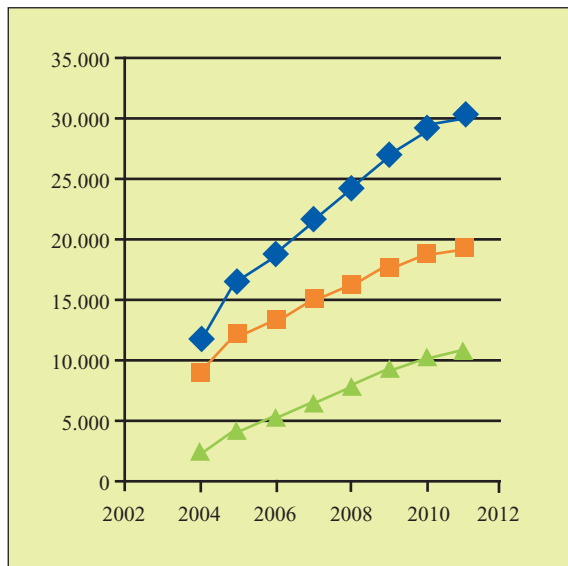
Tabell 1: Antall brukere av ADHD-midler, fordelt på kjønn i 2004-2011.

Årstall brukere	Herav menn	Herav kvinner	Økning fra foregående år
2004 11 877	9 155 (77,1 %)	2 722 (22,9 %)	
2005 16 580	12 261 (73,9 %)	4 319 (26,1%)	4 703 (39,6 %)
2006 18 910	13 503 (71,4 %)	5 407 (28,6 %)	2 330 (14,1 %)
2007 21 901	15 119 (69,0 %)	6 782 (31,0 %)	2 991 (15,8 %)
2008 24 501	16 416 (67,0 %)	8 085 (32,9 %)	2 600 (11,9 %)
2009 27 205	17 817 (65,5 %)	9 388 (34,5 %)	2 704 (11,0 %)
2010 29 433	18 966 (64,4 %)	10 467 (35,6 %)	2 228 (8,2 %)
2011 30 525	19 515 (63,9 %)	11 010 (36,1 %)	1 089 (3,7 %)

Kilde rådata: Reseptregisteret

tallene ikke er korrigert for den generelle befolkningsveksten, kan vi anta at de gjen-speiler en reell vekst i andel personer med diagnose i hele perioden. Tabellen viser videre at veksten er markert svakere i årene etter 2005, enn fra 2004 til 2005. Til tross for en svak økning fra 2006 til 2007, synes veksten i antall brukere likevel å avta noe med årene. I 2010 og 2011 viser beregningene en vekst i antall brukere på henholdsvis 8,2 og 3,7%. Selv om antallet fremdeles øker, synes tendensen likevel å være en markert svakere vekst i antall brukere nå enn tidligere, noe som også illustreres i figur 1(nedenfor):

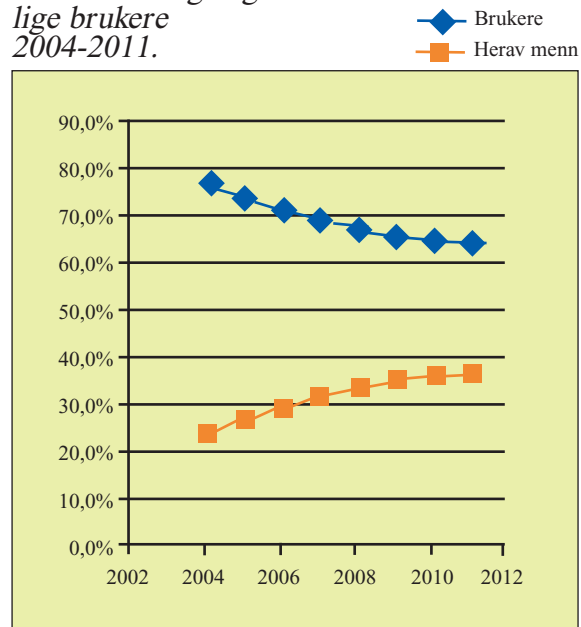
Figur 1:
Antall brukere av ADHD-midler fordelt på kjønn i 2004-2011.



Kilde rådata: Reseptregisteret

Av tredje og fjerde kolonne i Tabell 1, som viser antall brukere fordelt på kjønn, går det fram at menn hele tiden har vært sterkest representert. For hvert år har kvinnene imidlertid tatt noe inn på mennene. Fra 2004 til 2011 har andelen kvinnelige brukere av ADHD-midler vokst fra i overkant av en femdel til i overkant av en tredel, mens andelen mannlige brukere viser en tilsvarende nedgang (jf. figur 2):

Figur 2:
Antall mannlige og kvinnelige brukere 2004-2011.



Kilde rådata: Reseptregisteret

Den nasjonale veilederen i diagnostikk og behandling av ADHD påpeker at underdiagnostiseringen av ADHD kan være større blant jenter enn blant gutter og at denne kjønnsforskjellen gjør seg sterkest gjeldende blant barn og unge, noe som imidlertid synes å utjevnes med stigende alder. En mulig forklaring på denne utviklingen kan være den senere tids fokus på at gutter og jenter tradisjonelt har noe ulik atferd, og ettersom diagnosekriteriene i manualene tilsynelatende harmonerer best med gutters avvikende atferd, oppfordres det til åpenhet for andre typer symptomer ved diagnostisering av jenter og kvinner (Sh-dir., 2006:8).

HOVEDTENDENSER VED UTVIKLINGEN I – OG PÅ TVERS AV – ULIKE ALDERSKATEGORIER 2004–2011

Tabell 2 (neste side) viser antall brukere av ADHD-midler fordelt på ulike alderskategorier i perioden.

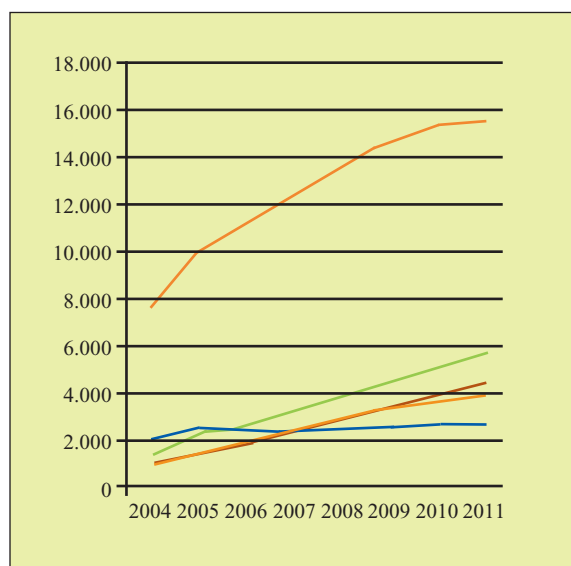
Tabell 2: Antall brukere av ADHD-midler i ulike aldersgrupper i 2004-2011.

Årstall	0–9 år	10–19 år	20–29 år	30–39 år	40 +	totalt
2004	1 806	7 455	1 149	720	747	11 877
2005	2 192	9 931	1 943	1 341	1 173	16 580
2006	2 065	11 139	2 353	1 803	1 550	18 910
2007	2 117	12 446	2 999	2 256	2 023	21 901
2008	2 220	13 531	3 530	2 656	2 564	24 501
2009	2 269	14 519	4 243	3 050	3 124	27 205
2010	2 337	15 180	4 864	3 407	3 645	29 433
2011	2 228	15 370	5 336	3 557	4 034	30 525
Økning 2004-2011	422	7 915	4 187	2 837	3 287	18 648
Økning i % 04-11	23,37	106,17	364,40	383,38	440,03	157,01

Kilde rådata: Reseptregisteret

En sammenligning mellom de ulike alderskategoriene i kolonnene i Tabell 2 viser at det gjennom hele perioden har vært desidert flest brukere av ADHD-midler i aldersgruppen 10–19 år. Den nest nederste raden i tabellen (økning 2004–2011) viser at 10–19-åringene, med en total tilvekst på 7 915 brukere, også suverent topper lista over hvilken alderskategori som har fått flest nye medlemmer i løpet perioden. Figur 3 (nedenfor) er en grafisk fremstilling av antall brukere per år fra 2004 til 2011 fordelt på de ulike alderskategoriene. Den lodrette akse angir antall brukere mens den vannrette angir korresponderende årstall. Gjennom figuren kommer det tydelig fram at det hele tiden har vært en betydelig større antall brukere i alderen 10–19 år enn i de andre alderskategoriene. Videre viser figuren at alderskategorien 0–9 år gjennom hele perioden har hatt den svakeste veksten. Økningen har vært fra like under til like over 2 000 barn. De øvrige tre alderskategoriene (eldre enn 19 år) hadde alle færre brukere i 2004, men flere i 2011, enn alderskategorien 0–9 år.

Figur 3:
Antall brukere fordelt
på alderskategorier
2004-2011



Kilde rådata: Reseptregisteret

Tabell 3: Brukertilvekst i prosent pr. år og alderskategori 2004-2011. Andel 2004 = 100%.

Årstall	0–9 år	10–19 år	20–29 år	30–39 år	40 +
2004	100%	100%	100%	100%	100%
2005	121%	133%	169%	186%	157%
2006	114%	149%	205%	250%	207%
2007	117%	167%	261%	313%	271%
2008	123%	182%	307%	369%	343%
2009	126%	195%	369%	424%	418%
2010	129%	204%	423%	473%	488%
2011	123%	206%	464%	494%	540%
Økning 2004-2011	23%	106%	364%	394%	440%

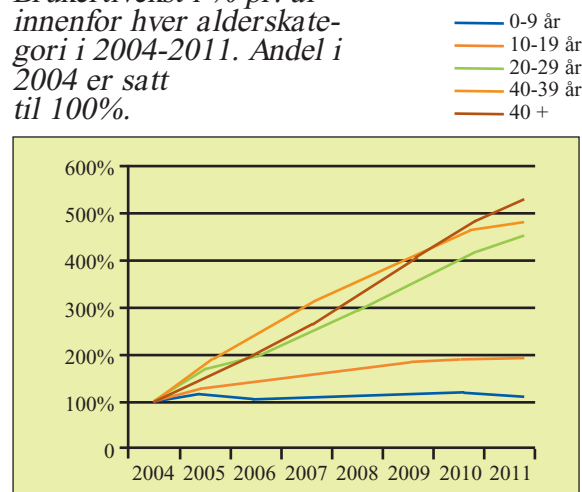
Kilde rådata: Reseptregisteret

Den nederste raden (økning i% 04–11) i Tabell 2 (ovenfor) angir den relative økningen av andel brukere innenfor hver av aldersgruppene i samme periode. Når økningen beregnes i forhold til totalt antall personer i egen aldersgruppe, viser det seg at den relativt sett kraftigste veksten i perioden (440,03%) har funnet sted i alderskategorien 40+. Alderskategoriene 20–29 år og 30–39 år har begge hatt en relativ økning på godt over 300%, mens gruppen med det største antallet, 10–19 åringene (som også har rekruttert flest nye medlemmer), "bare" har hatt en relativ vekst på 106,17% i perioden. Den laveste tilveksten, både i antall personer (422) og i prosent av egen gruppe (23,37%), har funnet sted i alderskategorien 0–9 år⁵⁾.

Tabell 3 (ovenfor) viser den prosentvise økningen for hvert år (fra 2004) innenfor hver av alderskategoriene.

Hovedtendensen basert på beregningene i Tabell 3 (ovenfor) kommer tydelig til syne i Figur 4 (nedenfor).

Figur 4:
Brukertilvekst i % pr. år innenfor hver alderskategori i 2004-2011. Andel i 2004 er satt til 100%.



Kilde rådata: Reseptregisteret

Tabell 4: Antall brukere pr. 1000 innbyggere i ulike alderskategorier og år.

År	0 – 9 år	10–19 år	20–29	30–39	40 +	Totalt
2004	3,19	12,41	2,04	1,04	0,24	2,59
2005	3,89	16,25	3,47	1,94	0,35	3,59
2006	3,68	17,94	4,18	2,64	0,45	4,06
2007	3,88	19,82	5,23	3,32	0,56	4,65
2008	3,95	21,55	6,01	3,95	0,69	5,16
2009	4,01	22,90	7,01	4,54	0,82	5,64
2010	4,08	23,86	7,80	5,07	0,93	6,02
2011	3,85	24,22	8,29	5,30	1,02	6,16

Kilde rådata: Reseptregisteret

Figur 4 (forrige side) viser prosentvis årlig vekst av andel brukere innenfor de ulike alderskategoriene. Andel brukere i 2004 er satt til 100% for alle alderskategoriene. Dermed kommer det tydelig fram at den relative veksten har vært langt kraftigere blant de eldste enn blant de yngste brukerne av ADHD-midler.

Tabell 4 (over) viser antall brukere per 1000 innbyggere for aktuelle år og alderskategorier. Her er muligheten for skjevheter som følge av eventuelle endringer i befolkningsgrunnlaget fra år til år i de enkelte alderskategoriene utlignet.

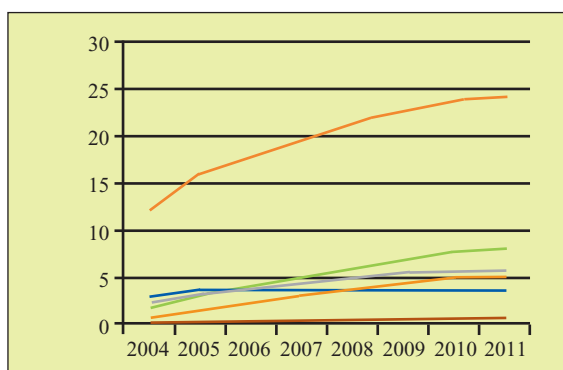
Figur 5 er en grafisk presentasjon tall og tendenser fra Tabell 4. Mønstre og tendenser i figuren samsvarer med fremstillingene ovenfor.

OPPSUMMERING AV HOVEDTENDENSER I PERIODEN 1992–2011

Tabell 1 viste en entydig tendens til at antall brukere av ADHD-midler har vokst gjennom hele perioden fra 2004 til og med 2011. Det totale antall brukere har økt fra 11 877 per-

Figur 5: Antall brukere pr. 1000 innbyggere i ulikenalderskategorier 2004-2011.

— 0-9 år
— 10-19 år
— 20-29 år
— 40-39 år
— 40 +
— Totalt



Kilde rådata: Reseptregisteret

soner i år 2004 til 30 525 personer i 2011. Dette utgjør en vekst på tilnærmet 157% (Tabell 2). Den største brukergruppen har hele tiden vært å finne blant barn og unge i alderen 10–19 år. Likevel er den relative veksten størst blant dem som er over 19 år. I disse alderskategoriene ligger tilveksten i prosent av egen gruppe godt over 300%, mens den tilsvarende tilveksten i alderskategoriene under 20 år ligger henholdsvis langt under og så vidt over 100%.⁶⁾

Kort oppsummert kan vi si det slik at alderskategorien 10–19 år både ser ut til å ha hatt flest brukere av ADHD-midler og sannsynligvis også flest personer med diagnose. Dette ser ut til å gjelde for hele perioden 1992–2011. I perioden 2004–2011 er over halvparten av det totale antall brukere i alderen 10–19 år (jf. Tabell 2). I den samme perioden er imidlertid den relative veksten sterkere i alderskategoriene over 19 år. Tendensen tyder imidlertid på at det foregår en langsom utjevning av skjevheten i forholdet mellom antall barn/unge og antall voksne som behandles med ADHD-midler. Det synes ikke urimelig å anta at denne tendensen beskriver og avspeiler en utvikling som samtidig har funnet sted mellom tilsvarende aldersgrupper når det gjelder ”personer med diagnose”.

Samlet sett bekrefter undersøkelsen det generelle inntrykket om at det i hele perioden – fra begynnelsen av 90-tallet og fram til 2011 – har vært en stor tilvekst i antall personer med diagnosen ADHD. Det totale antallet mennesker som får foreskrevet ADHD-midler er mer enn fordoblet i løpet av de sju årene fra 2004 til 2011.

Analysen viser videre at både den faktiske (antall brukere) og den relative (prosentvise) tilveksten synes å ha nådd en topp i 2005 (eller ev. tidligere), for så å avta noe i løpet av årene 2006–2009. I perioden 2006–2009 synes tilveksten å ligge relativt stabilt mellom 2 300–3 000 nye brukere av ADHD-midler per år, mens den relative veksten viser en langsomt synkende tendens i samme periode. I 2010 og 2011 synes økningen imidlertid å falle dramatisk sammenlignet med de foregående årene (Tabell 1 og Figur 1).

Analysen viser videre at utviklingen i perioden 2004–2011 for øvrig synes å ha vært preget av en utjevning av to ulike former for skjevheter knyttet til henholdsvis alder og kjønn. På den ene siden har det har foregått en langsom utjevning mellom antall brukere over – og antall brukere under – 19 år. På samme tid har det også foregått en langsom utjevning av forholdet mellom antall mannlige og antall kvinnelige brukere av ADHD-midler. I 2011 er 0,62% av den totale befolk-

ningen i Norge registrert som brukere av ADHD-midler. Til tross for den aldersmessige utjevningen er 2,42% av alle norske 10–19-åring registrert som brukere av ADHD-midler i 2011. Aldersgruppen over 40 år har den laveste andelen brukere (0,17%) i 2011, men den høyeste relative tilveksten (440%) i perioden 2004–2011. I 2011 er 63,9% av alle brukerne av ADHD-midler menn/gutter, mens 36,1% er kvinner/jenter. Kvinner rapporterer at de ofte har støtt på stereotypiske forestillinger av ADHD. Disse forbinder ADHD med aktive og aggressive gutter eller med innadvendte og drømmende jenter – eller rett og slett med en diagnose som alle kan få ”bare de har litegranne problemer”. Dette er forestillinger disse kvinnene ikke kan identifisere seg med (Hannås, 2010). En utjevning mellom kjønnene kan tolkes som et tegn på at de generelle forestillingene om ADHD er i ferd med å endre seg.

STATUS 2011

I det første underavsnittet nedenfor belyses de aldersrelaterte variasjonene per 2011 nærmere. Deretter presenteres og kommenteres en oversikt som viser andel brukere per fylke samme år.

VARIASJON MELLOM ALDERSKATEGORIER 2011

Tabell 5 (neste side) viser antall brukere av ADHD-midler i forhold til befolkningsgrunnlaget i de ulike alderskategoriene per 2011.

Den andre kolonnen i tabellen viser det totale antallet brukere per alderskategori, mens den tredje kolonnen viser befolkningsgrunnlaget for hver alderskategori slik det var i 2011. Den siste kolonnen viser en beregning av hvor mange prosent brukergruppen utgjør av befolkningsgrunnlaget innen sine respektive alderskategorier i 2011.

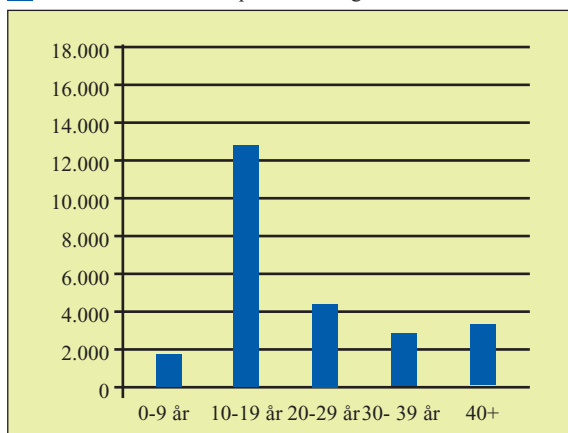
Tabell 5: Fordeling av antall brukere av ADHD-midler på ulike alderskategorier i 2011.

A cersgruppe	Antall brukere	Befolkningsgrunnlag	Brukere i % av befolkningsgrunnlag
0–9 år	2 228	579 307	0,38
10–19 år	15 370	634 630	2,42
20–29 år	5 336	643 775	0,83
30–39 år	3 557	671 437	0,53
40 +	4 034	2 424 067	0,17
Alle aldre	30 525	4 953 216	0,62

Figur 6 (nedenfor) er en grafisk fremstilling av opplysningene i den andre kolonnen i Tabell 5 (ovenfor).

Figur 6:
Antall brukere fordelt på ulike alderskategorier 2011.

■ Antall brukere fordelt på alderskategorier 2011



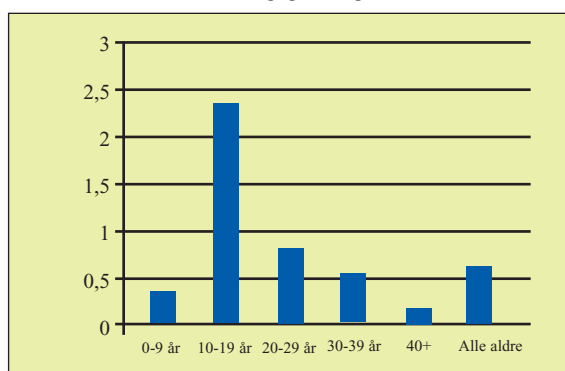
Kilde rådata: Reseptregisteret

Det mest iøynefallende ved Figur 6 (ovenfor) er at 10–19-åringene skiller seg klart ut med omtrent dobbelt så mange brukere som den alderskategorien med nest flest brukere av ADHD-midler, dvs. 20–29-åringene.

Figur 7 (nedenfor) er en grafisk fremstilling av opplysningene i den tredje kolonnen (brukere i% av befolkningsgrunnlag) i Tabell 5.

Figur 7: Brukere i % av befolkningsgrunnlag.

■ Brukere i % av befolkningsgrunnlag bruk



Kilde rådata: Reseptregisteret

I Figur 7 er andel brukere oppgitt i% av det totale befolkningsgrunnlaget innen hver enkelt alderskategori. Figuren viser at også når vi korrigerer for befolkningsgrunnlaget i de ulike alderskategoriene, skiller 10–19 åringene seg ut som den aldersgruppen med desidert flest brukere av ADHD-midler.

GEOGRAFISK VARIASJON 2011

I den siste tiden har mediene fokusert på at forekomsten av ADHD i den norske befolkningen varierer fra et geografisk område til et annet. De fylkesvise oversiktene nedenfor bekrefter at dette faktisk er tilfelle. Tabell 6 (til venstre nedenfor) gir en alfabetisk oversikt over antall brukere av ADHD-midler per 1000 innbyggere i hvert fylke. I Figur 8 (neste side) presenteres den samme informasjonen i et søylediagram. Verdien på den vertikale akse viser antall brukere per 1000 innbyggere for hvert av fylkene. Langs den horisontale akse er fylkene ordnet etter antall brukere – med stigende antall fra venstre mot høyre. Se tabell 6.

Beregninger ut fra opplysningene i tabellen ovenfor gir et landsgjennomsnitt på 6,55 brukere per 1000 innbyggere. Andelen varierer fra 3,45 i Oslo som har lavest, til 9,22 i Aust-Agder som har den høyeste andelen brukere. Utlignet i forhold til innbyggertallet er det med andre ord bortimot tre ganger så mange brukere av ADHD-midler i Aust-Agder som det er i Oslo.

OPPSUMMERING OG REFLEKSJONER
VEDRØRENDE STATUS 2011

Oversiktene foran viser at 10–19 åringene skiller seg klart ut som den aldersgruppen med desidert flest brukere av ADHD-midler. Derfor kan det være av spesiell interesse å se nærmere på denne aldersgruppen i forbindelse med en vurdering av spørsmålet om hvorvidt det kan være for mange som får diagnosen ADHD i dag. Dette kommer jeg nærmere inn på under drøftingen i neste avsnitt.

Et interessant spørsmål er om det høye antallet brukere av ADHD-midler vil forplante seg videre til nye alderskategorier etter hvert som dagens brukere i alderen 10–19 år blir eldre. En slik utvikling vil i så fall bidra til at den aldersrelaterte forskjellen mellom brukerne på sikt vil jevne seg ut. En forutsetning for dette er imidlertid at dagens 10–19 år gamle brukere verken gir slipp på diagno-

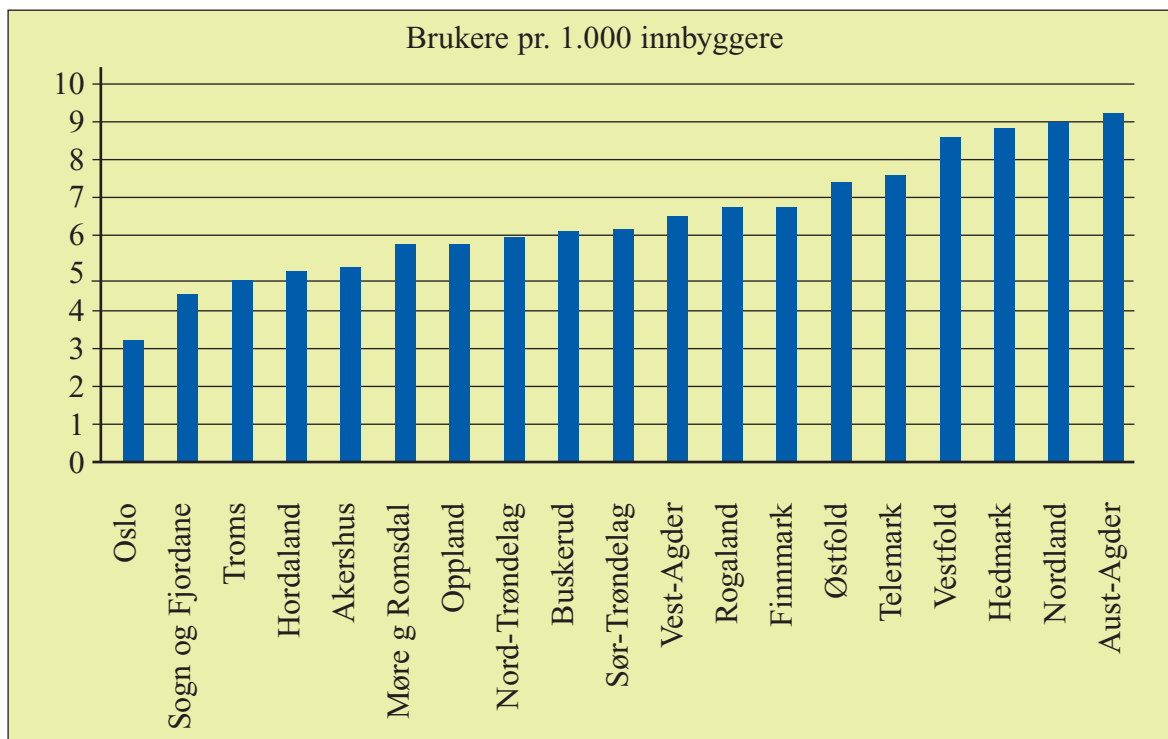
Tabell 6: Andel brukere pr. fylke.

Fylke	Brukere per 1000 innbyggere
Akershus	5,25
Aust-Agder	9,22
Buskerud	6,16
Finnmark	6,83
Hedmark	8,85
Hordaland	5,18
Møre og Romsdal	5,84
Nordland	9,06
Nord-Trøndelag	5,96
Oppland	5,87
Oslo	3,45
Rogaland	6,82
Sogn og Fjordane	4,52
Sør-Trøndelag	6,24
Telemark	7,63
Troms	4,94
Vest-Agder	6,53
Vestfold	8,63
Østfold	7,46

Kilde rådata: Reseptregisteret

sen eller velger å slutte med den medikamentelle behandlingen. En kvalitativ undersøkelse dokumenterer at det i enkelte ung-

Figur 8: Andel brukere pr. fylke i stigende rekkefølge.



Kilde rådata: Reseptregisteret

domsmiljøer, især ved akademiske institusjoner, synes å være en utbredt forestilling blant de unge at de skal slutte å bruke ADHD-midler straks de har fullført utdannelsen (Loe & Cuttino, 2008). En annen studie viser at en del unge av ulike årsaker enten har sluttet eller planlegger å slutte med ADHD-midler, mens andre har fått fjernet eller vurderer å få fjernet selve diagnosen (Hannås, 2010). Dette er imidlertid forhold som jeg ikke kan gå nærmere inn på i denne artikkelen.

I tillegg til de aldersrelaterte og kjønnsbaserte variasjonene som er beskrevet ovenfor, tyder den fylkesvise oversikten over andel brukere av ADHD-midler på at en form for geografisk betinget variasjon også synes å gjøre seg gjeldende. Sannsynligheten for å få diagnosen ADHD synes med andre ord å variere fra fylke til fylke. Det finnes ingen åpenbare forklaringer på denne variasjonen. Gitt at den ikke avspeiler en faktisk ulikhet med hensyn til utbredelsen av tilstanden ADHD, finnes det derimot flere faktorer

som på ulike måter kan tenkes å bidra til den. Flere av disse er knyttet til ulike spørsmål vedrørende innbyggernes tilgjengelighet til den aktuelle diagnostiske kompetansen. Dette kommer jeg nærmere inn på i neste hovedavsnitt.

DRØFTING

Nedenfor følger en drøfting av alternative forklaringer på de mest markante resultatene fra studien vedrørende hovedtendenser 1992–2011 og status 2011 som er presentert i de to foregående hovedavsnittene.

HAR FOR MANGE FÅTT DIAGNOSEN ADHD?

En rimelig form for norm eller standard å sammenligne aktuelle antall og andeler med i en vurdering av slike spørsmål, finnes i Sosial- og helsedirektoratets offisielle *Veileder for behandling og diagnostikk av*

AD/HD (Sh-dir.2006).⁷⁾ Her vises det blant annet til undersøkelser som konkluderer med en sannsynlig generell forekomst av ADHD på 1–3% basert på kriteriene for Hyperkinetiske forstyrrelser (jf. ICD-10) og en forekomst på 4–8% basert på kriteriene for ADHD (jf. DSM IV). En forklaring på diskrepansen mellom de to manualene er at til tross for at symptomene på diagnosen er (så godt som) identiske i begge, er kriteriene som må oppfylles for at det skal kunne settes en diagnose strengere i ICD-10 (WHO sin manual) enn i DSM IV (den amerikanske manualen). Ettersom det er ICD-10 som er den offisielle manualen i Norge, er det i denne sammenhengen derfor riktig å sammenligne de ulike antallene og andelene med en antakelse om en generell forekomst på 1–3%. Det kan også være grunn til å minne om at uttrykket generell forekomst etter alt å dømme inkluderer både ”brukere av ADHD-midler”, ”personer med diagnose som ikke er brukere av ADHD-midler” og ”personer med ADHD som ikke er diagnostisert”.

I forhold til fagmyndighetenes estimat om en forekomst av ADHD på 1–3% i befolkningen er det sannsynligvis ikke urimelig å karakterisere en andel brukere av ADHD-midler på 2,42% (jf. 10–19-åringene) som høy. Gjennomsnittet av andel brukere for alle de andre alderskategoriene som er undersøkt, ligger under 1% og for befolkningen som helhet er andelen brukere på 0,62%. Med hensyn til spørsmålet om en mulig under- eller overdiagnostisering av tilstanden, ser vi at en vurdering av dette vil kunne variere ut fra hvilken aldersgruppe vi referer til. Variasjonen som kommer fram mellom de ulike aldersgruppene, kan sannsynligvis langt på vei forklares ved hjelp av myndighetenes tiltak og strukturelle endringer.⁸⁾ Det er naturlig å tenke seg at utjevningen mellom yngre og eldre årsklasser med brukere av ADHD vil fortsette, noe som også tendensene i denne undersøkelsen tyder på. Likevel er det kanskje en grunn til å fokusere litt ekstra på mulige (underliggende) forklaringer til at alderskategorien 10–19 åringene ikke bare skiller seg tydelig ut fra de andre, men at andelen brukere i

denne kategorien faktisk synes temmelig høy sammenlignet med myndighetenes estimat for forekomsten av ADHD i befolkningen. Stilt overfor dette forholdet har spesialister på diagnostikk og behandling av ADHD i ulike sammenhenger påpekt at ungdomsårene kanskje representerer den mest sårbare og utsatte perioden i menneskenes liv, og at en medikamentell behandling derfor kan være ekstra viktig nettopp i denne fasen.

I ungdomsmiljøer med relativt mange og tette relasjoner preget av stor grad av åpenhet, kan unge med diagnosen fungere som gode ambassadører og effektive agenter for ADHD. Dermed bidrar de til diagnosen sprer seg til flere. I en kvalitativ undersøkelse forteller enkelte unge at de ble motivert til utredning fordi det var ”helt normalt” siden så mange allerede hadde diagnosen og at de synes at de hadde svært mye til felles med kamerater som allerede hadde fått den (Hannås, 2010). Det er ikke utenkelig at en felles form for medikamentell praksis sprer seg gjennom de samme nettverkene på tilsvarende måte. Et spørsmål det fremdeles gjenstår å undersøke nærmere, er hva som skjer når de unge blir eldre. Vil de fortsette den medikamentelle behandlingen for å takle de utfordringene som møter dem i voksenlivet, trenger de den ikke lenger – eller finner de alternative måter å håndtere eventuelle vanskeligheter på?

HVORDAN KAN DEN GEOGRAFISKE VARIASJONEN FORKLARES?

I Norge er det slik at diagnosen ADHD skal fastsettes i spesialisthelsetjenesten. En fylkesvis variasjon kan dermed skyldes ulik tilgjengelighet som følge av ulik geografisk avstand til spesialistene. Tilsvarende kan også dekningsnivået, dvs. antall spesialister i forhold til folketallet, tenkes å variere fra en region til en annen. En annen faktor som også kan tenkes å bidra til en slik variasjon, kan være at det kliniske skjønnet i praksis utøves noe ulikt forskjellige steder innenfor spesialisthelsetjenesten. Selv om forhold som disse på ulike måter kan tenkes å bidra

til en geografisk variasjon i andel brukere av ADHD-midler, er det i denne sammenhengen likevel ikke mulig å avgjøre om – og i så fall hvilken – innflytelse de i realiteten har hatt på den variasjonen som kommer fram i Tabell 6 og Figur 8 (foregående sider).

Det finnes en annen interessant type forklaring som også er knyttet til spørsmålet om tilgjengelighet. I motsetning til faktorene ovenfor, som handler om tilgjengelighet til den diagnostiske kompetansen, handler denne om tilgjengelighet til det som kan kalles for henvisningskompetanse. For å få komme til utredning av ADHD kreves en henvisning fra fastlegen. I de individuelle henvisningsprosessene involveres ofte representanter fra ulike fag og profesjoner, for eksempel fra skole, barnehage, pedagogisk-psykologisk tjeneste eller primærhelsetjenesten. Disse representantene kan ut fra egne vurderinger råde eller motivere den enkelte til å rette en forespørsel om henvisning til egen fastlege. Sammen med fastlegen inngår disse representantene i det som kan kalles for det formelle eller offisielle henvisningssystemet. Systemets henvisningskompetanse vil blant annet være avhengig av den enkeltes kunnskap om diagnosen ADHD. Er denne liten vil det kunne resultere i færre henvisninger.

Kvalitative undersøkelser tyder imidlertid på at mer uformelle systemer ofte har en betydelig innflytelse på unge og voksnes individuelle prosesser forut for en utredning av ADHD (Hannås, 2010) (Andersen, 2009). I disse tilfellene synes tilgjengeligheten til betydningsfulle andre med diagnosen og til deres beskrivelser av sine personlige erfaringer med ADHD – å spille en langt viktigere rolle enn tilgjengeligheten til det offisielle henvisningssystemet. Nærhet til andre og til deres erfaringer med diagnosen synes å representere både noen (en person) og noe (en alternativ beskrivelse av ADHD) som mange finner det enklere å identifisere seg med, enn den offisielle definisjonen på ADHD. For voksne kvinners del fremstår for eksempel egne barn med diagnosen oftest som betydningsfulle andre, mens for tenå-

ringsguttene synes gjerne kamerater å fungere i rollen som betydningsfulle andre. Kort oppsummert er det gjerne familiemedlemmer eller nære bekjente som fungerer i rollen som den betydningsfulle andre i de uoffisielle henvisningssystemene.

Både fagfolkene i det offisielle henvisningssystemet og lekfolkene i det uoffisielle henvisningssystemet opptrer imidlertid som talspersoner og agenter for diagnosen ADHD. Som sådanne bidrar de hver på sin måte i et felles nettverk som tjener til å bekrefte og spre diagnosen ADHD. Geografiske variasjoner med hensyn til forekomst av diagnose og andel brukere av ADHD-milder, kan med andre ord også ha sammenheng med hvor velutviklede og effektive de uoffisielle nettverkene og agentene for diagnosen er de ulike fylkene.

OPPSUMMERENDE KOMMENTARER TIL DRØFTINGEN

De omtalte endringene av de formelle kriteriene som gjaldt tilgangen til diagnose (1994) og behandling for voksne (2005), har sannsynligvis på hver sin måte bidratt til den registrerte økningen av det faktiske antallet voksne med diagnosen ADHD. Videre kan også den offisielle veilederen i diagnostikk og behandling (Sh-dir., 2006), som har kommet i flere reviderte utgaver der det blant annet fokuseres både på underdiagnostisering og økt tilgjengelighet til diagnostisk kompetanse, sannsynligvis også ha bidratt til en utvikling som preges av at stadig flere mennesker er diagnostisert med ADHD.

For øvrig kan det tenkes flere mulige forklaringer på de ulike utviklingstendensene som er kommet fram ovenfor. Reigstad et al. (2004) peker blant annet på at det er en sammenheng mellom det generelle fokuset på fenomenet ADHD og antall registrerte tilfeller av diagnosen. Ian Hacking (2004), som blant annet har vært opptatt av diagnosenes interaktive funksjon i samfunnet, har vist at veksten i antall registrerte tilfeller av diagnosen ADHD blant annet kan forklares som en konsekvens av en dynamisk og dia-

lektisk prosess som hele tiden foregår mellom kategoriene og menneskene i et samfunn.

Videre har Bruno Latour (1987) beskrevet hvordan en kategori, som for eksempel ADHD, endres og utvides blant annet som følge av at nye grupper og individer inkluderes som medlemmer i den. Denne dynamikken kan bidra til å forklare de ulike historiske og kulturelt betingete endringene både av diagnosen og av de allmenne forestillingene om den, som blant annet er kjent fra unge og voksnes fortellinger fra eget liv. Mennesker som har fått diagnosen i voksen alder, forteller blant annet at de som barn ble oppfattet som helt ”normale” – og at eventuelle avvik eller problemer ble tilskrevet andre forklaringer enn ADHD (Hannås, 2010). En annen konsekvens av den prosessen som er beskrevet ovenfor er ifølge teorien at grensene for en kategori etter hvert blir så utflytende at en diagnose blir delt i flere separate diagnoser.

Flere av forklaringene som er omtalt ovenfor, har sammenheng med et spørsmål om tilgjengelighet, uten at dette har noe med den geografiske avstanden til den diagnostiske utrednings- og behandlingskompetansen å gjøre. Mye tyder på at uformelle nettverk og relasjoner er av vel så stor betydning som de offisielle henvisningssystemene, for at man skal kunne oppnå en effektiv rekruttering og registrering av nye tilfeller av ADHD.

AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

I forlengelsen av denne studien er det enkelte spørsmål det kunne være spesielt interessant å følge opp i de nærmeste årene. Undersøkelsen måtte naturlig nok avrundes med de siste registreringene i Reseptregisteret som var fra 2011. Analysen tyder imidlertid på at en forholdsvis stabil vekst i antall brukere av ADHD-midler gjennom de siste årene akkurat nå kan være ferd med å flate ut. Tallene som er registrert de to siste årene, både for befolkningen som helhet og for den aldersgruppen som har de fleste brukerne, 10–19-åringene, kan tyde på at en markant endring er på gang. I så fall er det seg en

rekke forskjellige spørsmål det kunne være interessant å undersøke nærmere i tiden som kommer. Alle dreier de seg om å belyse ulike sider ved den utviklingen som er på gang. Et av spørsmålene er om unge brukere later til å avslutte den medikamentelle behandlingen etter å ha passert den ”den sårbare fasen”. Et annet er om det etter hvert identifiseres færre nye tilfeller av ADHD enn før, og om det eventuelt finner sted en tilsvarende vekst av nye tilfeller av andre diagnose. Videre kunne det være interessant å undersøke eventuelle endringer av ”merkelappen” eller av den offisielle definisjonen og kriteriene for diagnosen ADHD – og eventuelle endringer av folks subjektive opplevelser av egne symptomer eller av de allmenne forestillingene om ADHD i samfunnet.

FOTNOTER

- 1) Jf. ”FN bekymret over ADHD-medisinerer” på: <http://pub.tv2.no/TV2/magasiner/dokument2:utskrift:26.02.06>. For øvrig registrerte David Coven at den samme tendensen – i varierende grad – også gjorde seg gjeldende i Canada, Australia, New Zealand, Sveits, Sverige, Danmark, Storbritannia, Tyskland, Nederland, Israel, Spania og Taiwan. I tillegg registrerte han at både Frankrike og Italia, der motstanden mot å behandle barn med sentralstimulerende legemidler tradisjonelt har vært større, også så ut til å følge etter (Stead, et al., 2006). Det er også tegn til at den samme diagnostiske praksisen også kan være i ferd med å spre seg i Afrika (Aase, 2007).
- 2) Jf. Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister, <http://www.reseptregisteret.no>
- 3) <http://www.reseptregisteret.no>
- 4) Antall barn og unge med diagnosen kan da estimeres som ”antall brukere” + ca ”23% av befolkningsgrunnet” i de respektive alderskategoriene.
- 5) Det er bare i alderskategorien 0–9 år, at hele tilveksten kan forklares ved at det er rekruttert nye brukere av ADHD-midler. I de øvrige alderskategoriene kan tilveksten enten skyldes at ”nye” individer er diagnostisert og har blitt brukere av ADHD-midler – eller at tidligere brukere er overført fra en lavere alderskategori.
- 6) Jeg har valgt å slå sammen alle brukere av ADHD-midler eldre enn 39 år i én alderskategori. Hensikten er å gi en presentasjon som viser noen av de mest sentrale tendensene, uten

- at bildet forstyrres av unødvendige detaljer.
- 7) Etter en omorganisering er navnet på det aktuelle direktoratet blitt: Helsedirektoratet.
 - 8) I 1994 ble kriteriene endret slik at også voksne (over 18 år) kunne få diagnosen. I 2005 fikk voksne samme tilgang til medikamentell behandling med sentralstimulerende midler.

REFERANSER

- Andersen, M. Lundemark (2009). *Former for ability: Hvilke betydninger tillægges en ADHD diagnose i forhold til selvforståelse, intersubjektive og institusjonelle positioner*. Ph.d.-afhandling, Institut for Sociologi, Socialt arbejde og Organisation, Aalborg Universitet.
- Brante, T. (2006). Den nye psykiatrin: exemplet ADHD. In G. Hallerstedt (Ed.), *Diagnosens makt. Om kunnskap, penger og lidande*. Göteborg.
- Bowker, G. C., & Star, S. L. (1999). *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.
- Conrad, P., & Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, 47(4), 559-582.
- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: Between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 33(3), 277-302.
- Hannås, B. (2010). *Den urolige kroppen. Unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse før og etter den diagnostiske utredningen av ADHD*. PhD sosiologi Nr. 4-2010, Høgskolen i Bodø
- Latour, B. (1987). *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes: Open University Press.
- Loe, M., & Cuttino, L. (2008). Grappling with the medicated self: The case of ADHD college students. *Symbolic Interaction*, 31(3), 303-323.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt, Reseptregisteret: <http://www.reseptregisteret.no>
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (10), 818-827.
- Sh-dir. (2006). IS- 1224: "Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne"
- SINTEF (2004). "Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD", Rapportnr. STF78 A045012
- Stead, J., Cohen, D., & Lloyd, G. (2006). *Critical new perspectives on ADHD*. London: Routledge.
- Aase, Heidi (2007). *Altered Reinforcement Mechanisms in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder (ADHD)*. PhD. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo.

Björg Mari Hannås

Universitetet i Nordland

Postboks 1490

8049 Bodø

Tlf: 75 51 74 59

E-post: bjorg.mari.hannaas@uin