



# Förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga 2022

## ADHD-diagnoser blir vanligare i jämn takt – skillnaderna mellan kön och regioner är rätt så stora

### CENTRALA FYND

- Diagnoser av aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (ADHD) har blivit klart vanligare bland barn och unga i åldern 7–17 under åren 2015–2022.
- Förekomsten av ADHD-diagnoser hos 7–12-åriga pojkar ökade från 3,3 % till 8,9 % och hos flickor från 0,7 % till 2,8 % åren 2015–2022.
- Förekomsten av ADHD-diagnoser hos pojkar i åldern 13–17 år ökade från 2,4 % till 7,6 % och hos flickor från 0,6 % till 3,9 % åren 2015–2022.
- ADHD-diagnoser har blivit vanligare bland flickor än bland pojkar.
- Könsskillnaderna i förekomsten av ADHD-diagnoser har minskat kraftigare bland unga än bland barn.
- Förekomsten av ADHD-diagnoser varierar betydligt regionalt: bland pojkar var variationsintervallet för förekomsten av ADHD 4,3–20,3 % och bland flickor 2,0–7,7 % år 2022.

Diagnoser av aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (ADHD) hos barn och unga (7–17 år) blir vanligare. Enligt uppgifter i Institutet för hälsa och välfärds (THL) vårdanmälningsregister uträttade sammanlagt 28 351 pojkar och 11 364 flickor (totalt 39 715 barn och unga) med ADHD-diagnos ärenden inom primärvården och den specialiserade sjukvården 2022. År 2015 var motsvarande siffror 9 581 pojkar och 2 195 flickor (totalt 11 776 personer).<sup>1</sup> I gruppen för pojkar hade antalet fall ökat ungefär tredubbelt 2022 och bland flickor något över femdubbelt jämfört med situationen 2015.

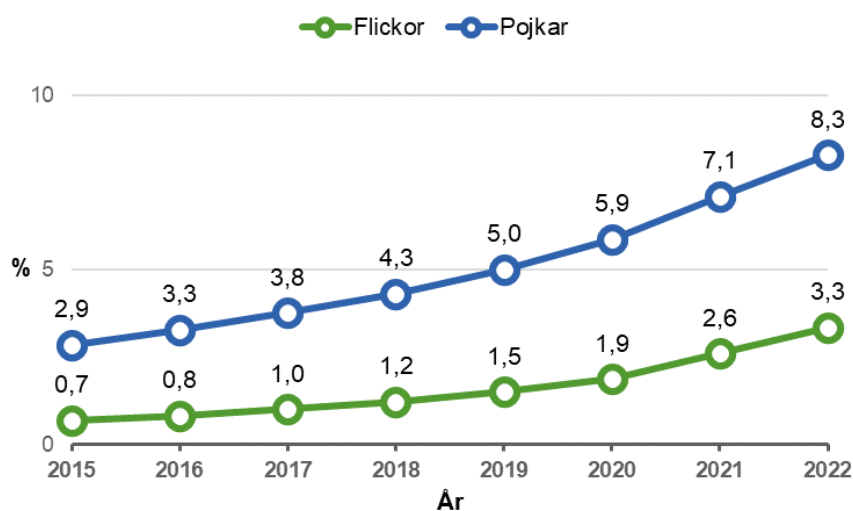
I förhållande till befolkningen i samma ålder var förekomsten av ADHD-diagnoser hos pojkar i åldern 7–17 år 2,9 % år 2015 och 8,3 % år 2022 (Figur 1). Under samma period ökade förekomsten av ADHD-diagnoser bland flickor i åldern 7–17 år från 0,7 % till 3,3 %. ADHD-diagnoser är klart vanligare bland pojkar än bland flickor. Utvecklingen av förekomsten av ADHD-diagnoser 2015–2022 har dock varit relativt kraftigare bland flickor.

Förekomsten av ADHD-diagnoser varierar enligt välfärdsområde. Hos barn (7–12 år) var variationsintervallet 2,0–20,3 % år 2022 och visade sig vara större än variationsintervallet (2,9–13,9 %) i förekomsten av ADHD-diagnoser bland unga (13–17 år). Förekomsten av ADHD-diagnoser hos pojkar och flickor var störst i båda åldersgrupperna i Östra Finland.

I internationella undersökningar bedöms förekomsten av ADHD hos barn och unga vara cirka 5 % (3,6–7,2 %).<sup>2</sup> Enligt THL:s register har förekomsten av ADHD-diagnoser hos pojkar redan överskridit 7,2 % av befolkningen i Finland, men förekomsten av ADHD-diagnoser hos flickor är fortfarande klart under 5 %.

Definitionen av förekomsten av ADHD-diagnoser grundar sig på uppgifter i THL:s Hilmo-register. I statistiken beaktas barn och unga i åldern 7–17 år som årligen besökt primärvården (AvoHilmo, inkl. skolhälsovården) eller den specialiserade sjukvården (TerveysHilmo). Fallet är en person som i samband med vårdanteckningen har en ADHD-diagnos som besöksorsak eller som huvud-, sido- eller långtidsdiagnos minst en gång per kalenderår.

**Figur 1. Utvecklingen av förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga (7–17-åringar) i förhållande till befolkningen i samma ålder 2015–2022.**



**Miika Vuori**

[fornamn.efternamn@thl.fi](mailto:fornamn.efternamn@thl.fi)

**Maaret Vuorenmaa**

[fornamn.efternamn@thl.fi](mailto:fornamn.efternamn@thl.fi)

**Eetu Ervasti**

[fornamn.efternamn@thl.fi](mailto:fornamn.efternamn@thl.fi)

**Eveliina Tuovinen**

[fornamn.e.efternamn@thl.fi](mailto:fornamn.e.efternamn@thl.fi)

**Terhi Aalto-Setälä**

[fornamn.efternamn@thl.fi](mailto:fornamn.efternamn@thl.fi)

<sup>1</sup> Enligt [FPA:s uppgifter](#) fick 28 866 pojkar (8,3 %) och 10 595 flickor (3,2 %) ersättning för inköp av ADHD-läkemedel (7–17-åringar). (Källa: Läkemedelsleveranser som ersätts från sjukförsäkringen-registret)

<sup>2</sup> se ADHD: God medicinsk praxis-rekommendation, 2019 (hänvisning 28.11.2023).

## Att observera i årets statistik:

Tidigare har det inte funnits statistikuppgifter om förekomsten av ADHD-diagnoser som omfattar både primärvårdens (AvoHilmo) och den specialiserade sjukvårdens (TerveysHilmo) vårdanmälningssystemer.

I ADHD-statistiken för barn och unga har man beaktat 7–17-åringar som besökt primärvården (inkl. skolhälsovården) och den specialiserade sjukvården årligen och som hade en ADHD-diagnos. ADHD-diagnosen kunde vara besöksorsaken eller en huvud-, sidos- eller långtidsdiagnos. I statistiken har barnet eller den unga beaktats endast en gång/år, även om hen har gjort flera besök under året.

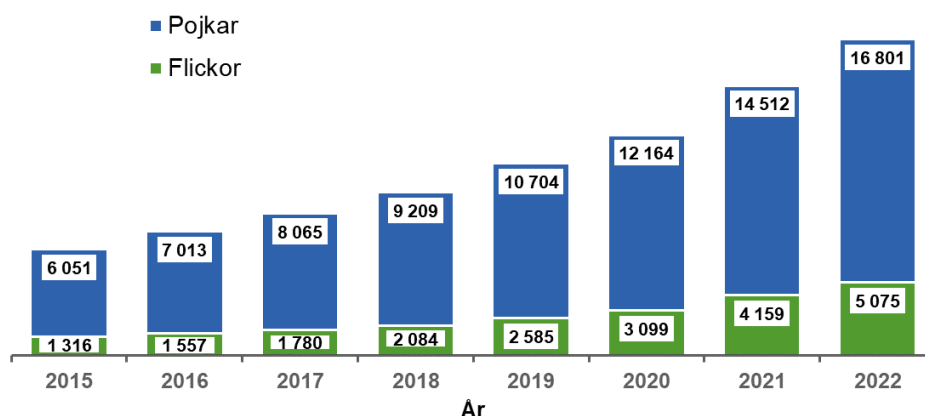
ADHD-diagnoserna har plockats ur Hilmo-registren enligt Världshälsoorganisationens (WHO) sjukdomsklassificering ICD-10. I ADHD-statistiken har diagnoskoderna F90 och F98.8 beaktats. ADHD kan ha varit en huvud- eller bidiagnos eller besöksorsak som registrerats för personen. I statistikurvalet har alla servicesektorer, serviceformer och kontaktsätt beaktats.

Uppgifterna i vårdanmälningssystemet samlas in från olika patientdatasystem. Det är möjligt att antalet fall är något större till exempel på grund av tekniska utmaningar i dataöverföringen. Hilmo-registrens täckning har speglats mot FPA:s registeruppgifter om ADHD-läkemedelsköp som ersatts från sjukförsäkringen.

## Förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn i åldern 7–12 år 2015–2022

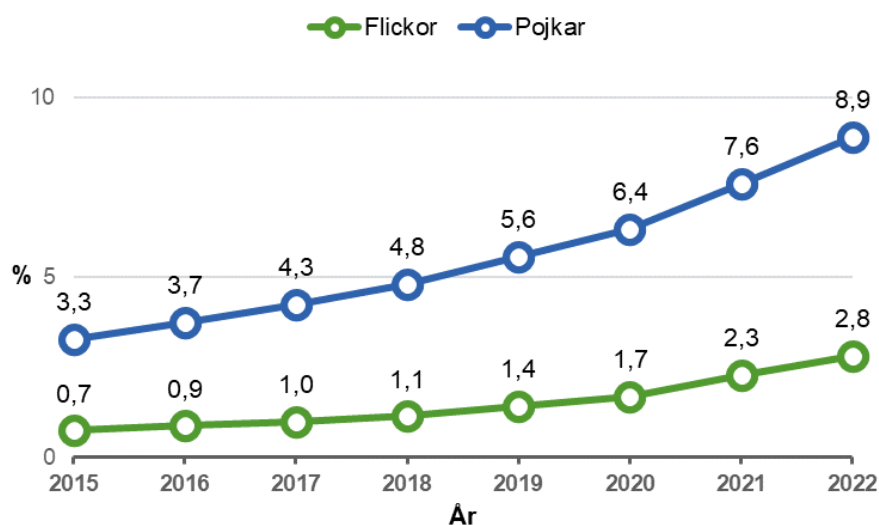
I figur 2 åskådliggörs hur ADHD-diagnoserna har blivit vanligare bland barn i lågstadieåldern (7–12-åringar).<sup>3</sup> Enligt uppgifterna i vårdanmälningssystemen uträknade sammanlagt 16 801 pojkar och 5 075 flickor ärenden inom primärvården och den specialiserade sjukvården 2022 för vilka en ADHD-diagnos hittades i besöksuppgifterna (totalt 21 876 barn). I det totala antalet fall bland 7–12-åringar 2022 observeras en cirka trefaldig ökning bland pojkar och en nästan fyrfaldig ökning bland flickor jämfört med situationen 2015.

**Figur 2. Utvecklingen av förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn (7–12-åringar) 2015–2022 (personer, n).**



I förhållande till befolkningen i samma ålder ökade förekomsten av ADHD-diagnoser bland 7–12-åringar under 2015–2022 från 3,3 % till 8,9 % (Figur 3). Förekomsten av ADHD-diagnoser hos flickor i åldern 7–12 år ökade under granskningsperioden från 0,7 % till 2,8 %.

**Figur 3. Utvecklingen av förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn (7–12-åringar) i förhållande till befolkningen i samma ålder 2015–2022.**



<sup>3</sup> Utvecklingen av förekomsten av ADHD-läkemedelsbehandlingen hos finländska barn och unga 2008–2018 beskrivs i den bifogade artikeln: Vuori M, Koski-Pirilä A, Martikainen JE, Saastamoinen L (2020). [Gender- and age-stratified analyses of ADHD medication use in children and adolescents in Finland using population-based data, 2008–2018](#). Scand J Public Health, 48(3):303–307.

## ADHD bland barn och unga

Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (ADHD) är en vanlig utvecklingsrelaterad neuropsykiatrisk störning. Enligt [God medicinsk praxis-rekommendationen](#) är förekomsten av ADHD hos barn och unga uppskattningsvis cirka 5 % (3,6–7,2 %).

Kärnsymtom för ADHD hos barn och unga är ouppmärksamhet och/eller överaktivitet och/eller impulsivitet som avviker från ålders- och utvecklingsfasen och försämrar funktionsförmågan. ADHD har ett heterogent uttryck. ADHD kan diagnostiseras utifrån förekomstformer som är:

- huvudsakligen överaktiv-impulsiv form
- huvudsakligen ouppmärksam form
- kombinerad form (hyperaktiv-impulsiv och ouppmärksam symtombild).

Dokumentationen av diagnostiseringen av ADHD grundar sig på Världshälsoorganisationen WHO:s sjukdomsklassifikation ICD-10 (se [THL – Klassifikationen av sjukdomar ICD-10](#)).

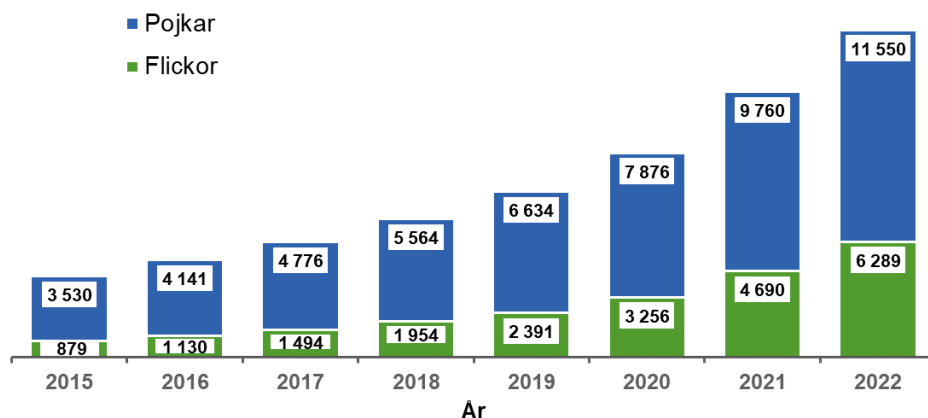
ADHD:s God medicinsk praxis-arbetsgrupp rekommenderar att:

- För förekomsten av ADHD används koden F90.0 ur sjukdomsklassifikationen ICD-10.
- När kriterierna för överaktivitet och impulsivitet uppfylls är det möjligt att använda koden F90.8 (andra specificerade hyperaktivitetsstörningar) som diagnoskod för ADHD.
- Koden vid i huvudsak ouppmärksamma förekomstformen är F98.8 (andra specificerade beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid).
- Om barnet eller den unga utöver symtom som uppfyller de diagnostiska kriterierna för ADHD har kliniskt betydande beteendesyntom, är det möjligt att använda koden F90.1.

## Förekomsten av ADHD-diagnoser hos unga i åldern 13–17 år 2015–2022

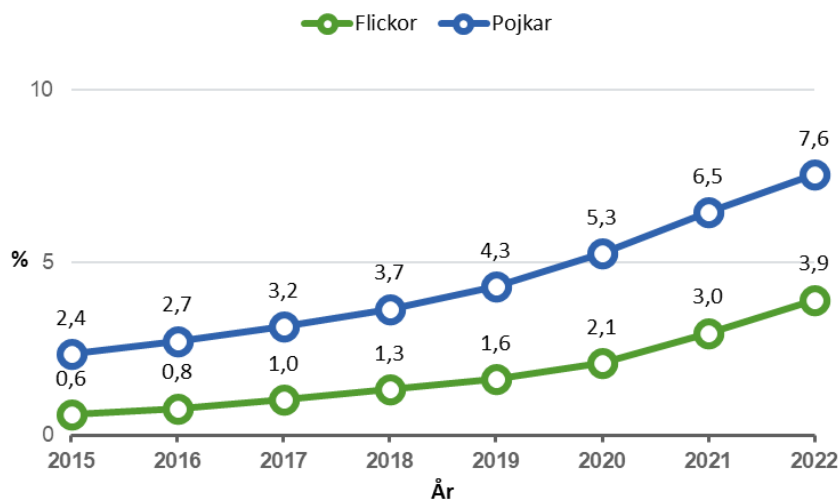
Figur 4 visar att sammanlagt 11 550 pojkar i ungdomsåldern och 6 289 flickor (13–17-åringar) utträttade ärenden inom primärvården och den specialiserade sjukvården 2022 enligt Hilmo-uppgifterna för vilka det i besöksuppgifterna fanns en ADHD-diagnos (sammanlagt 17 839 unga). För unga pojkar kan man se en ungefär lika stor ökning som för pojkar i lågstadieåldern. Antalet pojkar i åldern 13–17 år under 2022, för vilka det fanns en ADHD-diagnos i besöksuppgifterna inom primärvården eller den specialiserade sjukvården, var något över tre gånger större än situationen 2015. När det gäller flickor framkommer det att den relativa ökningen av antalet fall framhävs särskilt i denna åldersgrupp 13–17 år. Det totala antalet fall bland flickorna 2022 var något över sju gånger större än situationen 2015.

**Figur 4. Utvecklingen av förekomsten av ADHD-diagnoser hos unga (13–17-åringar) 2015–2022 (personer, n).**



Förekomsten av ADHD-diagnoser ökade under granskningsperioden bland 13–17-åriga pojkar från 2,4 % till 7,6 % (Figur 5). Förekomsten av ADHD-diagnoser hos flickor i samma ålder ökade från 0,6 % till 3,9 % mellan 2015 och 2022. Granskningarna enligt åldersgrupp visar att könsskillnaderna i förekomsten av ADHD-diagnoser har minskat tydligare i åldersgruppen 13–17 år jämfört med 7–12-åriga barn. År 2022 var förekomsten av ADHD-diagnoser hos unga flickor 1,1 procentenheter större än förekomsten av ADHD-diagnoser hos flickor i lågstadieåldern.

**Figur 5. Utvecklingen av förekomsten av ADHD-diagnoser hos unga (13–17-åringar) i förhållande till befolkningen i samma ålder 2015–2022.**

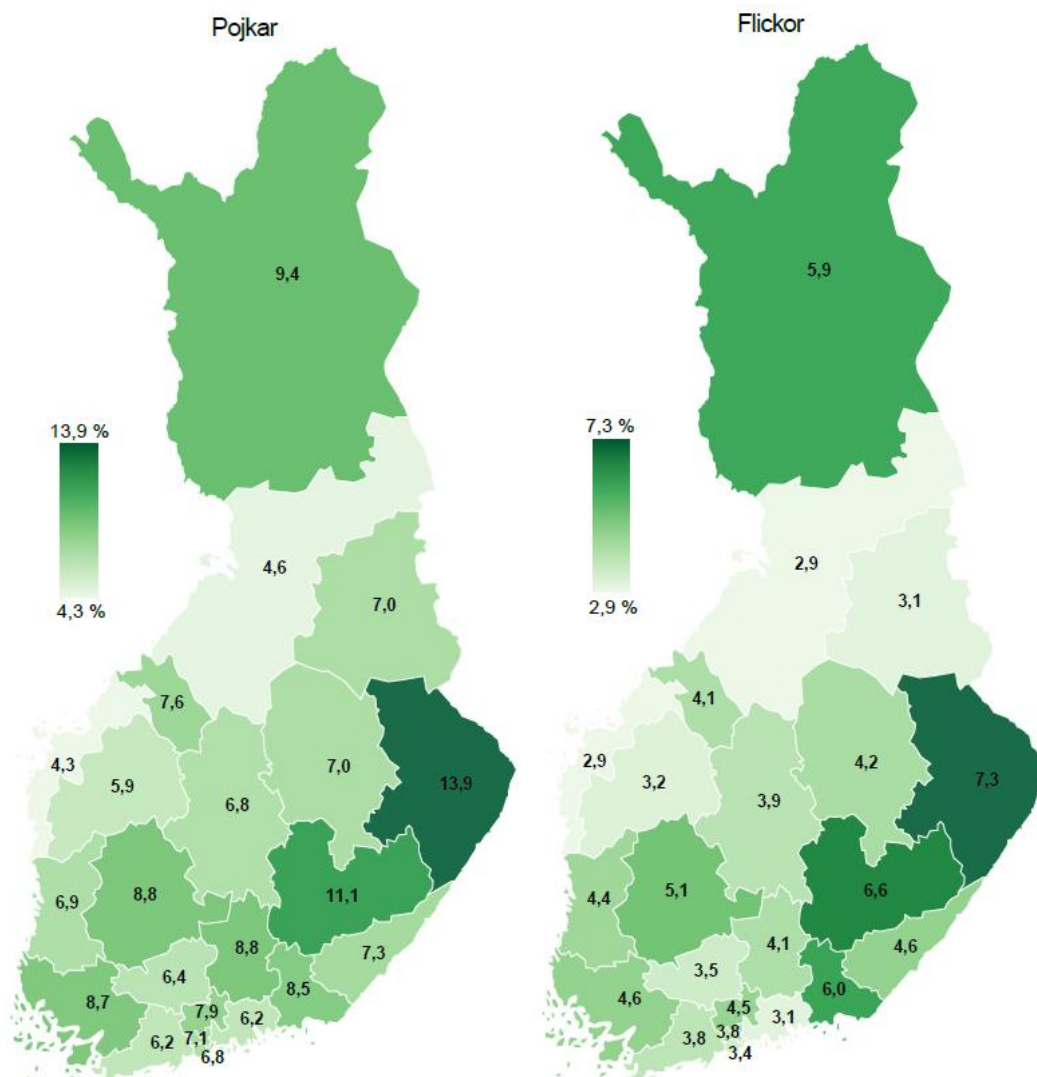




## Förekomsten av ADHD-diagnoser 2022 hos unga i åldern 13–17 år enligt välfärdsområde

I åldersgruppen unga (13–17 år) framhävs inte regionala skillnader och könsskillnader i förekomsten av ADHD-diagnoser lika kraftigt som hos barn (Figur 7). I åldersgruppen unga var variationsintervallet för förekomsten av ADHD-diagnoser hos pojkar 4,3–13,9 % och hos flickor 2,9–7,3 %.

**Figur 7. Förekomsten av ADHD-diagnoser (%) hos unga (13–17-åringar) enligt välfärdsområde 2022.**



Förekomsten av ADHD-diagnoser (%) har beräknats genom att ställa antalet fall i relation till befolkningen i samma ålder.

Om personen har flyttat under 2022 och använt hälso- och sjukvårdstjänster i olika välfärdsområden, har personen beaktats vid beräkningen av det allmänna värdet för varje välfärdsområde.

I tabellen nedan sammanställs den regionala variationen enligt kön i förekomsten av ADHD-diagnoser för barn och unga (Tabell 1). År 2022 var förekomsten av ADHD-diagnoser hos pojkar större i alla välfärdsområden bland 7–12-åringar än bland 13–17-åringar. Däremot var förekomsten av ADHD-diagnoser hos flickor i regel större hos 13–17-åringar än hos 7–12-åringar (exklusive Norra Karelen).

**Tabell 1. Förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn (7–12-åringar) och unga (13–17-åringar) enligt välfärdsområde 2022**

VÄLFÄRDSOMRÅDE	FLICKOR (7–12-åringar)	FLICKOR (13–17-åringar)	POJKAR (7–12-åringar)	POJKAR (13–17-åringar)
<b>Hela landet</b>	<b>2,8 %</b>	<b>3,9 %</b>	<b>8,9 %</b>	<b>7,6 %</b>
Södra Karelen	3,4 %	4,6 %	10,9 %	7,3 %
Södra Österbotten	2,3 %	3,2 %	7,2 %	5,9 %
Södra Savolax	5,0 %	6,6 %	13,8 %	11,1 %
Helsingfors	2,6 %	3,4 %	7,7 %	6,8 %
Östra Nyland	2,6 %	3,1 %	9,0 %	6,2 %
Kajanaland	2,1 %	3,1 %	8,9 %	7,0 %
Egentliga Tavastland	3,0 %	3,5 %	9,4 %	6,4 %
Mellersta Österbotten	2,9 %	4,1 %	9,4 %	7,6 %
Mellersta Finland	2,1 %	3,9 %	7,9 %	6,8 %
Mellersta Nyland	2,4 %	4,5 %	8,1 %	7,9 %
Kymmenedalen	4,1 %	6,0 %	12,3 %	8,5 %
Lappland	3,5 %	5,9 %	11,4 %	9,4 %
Västra Nyland	2,0 %	3,8 %	7,1 %	6,2 %
Birkaland	3,0 %	5,1 %	9,4 %	8,8 %
Österbotten	2,1 %	2,9 %	5,9 %	4,3 %
Norra Karelen	7,7 %	7,3 %	20,3 %	13,9 %
Norra Österbotten	2,0 %	2,9 %	7,1 %	4,6 %
Norra Savolax	2,8 %	4,2 %	9,7 %	7,0 %
Päijänne-Tavastland	3,1 %	4,1 %	11,0 %	8,8 %
Satakunta	3,3 %	4,4 %	9,6 %	6,9 %
Vanda och Kervo	2,0 %	3,8 %	7,8 %	7,1 %
Egentliga Finland	3,7 %	4,6 %	10,3 %	8,7 %

Förekomsten av ADHD-diagnoser (%) har beräknats genom att ställa antalet fall i relation till befolkningen i samma ålder.

För diagnosemas del har följande ADHD-diagnoskoder beaktats i statistikurvalet: F90 och F98.8. (Källa: THL:s Hilmo-register)

Om personen har flyttat till ett annat välfärdsområde under kalenderåret har hen beaktats separat för varje område vid beräkningen av antalet fall och deras förekomst. Däremot grundar sig siffrorna för hela landet på det totala antalet fall. Åland ingår i siffrorna för hela landet.

## Jämförelse av förekomsten av ADHD-diagnoser (THL:s registeruppgifter) och ADHD-läkemedelsbehandling (FPA:s registeruppgifter)

I tabell 2 jämförs förekomsten av ADHD-diagnoser (THL:s Hilmo-register) med FPA:s registeruppgifter om förekomsten av ADHD-läkemedelsbehandling i hela landet och i vissa välfärdsområden 2020–2022. Det finns områden med som är stora till befolkningsunderlaget (Helsingfors, Birkaland och Egentliga Finland) och geografiskt nära varandra belägna områden (Mellersta Finland, Norra Savolax och Norra Karelen), där man kunde observera skillnader utifrån THL:s och FPA:s uppgifter. Siffrorna för ADHD-diagnoser och ADHD-läkemedelsbehandling hos barn och unga i åldern 7–17 år visade sig vara ungefär lika stora bland hela befolkningen. Enligt resultaten var förekomsten av ADHD-läkemedelsbehandling dock större i Norra Savolax och Mellersta Finland än förekomsten av ADHD-diagnoser. Motsvarande observerades i viss mån även i Birkaland och Egentliga Finland. I Norra Karelen var förekomsten av ADHD-diagnoser däremot konsekvent större än förekomsten av ADHD-läkemedelsbehandling. De observerade skillnaderna kan hänföra sig till variationer i dokumentationspraxisen och utmaningarna i olika regionala patientdatasystem och Hilmo-systemets tekniska gränssnitt. Av dessa orsaker kan det finnas brister i de uppgifter som överförs till Hilmo-registren. Detta kräver fortsatta utredningar.

**Tabell 2. Förekomsten av ADHD-diagnoser jämfört med förekomsten av ADHD-läkemedelsbehandling (inom parentes) hos barn (7–12 år) och unga (13–17 år)**

OMRÅDE	ÅR	FLICKOR (7–12-åringar)	FLICKOR (13–17-åringar)	POJKAR (7–12-åringar)	POJKAR (13–17-åringar)
Hela landet	2022	2,8 % (2,6 %)	3,9 % (3,9 %)	8,9 % (8,9 %)	7,6 % (7,6 %)
	2021	2,3 % (2,1 %)	3,0 % (2,9 %)	7,6 % (7,6 %)	6,5 % (6,5 %)
	2020	1,7 % (1,6 %)	2,1 % (2,0 %)	6,4 % (6,5 %)	5,3 % (5,5 %)
Helsingfors	2022	2,6 % (1,7 %)	3,4 % (2,9 %)	7,7 % (6,0 %)	6,8 % (5,9 %)
	2021	2,0 % (1,3 %)	2,7 % (2,3 %)	6,8 % (5,3 %)	5,5 % (4,9 %)
	2020	1,6 % (1,1 %)	2,2 % (1,7 %)	6,2 % (4,6 %)	5,2 % (4,4 %)
Mellersta Finland	2022	2,1 % (2,6 %)	3,9 % (4,0 %)	7,9 % (9,5 %)	6,8 % (8,2 %)
	2021	1,8 % (2,1 %)	2,6 % (2,7 %)	6,9 % (8,1 %)	6,0 % (6,8 %)
	2020	1,2 % (1,5 %)	2,0 % (2,0 %)	5,4 % (7,1 %)	4,2 % (5,5 %)
Birkaland	2022	3,0 % (3,1 %)	5,1 % (5,4 %)	9,4 % (10,0 %)	8,8 % (9,5 %)
	2021	2,3 % (2,5 %)	3,9 % (4,0 %)	7,5 % (8,8 %)	7,8 % (8,5 %)
	2020	1,5 % (2,0 %)	2,4 % (2,6 %)	5,4 % (7,3 %)	6,4 % (7,6 %)
Norra Karelen	2022	7,7 % (6,3 %)	7,3 % (5,5 %)	20,3 % (17,6 %)	13,9 % (11,4 %)
	2021	7,1 % (5,3 %)	5,8 % (4,0 %)	18,3 % (15,5 %)	12,1 % (10,1 %)
	2020	5,5 % (4,0 %)	4,7 % (3,1 %)	15,7 % (13,7 %)	10,3 % (8,3 %)
Norra Savolax	2022	2,8 % (4,2 %)	4,2 % (5,3 %)	9,7 % (15,0 %)	7,0 % (11,1 %)
	2021	2,8 % (3,4 %)	3,6 % (4,0 %)	10,0 % (12,4 %)	7,3 % (9,7 %)
	2020	1,9 % (2,6 %)	2,8 % (2,8 %)	8,4 % (10,3 %)	6,2 % (8,3 %)
Egentliga Finland	2022	3,7 % (3,5 %)	4,6 % (4,8 %)	10,3 % (11,1 %)	8,7 % (9,5 %)
	2021	3,3 % (2,9 %)	3,8 % (3,7 %)	10,2 % (9,7 %)	7,9 % (8,0 %)
	2020	2,3 % (2,1 %)	2,4 % (2,2 %)	8,3 % (8,2 %)	5,9 % (6,5 %)

Förekomsten av ADHD-diagnoser (och ADHD-läkemedelsbehandling) (%) har beräknats genom att ställa antalet fall i relation till befolkningen i samma ålder.

För diagnosernas del har följande ADHD-diagnoskoder beaktats i statistikurvalet: F90 och F98.8. (Källa: THL:s Hilmo-register)

ADHD-läkemedelsbehandling omfattar personer som under granskningsåren hade minst ett läkemedelsinköp av metylfenidat (ATC-kod N06BA04), dexamfetamin (N06BA02), lisdexamfetamin (N06BA12), atomoxetin (N06BA09) eller guanfacin (C02AC02) som ersattes från sjukförsäkringen. (Källa: FPA:s register Läkemedelsleveranser som ersätts från sjukförsäkringen, s.k. FPA:s Receptdatabas)

## Begrepp och definitioner

**ADHD (aktivitets- och uppmärksamhetsstörning):** ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) är en vanlig utvecklingsrelaterad neuropsykiatrisk störning som vanligtvis uppkommer i barndomen. Kriterierna för en kliniskt fastställd störning är ouppmärksamhet och/eller överaktivitet och impulsivitet som avviker från ålders- och utvecklingsnivån och som stör personens normala utveckling och försämrar funktionsförmågan.

**Diagnostisering av ADHD:** Enligt ADHD:s God medicinsk praxis-rekommendation görs en diagnostisk bedömning av barn och unga i första hand inom primärvården, om det inte finns någon särskild grund för mer krävande tjänster (specialiserad sjukvård). Diagnostiseringen förutsätter så heltäckande information som möjligt om förekomsten av symptom och funktionsförmågan i olika uppväxtmiljöer samt om personens hälsotillstånd, utvecklingshistoria och livssituation.

**Vårdanmälningssystemet (Hilmo):** Hilmo, som administreras av THL, är ett riksomfattande datainsamlingssystem för social- och hälsovården. I denna statistikrapport utgörs grunden för urvalet av uppgifter på individnivå från primärvårdens öppenvård (AvoHilmo) och vårdanmälningssystemet för den specialiserade sjukvården (TerveysHilmo) som har förenklats till en statistikrapport.

**Sjukdomsklassifikation ICD-10:** ADHD-diagnoserna ställs för närvarande i Finland enligt Sjukdomsklassifikation ICD-10. Klassificeringen ICD-10 används bland annat i kliniskt arbete när anteckningar i journalhandlingar görs (SHM:s föreskrift 13/332/1995) och i vårdanmälningar inom hälso- och sjukvården för forskning och statistikföring. Vad gäller ICD-10-versionen rekommenderar ADHD:s God medicinsk praxis-arbetsgrupp numera att diagnosnumret F90.0 används för tydlighetens skull för alla former av ADHD. I ADHD-statistiken för barn och unga har diagnoskoderna F90 och F98.8 beaktats.

**Förekomst:** Förekomsten hänvisar i denna statistik till personer för vilka det finns minst en ADHD-diagnosanteckning i Hilmo-registren vid besök inom primärvården eller den specialiserade sjukvården minst en gång under det kalenderåret (den s.k. årsprevalensen) som granskas. ADHD-diagnosen kan vara besöksorsaken eller en huvud-, sido- eller långtidsdiagnos. Det årliga frekvenstalet specificerar inte nya konstaterade fall (incidens) och eventuella fall som konstaterats under tidigare år. Förekomsten uttryckt i procent har beräknats genom att ställa antalet fall i relation till befolkningen i samma ålder.

---

[www.thl.fi/finlapsetrekisteri](http://www.thl.fi/finlapsetrekisteri)



## Litteratur

Aalto-Setälä T, Vuori M. Lasten ADHD-lääkehoidon yleistymiskehitys ei näytä tasaantuvan. [Duodecim](#), 2023;139(22):1811–1813.

ADHD (aktivitets- och uppmärksamhetsstörning). God medicinsk praxis-rekommendation. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim, Barnneurologiska Föreningen i Finland, Barnpsykiaterföreningen i Finland och Finlands ungdomspsykiatriska förening. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2019 (läst 21.11.2023). Tillgänglig på internet: [www.kaypahoito.fi/sv/gvr00049](http://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00049)

Salari N, Ghasemi H, Abdoli N ... Mohammadi M. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*, 2023;49(1):48. DOI: [10.1186/s13052-023-01456-1](https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1).

Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*, 2018;5(2):175–186. DOI: [10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0).

Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 2015;135(4):e994–1001. DOI: [10.1542/peds.2014-3482](https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482).

Vuori M, Koski-Pirilä A, Martikainen JE, Saastamoinen L. Gender- and age-stratified analyses of ADHD medication use in children and adolescents in Finland using population-based data, 2008–2018. *Scand J Public Health*, 2020;48(3):303–307. DOI: [10.1177/1403494820901426](https://doi.org/10.1177/1403494820901426).



**Institutet för hälsa och välfärd**

ISSN 1798-0887

## Kvalitetsbeskrivning

### Förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga

#### Statistikuppgifternas relevans

Statistiken över förekomsten av ADHD-diagnoser (ADHD = aktivitets- och uppmärksamhetsstörning, attention-deficit hyperactivity disorder) hos barn och unga ingår i uppföljningen av barns, ungas och familjers hälsa och välbefinnande som ingår i Institutet för hälsa och välfärds (THL) helhet FinLapset ([THL FinLapset](#)).

Uppgifterna i statistiken över förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga grundar sig på datainnehållet i THL:s vårdanmälningsregister. Dessa är 1) primärvårdens vårdanmälningsregister ([Avohilmo](#)) och 2) hälso- och sjukvårdens och sjukhusens avdelningsvårds samt den specialiserade sjukvårdens öppenvårds vårdanmälningsregister ([TerveysHilmo](#)). Avohilmo och TerveysHilmo bildar tillsammans en vårdanmälningshelhet inom den finländska hälso- och sjukvården (Hilmo).

Insamlingen av uppgifter i statistiken Förekomsten av ADHD hos barn och unga grundar sig på lagen om Institutet för hälsa och välfärd ([668/2008](#)) och lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården ([159/2007](#)). Målet med forskningshelheten FinLapset är att producera tillförlitlig, jämförbar och aktuell information som stöd för beslutsfattandet om barn- och familjetjänster. Statistikföringen av förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga grundar sig på besöksuppgifterna i registren Avohilmo och TerveysHilmo. Dessa uppgifter överförs från flera patientdatasystem till vårdanmälningsystemet som en del av den automatiska, elektroniska datainsamlingen. Därmed utgör vårdanmälningsregistren en grund för riksomfattande och regionala uppföljningar av barns och ungas hälsa.

Statistiken innehåller uppgifter om förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga från och med 2015 (s.k. årsprevalens) och åskådliggör utvecklingen av ADHD-diagnoser hos barn och unga enligt ålder och kön i Finland. Dessutom granskas förekomsten av ADHD-diagnoser per välfärdsområde. Med hjälp av statistiken är det möjligt att skapa en noggrannare helhetsbild av förekomsten av ADHD bland 7–17-åringar. THL:s öppna databasrapport som redan tidigare varit tillgänglig producerar öppna data separat utifrån primärvårdens (AvoHilmo) och den specialiserade sjukvårdens (TerveysHilmo) vårdanmälningsregister och uppgifterna uppdateras varje månad.<sup>5</sup> I ADHD-statistiken bland barn och unga utnyttjas däremot det kombinerade datainnehållet i AvoHilmo och TerveysHilmo på individnivå och det produceras en statistisk helhetsbild av förekomsten av ADHD-diagnoser utifrån Hilmo-registren. Uppgifterna i THL:s vårdanmälningsregister om förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga kan speglas mot FPA:s registeruppgifter om förekomsten av ADHD-läkemedelsbehandling av barn och unga. FPA har rapporterat dessa uppgifter för 0–17-åringarnas del 2021 och 2022. Granskningen omfattar också välfärdsområdena, men statistiken har inte specificerats enligt juridiskt kön.<sup>5</sup>

#### Metodbeskrivning

I statistiken Förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga har man beaktat alla personer vars ADHD-diagnos (F90 eller F98.8) innehöll en anteckning i vårdanmälningsregistret. ADHD-diagnosen kunde vara besöksorsaken eller en huvud-, sido- eller långtidsdiagnos. Granskningen begränsades till barn och unga i åldern 7–17 år. Uppgifterna förenklades så att förekomsten av ADHD hos barn och unga granskades enligt kön och välfärdsområde i följande åldersgrupper: 7–12-åringar och 13–17-åringar.

Om personen enligt uppgifterna i vårdanmälningsregistren hade flera besök under kalenderåret, varvid ADHD-diagnosen hade antecknats som besöksorsak, beaktades

<sup>5</sup> I THL:s öppna databasrapporter är det möjligt att separat granska klienter inom primärvården (AvoHilmo) och den specialiserade sjukvården (TerveysHilmo) enligt ålder och kön och område. Åldersgrupperingar som används i AvoHilmos databasrapporter är till exempel 0–6-åringar och 7–14-åringar. I TerveysHilmo har åldersgrupperna för barn och unga definierats på lite olika sätt (0–12-åringar och 13–17-åringar): <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/databasrapporter>

<sup>5</sup> Informationspaketet för välfärdsområdena som publicerats av FPA innehåller information om FPA:s förmåner (inkl. ADHD-läkemedelsköp) för 2021 och 2022: <https://hva-tietopaketti.kela.fi/>

samma person endast en gång i statistiken för hela landet. Om personen hade flyttat till ett annat välfärdsområde under kalenderåret, beaktades personen separat för varje område vid beräkningen av antalet fall och deras förekomst (i förhållande till befolkningen, %). Befolkningstalen baserar sig på officiella folkmängden enligt Statistiska centralen. Befolkningen som bor på Åland ingår i siffrorna för hela landet.

### Uppgifternas riktighet och exakthet

Kriteriet för definitionen av fallen var vilken som helst diagnoskod som tyder på ADHD (F90 eller F98.8) i ICD-10-sjukdomsklassifikationen i primärvårdens eller den specialiserade sjukvårdens vårdanmälningsregister. ADHD-diagnosen kunde vara besöksorsaken eller en huvud-, sido- eller långtidsdiagnos minst en gång per kalenderår. I statistiken över förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga granskas inte ADHD:s olika förekomstformer separat. Även ADHD:s God medicinsk praxis-arbetsgrupp betonar att det i förekomstformerna av ADHD i sig inte är fråga om separata syndrom, så klassificeringen enligt förekomstformerna kan öka missförstånden.<sup>6</sup> Observera dock att koden F98.8 även innehåller andra eventuella störningar som inte har samband med ADHD. Koden F98.8 har dock antagligen använts i Finland främst i diagnostiseringen av ADHD, och F98.8 har beaktats i nordiska registerundersökningar som granskar incidensen av ADHD hos barn och unga.<sup>7</sup> Av dessa orsaker är även F98.8 ett kriterium för antagning i statistiken över ADHD hos barn och unga.

Uppgifternas riktighet är beroende av kvaliteten på och riktigheten av de uppgifter som getts av uppgiftslämnaren. Uppgifterna skickas till THL via ett automatiskt urval från patientdatasystemen. THL, tjänsteproducenterna och datasystemleverantörerna av informationssystemen följer upp uppgifternas kvalitet och täckning i snabbrapporter och databasrapporter. Om man upptäcker brister i uppgifternas kvalitet eller täckning, gör dataproducenten nödvändiga korrigeringar och skickar de uppdaterade uppgifterna på nytt till THL.

### Uppgifternas täckning och presentation av resultaten

Uppgifter som plockats ur primärvårdens (AvoHilmo) och den specialiserade sjukvårdens (TerveysHilmo) vårdanmälningsregister om förekomsten av ADHD-diagnoser jämfördes med FPA:s registeruppgifter om ADHD-läkemedelsbehandling. Uppgifterna i FPA:s register Läkemedelsleveranser som ersatts från sjukförsäkringen (den s.k. FPA:s Receptdatabasen) som utnyttjats som jämförelsematerial hade plockats separat med samma ålder, köns- och områdesavgränsningar som uppgifterna i Hilmo-registren. Jämförelsen som baserar sig på THL:s och FPA:s uppgifter åskådliggörs på sidan 7 och tabell 2 i Statistikrapporten. Statistikrapporten som baserar sig på uppgifterna i primärvårdens och den specialiserade sjukvårdens vårdanmälningsregister ger en ganska tillförlitlig helhetsbild av förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga i Finland. En noggrannare helhetsbild av förekomsten av ADHD-diagnoser fås dock genom att samtidigt kombinera registeruppgifter på individnivå som administreras av THL och FPA, eftersom FPA har en betydande roll som komplement till social- och hälsovårdstjänsterna i denna målgrupp.

I stapelfigurerna i resultatrapporten presenteras det totala antalet fall, dvs. barn och unga som har en besöksanteckning med ADHD-diagnos i vårdanmälningsregistret för primärvården (AvoHilmo) eller den specialiserade sjukvården (TerveysHilmo). Linje- och kartbilderna och tabellerna visar förekomsten av ADHD hos barn och unga i procentenheter. För att beräkna detta har antalet personer som årligen har en ADHD-diagnosanteckning i vårdanmälningsregistren ställts i relation till befolkningen i samma ålder. De områdesspecifika resultaten av förekomsten av ADHD-diagnoser presenteras enligt välfärdsområde. Befolkningsestimatet är befolkningssituationen under kalenderårets sista vecka.

<sup>6</sup> se ADHD: God medicinsk praxis-rekommendation, 2019 (hänvisning 28.11.2023).

<sup>7</sup> se Dalsgaard S, Thorssteinsson E, Trabjerg BB ... & Pedersen CB (2020) [Incidence rates and cumulative incidence of the full spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence](#). JAMA Psychiatry 77(2):155–164.

### **Uppgifternas tillgänglighet, transparens och tydlighet**

Statistikrapporten om förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga publiceras på THL:s webbplats. Resultaten publiceras också som THL:s databasrapport.

Enligt 4 § i lagen om riksomfattande personregister för hälsovården ([556/1989](#)) är personuppgifter som införs i vårdanmälningsregistret sekretessbelagda. Mer information om begäran om information, villkor för utlämnande av uppgifter och ansökan om forskningstillstånd finns på THL:s webbplats ([Forskningsanvändning och dataanvändningstillstånd](#), [Findata](#)).

### **Uppgifternas aktualitet och rättidighet**

Statistiken över förekomsten av ADHD-diagnoser hos barn och unga och statistikrapporten uppdateras och publiceras årligen. Uppgifterna som publiceras sträcker sig alltid till situationen under kalenderåret före publiceringsåret. Publiceringstidpunkten för statistiken över förekomsten av ADHD-diagnoser för barn och unga infaller i slutet av året.

---