

MITTUNIVERSITETET

Institutionen för Socialt Arbete

ÄMNE: Socialt arbete, C-kurs

HANDLEDARE: Catarina Lundström

ABSTRAKT: År 2010 beräknades 5 % av svenska skolungdomar ha diagnosen ADHD. Den höga frekvensen av diagnosen och debatten som förts kring den visar på behovet av att granska diagnosen grundligare. Avsikten med denna studie är att problematisera utredningsprocessen och diskutera diagnostiserandet av ADHD. Vi vill även belysa socionomens roll vid en utredning av diagnosen. I denna uppsats diskuteras ADHD-utredningar utifrån olika synsätt på diagnosen. Undersökningen bygger på intervjuer med fyra socionomer som är inblandade i ADHD-utredningar. De intervjuade socionomerna ser till skolmiljöns påverkan på barns utveckling och uppmärksammar även problemet med det ökade antalet ADHD-diagnoser. Studien visar att socionomer inte har en given plats i utredningsprocessen. Hur de olika klinikerna ser på diagnosen kan avgöra om en socionoms kunskap ska tillgodoses vid ett utredande. Resultatet av vår undersökning kopplas till det teoretiska begreppet normalisering i syftet att kunna problematisera och diskutera processen; från ett avvikande beteende till en diagnos och behandling.

NYCKELORD: Socialt arbete, ADHD, Utredningar, Kurator, Normalisering

TITEL: ADHD-utredningar. En kvalitativ studie med fokus på utredningars säkerställande av diagnosen

FÖRFATTARE: Louise Holmgren, Sofia Idström

DATUM: 4 januari 2011



ADHD-utredningar

En kvalitativ studie med fokus på utredningars säkerställande av diagnosen

*”Genom att sammanställa två sanningar kommer man fram till den tredje, som tillför oss
en ny kunskap, en insikt, som man förut icke haft”*

Al-Ghazali

Författare: Louise Holmgren & Sofia Idström

Handledare: Catarina Lundström

4 januari 2011

Innehållsförteckning

1. Förord	1
2. Inledning.....	2
2.1. Bakgrund och problemformulering	2
2.2 Syfte och frågeställningar	3
3. Metod	4
3.1. Forskningsdesign	4
3.2. Urval och genomförande	4
3.2.1. Litteratursökning	4
3.2.2. Teoretisk utgångspunkt	5
3.2.3. Intervjuer	5
3.3. Etiska överväganden.....	6
3.4. Validitet och reliabilitet	6
3.5. Analysens uppbyggnad.....	7
3.6. Avgränsningar	7
4. Kunskapsläget och tidigare forskning	8
4.1. Vad är ADHD?	8
4.1.1. Vad är en diagnos?.....	8
4.1.2. DSM manualens definition av ADHD	8
4.2. Närliggande diagnoser	9
4.3. Orsaker till ADHD.....	10
4.4. Grundskolans roll	11
4.5. Utredning av ADHD.....	12
4.6. Behandling av ADHD	13
4.7. Kritik till diagnostiserandet av ADHD	14

5. Teoretisk utgångspunkt	16
5.1. Normalisering	16
6. Utredningsprocessen utifrån kvalitativa intervjuer	18
6.1. Skolkurator	18
6.2. Kurator på BUH och BUP	19
7. Resultat	22
7.1. Analys	22
7.2. Socionomernas roll	25
7.3. Sammanfattning och slutsatser	26
8. Diskussion	28
Källförteckning	31

Bilagor

DSM-IV Criteria for ADHD

Intervjuschema

1. Förord

Vi bestämde oss för att skriva en uppsats tillsammans när vi upptäckte vårt gemensamma intresse för neuropsykiatriska funktionshinder. Vi hade båda en kritisk uppfattning om diagnostiserandet och behandlingen av ADHD och utifrån det växte vårt syfte fram. Vi har försökt hålla oss så objektiva som möjligt till vårt material för att kunna ge en rättvis bild av diagnosen. På grund av att vi under vissa perioder i skrivandet har varit på olika geografiska platser har vi valt att dela upp arbetet för att sedan sammanställa gemensamt. Sökandet efter fakta har skett separat men sammanställningen och analysen av forskningen har vi bearbetat tillsammans. Alla intervjupersoner hade uppbokade scheman och vi är tacksamma för att de kunde ta sig tid och dela med sig av viktig information för att vi skulle kunna färdigställa denna uppsats. Vi vill även tacka alla som på vägen som stöttat och hjälpt i processen med konstruktiv kritik och fått oss att se på uppsatsen med nya ögon.

TACK!

2. Inledning

2.1. Bakgrund och problemformulering

Avvikande beteende, som till exempel impulsivitet och hyperaktivitet, förklaras ibland genom diagnosen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Idag beräknas cirka 5 % av barn i skolåldern ha denna funktionsnedsättning (Socialstyrelsen [SoS], 2010).

Debatten om funktionsnedsättning och ADHD kan kopplas till olika vetenskapliga skolor som har skilda förklaringsmodeller för hur diagnosen uppkommer. Det perspektiv som har fått mest gehör är det medicinska¹ och detta har lett till en stark kritik från en del sociologer, då de har en annan uppfattning om förklaringen till uppkomsten av diagnosen.

Barn diagnostiseras och behandlas beroende på resultatet från en utredning. Hur dessa utredningar är utformade och vilka aspekter som behandlas påverkar framtiden för dessa barn. Det handlar om barnets självuppfattning och möjligheten att integreras i den sociala omgivningen. Behandlingen av barn med ADHD ser olika ut beroende på individuella behov och var i landet de får sin diagnos ställd, men målet med samtliga behandlingar är att anpassa barnen så att de får en given plats i samhället och inte riskerar att marginaliseras. Ett alternativt synsätt på dessa diagnoser är att de definierar avvikande beteende som ett sjukdomstillstånd. Eftersom sjukdom är en socialt accepterad avvikelser kan beteendet då accepteras (Johannisson, 2009). Uppfostran av stökiga barn kan för föräldrarna bli ångestframkallande och att ta hjälp och stöd utifrån kan ses som ett misslyckande. Dessa sociala och kulturella dilemman kan också ses som en förklaring till ökningen av antalet ADHD-diagnostiserade barn. En diagnos minskar förnedringen för familjen och diagnosen fungerar som en "ursäktande" förklaring till barnets beteende (Timimi et al., 2004).

Ambivalensen kring diagnosen och kampen om tolkningsföreträdet om ADHD har, som redan nämnts, skapat två debattläger, en medicinsk och en sociologisk skola. Vi tror att detta kan

¹ Medicinsk vetenskap – Vetenskap och praktik som ägnar sig åt att förhindra, diagnostisera och behandla sjukdomar. http://sv.wikipedia.org/wiki/Medicinsk_vetenskap

påverka utredningsprocessen, vilket vi ville undersöka vidare. Vi vill öka förståelsen för hur diagnosen ADHD uppkommer genom att klargöra processen från det att ett avvikande beteende uppmärksammas i skolan till att en diagnos ställs. Vilken betydelse har ett avvikande beteende för en diagnos och vilken betydelse har diagnosen för en social integration och normalisering till det omgivande samhället? Vilken roll har socionomer i denna process?

2.2 Syfte och frågeställningar

Vi vill undersöka och föra en diskussion om ADHD-utredningar och diagnostiserande av barn och unga samt analysera och problematisera utredningsprocessen utifrån ett normaliseringsperspektiv. Genom intervjuer vill vi fördjupa oss i hur fyra socionomers delaktighet kan se ut i processen från ett avvikande beteende till en diagnostisering. Hur kan processen se ut från ett normbrytande beteende till behandling? Vilken roll har socionomerna på de olika institutionerna i utredningsprocessen? Vad har de olika vetenskapliga inriktningarna för påverkan på utredningarna? Hur påverkas behandlingar och normalisering av ADHD-utredningars slutsatser?

3. Metod

I det följande redogörs forskningsprocessen, det vill säga genomförandet av intervjuer, insamlandet av material, prioriteringarna och motiveringar inklusive en diskussion om de svårigheter och hinder vi stött på.

3.1. Forskningsdesign

Vi har valt att göra en kvalitativ studie genom intervjuer och insamlande av data för att få en fördjupad förståelse hur utredningsprocessen går till. Eftersom processen kan variera mellan geografiska områden och olika typer av utredande instanser har vi valt att göra intervjuer både i Östersund och Göteborg. Vi har valt just dessa två kommuner eftersom de skiljer sig i geografiskt läge och i folkmängd, detta kan innebära en skillnad i utredningsprocessen som kan vara av vikt att belysa. Intervjuerna har utförts med kuratorer på grundskolor och på utredande kliniker, BUP (Barn- och ungdomspsykiatri) och BUH (Barn- och ungdomshabiliteringen). Vi har valt just dessa institutioner då de är väsentliga aktörer i utredningsprocessen. Vi har försökt tolka de olika kuratorernas syn på diagnosen och hur de ställer sig till dagens debatt.

För att kunna redovisa en utförlig bild av hur utredningsprocessen går till har vi valt att komplettera våra intervjuer med en litteraturstudie. Den är väsentlig eftersom det är starka meningsskiljaktigheter i debatten. Tanken är att vi ska kunna skapa en större förståelse för institutionernas olika perspektiv på ADHD diagnosen. Med kunskapsöversikten vill vi klargöra utredningsprocessens styrkor och brister samt visa oss hur utvecklingen av diagnosen ADHD har vuxit fram.

3.2. Urval och genomförande

3.2.1. Litteratursökning

Vi har studerat vetenskapliga artiklar, myndighetsrapporter samt monografier och antologier. När vi sökt efter litteratur har vi använt oss av Mittuniversitetets bibliotekskatalog MIMA.

Litteratur såsom artiklar, publikationer och avhandlingar har vi bland annat sökt via databasen CSA Social Sciences samt Google Scholar. Vi har främst använt oss av sökorden; ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, examin*, diagnos*, evaluat*, evidence bas*, critic*, sociolo* samt normalisering och normalitet. När vi har sökt i databaserna har vi fått många träffar och det har varit svårt att minimera antalet. Vi har även använt oss av källor som artiklar och böcker har hänvisat till. Utredningarna följer internationella kriterier från DSM-manualen, men hur dessa kriterier utreds är upp till den enskilda utredaren, vi har inte funnit någon forskning på detta.

Forskningen utgår främst från pojkars problematik och är därmed bristfällig när det gäller flickors svårigheter. Utifrån ett genusperspektiv påverkar detta därmed vårt resultat eftersom vi utgår ifrån dagens forskning.

3.2.2. Teoretisk utgångspunkt

Den debatt som idag förs om ADHD innebär att många berörda yrkesgrupper tvingas ta ställning till huruvida det är en funktionsnedsättning eller inte. Ett identifierande av en diagnos kan kopplas till det teoretiska perspektivet normalisering. Behandlingen av ADHD sker i en strävan att normalisera individen till det övriga samhället. Vi avser att problematisera denna normalisering som identifierar och pekar ut det som avviker från det normala. I diskussionen om normaliseringsprocessen är skillnaden mellan det sociologiska och medicinska perspektivet viktigt att belysa eftersom de har olika tillvägagångssätt för att en individ ska integreras i det omgivande samhället. Trots att normalisering är ett sociologiskt begrepp har vi gjort ett försök att även kunna koppla det med det medicinska perspektivet.

3.2.3. Intervjuer

Vi har valt att göra fyra intervjuer för att genom dessa kunna skapa oss en djupare bild hur arbetet med ADHD utredningar går till i praktiken. Vi har valt att göra våra undersökningar i två olika kommuner för att få en inblick om det finns skillnader beroende på geografiska områden och folkmängd. Ett vanligt förstadium till en ADHD-utredning är de basutredningar som utförs i skolor. Vi valde därför att intervjua två skolkuratorer på låg- och mellanstadieskolor i de två kommunerna. De andra två intervjuerna är gjorda med kuratorer

på BUP (barn och ungdoms psykiatri) samt på BUH (barn och ungdomshabiliteringen), två kliniker som utfärdar utredningar.

Tre av intervjuerna utfördes på kuratorernas arbetsplats och de tog mellan 30 till 60 minuter. En intervju gjordes via telefon på grund av respondentens tidsbrist. Tekniska problem medförde att en av våra intervjuer blev förkortad och en stor del av informationen försvann. Vi använde oss av semi-strukturerade intervjuer vilket gav våra respondenter möjlighet att själva kunna lyfta fram det som de ansåg viktigt i utredningsprocessen. Efter insamlandet av materialet bearbetade och analyserade vi det genom meningskoncentreringsmetoden. Detta för att kunna finna gemensamma teman som respondenterna berörde och kunna knyta samman deras uttalanden. Intervjuerna redovisas i två avsnitt; skolkurator samt ett avsnitt för kutorerna på BUP och BUH. För att tydligt redovisa materialet formulerades nya frågor som blev överskrifterna i resultatet.

3.3. Etiska överväganden

Respondenterna har informerats om syftet med vår undersökning och de har gett sitt samtycke. I samband med bearbetningen av respondenternas uttalande har vi ibland upplevt det svårt att tolka det som sagts. Vi har därför valt att återkoppla vårt resultat med respondenterna för att de ska ha möjligheten att ta del av vårt intervjuresultat.

3.4. Validitet och reliabilitet

Vi valde att göra fyra intervjuer för att kunna ge läsaren en bild av hur en utredning kan se ut. Eftersom vi har ett begränsat antal intervjuer kan inte detta ge en allmän bild av hur utredningar går till landet över. Vi har inte som mål att ge ett generaliserbart resultat utan vi vill belysa hur utredningarna kan se ut för att öka förståelsen för processen och de skillnader som kan finnas.

I våra intervjuer har vi haft ett semi-strukturerat intervjuer-schema för att kunna få breda och informativa svar. Under arbetsprocessen har andra frågor utvecklats som vi hade kunnat komplettera intervjuerna med men på grund av tidsbristen blev detta inte möjligt. Det resultat vi har fått via våra respondenter kan variera från hur andra respondenter skulle svarat, men

resultatet utgör ett exempel på hur verksamma kuratorer och socionomer kan uppfatta en utredning.

Det finns mycket forskningsmaterial om diagnosen ADHD. Detta kan innebära att valet av källor i stor grad styr vårt resultat. Detta kan leda till att en granskning av andra källor än de vi har valt möjligtvis skulle resultera i en olikartad slutsats. Vi inser svårigheten med att förhålla oss objektiv till denna forskning då detta är ett ämne som intresserar oss.

3.5. Analysens uppbyggnad

Vårt intervjumaterial sammanvävs i analysen med tidigare forskning och den valda teoretiska utgångspunkten. Utifrån detta problematiseras utredningsprocessen. Analysens struktur är kronologiskt uppbyggd och följer en linje som liknar utredningsprocessen. Skillnader och likheter analyseras för att belysa komplexiteten av diagnosen och normaliseringen av ett avvikande beteende.

3.6. Avgränsningar

Vi har under arbetets gång upptäckt att grundskolan är en viktig aktör i identifierandet av ADHD. Därför har vi i detta arbete inkluderat skolan som en del i utredningsprocessen. Vi har valt att fokusera på barn i åldrarna 6 till 12. I dessa åldrar tydliggörs symptomen eftersom skola kräver en form av anpassning till normalt beteende.

Vi har i vår undersökning avgränsat oss till två geografiskt skilda platser, Östersund och Göteborg.

4. Kunskapsläget och tidigare forskning

4.1. Vad är ADHD?

4.1.1. Vad är en diagnos?

Begreppet diagnos härstammar från grekiskan och betyder särskiljande kunskap eller bedömning. Diagnos är även en förklaring till ett problem och ger dessutom en prognos för framtiden, vilket kan styra den eventuella behandlingen. För en diagnostiserad patient kan detta ge en socialt accepterad roll och identitet (Johannisson, 2009). En diagnos skapar dessutom en skiljelinje mellan vad som är friskt och sjuk, vad som är normalt och icke-normalt (Hörnfeldt, 2009). Diagnoser är beroende av den samhällskontext och de värderingar som finns i ett samhälle. En sjukdom existerar först när vi är överens om att det är en sjukdom (Johannisson, 2009).

4.1.2. DSM manualens definition av ADHD

ADHD definieras av APA (American Psychiatric Association) som sedan 1952 givit ut manualen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) för att klargöra definitioner och symptom på olika psykiska sjukdomar. Den första DSM-manualen (DSM-I) kom ut 1952 men i denna upplaga fanns dock ingen definition på vad som kunde beskrivas som ADHD-symptom. Under årens lopp har symptom som hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter beskrivits med nya beteckningar i varje uppdaterad utgåva av DSM-manualen; HKD (hyperkinetic reaktion); ADD (Attention Deficit Disorder); ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Förändringen av diagnosen ADD till den reviderade versionen ADHD resulterade i att antalet diagnostiserade barn ökade med 50 %. Den senast utgåvan av DSM kom 1994 (DSM-IV) och det är den som används idag. Nästa upplaga beräknas komma år 2013 (Brante, 2009; American Psychiatric Association [APA], 2000).

ADHD står för Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Symptomen beskrivs som bristande uppmärksamhetsförmåga och/eller koncentrationsvårigheter samt impulsivitet och hyperaktivitet (SoS, 2010; Brante, 2009).

ADHD delas in i tre kategorier

- ADHD huvudsakligen med bristande uppmärksamhet,
- ADHD huvudsakligen med hyperaktivitet/impulsivitet samt
- ADHD i kombinerad version.

DSM-manualen redovisar olika kriterier som ska uppfyllas, kriterierna redovisas i två delar för att klargöra om det antingen är uppmärksamhetsproblem eller hyperaktivitetsproblem eller om det är en kombination av de två. Sex av nio kriterier i respektive del måste uppfyllas för att en diagnos ska kunna ställas. Kriterierna beskriver symptom som visar sig vid ADHD men i manualen finns även mer utförliga beskrivningar som bland annat behandlar individens egenskaper och åldersspecifika symptom (APA, 2000).

För att en diagnos ska kunna ställas utifrån de ovan beskriva kriterierna finns ytterligare krav som måste tillgodoses. Symptomen måste ha funnits under en period av minst sex månader, återfunnits innan sju års ålder och skiljt sig ifrån barns normala beteende vid den aktuella åldern. Problemen ska ha en allvarlig inverkan på barnets utveckling och vardag. Symptomen ska heller inte samvariera med andra psykiska sjukdomar (Socialstyrelsen [SoS], 2004; APA, 2000).

4.2. Närliggande diagnoser

DSM-manualen används främst i USA och i vissa länder i Europa, bland annat i Sverige. I stora delar av Europa används en manual som WHO (Världshälsoorganisationen) utvecklat med liknande syfte som DSM, denna kallas ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). ICD beskriver symptom och beteende som kan liknas vid ADHD, men i denna manual betecknas diagnosen som HKD (Hyperkinetic Disorder) och har en tydligare och snävare definition än ADHD. I Socialstyrelsens kunskapsöversikt från 2004 jämfördes förekomsten av ADHD och HKD. År 2002 beräknades ADHD innefatta 3-6% av barn i skolålder medan endast 1-2% beräknades ha HKD.

ADHD-symptomen som beskrivs i DSM-IV är relativt vid och öppen för egen tolkning. Trots att det finns ytterligare beskrivningar om hur symptomen mer specifikt visar sig i olika kontexter, innebär det svårigheter för diagnostiseringen. Detta visar sig även då det finns andra diagnoser som ligger nära ADHD symptom. På 80-talet utvecklades diagnosen DAMP, denna diagnos har liknande symptom som ADHD fast med större motoriska svårigheter (Beckman, 2007). DAMP diagnosen erkändes dock inte internationellt och Socialstyrelsen (2004) rekommenderade att begreppet inte skulle användas. Idag är motsvarigheten till DAMP en ADHD-diagnos med tilläggsdiagnosen DCD (Developmental Co-ordination Disorder) (SoS, 2004).

4.3. Orsaker till ADHD

Det finns idag ännu ingen fastställd orsak till utvecklingen av ADHD. Synen på orsaken till ADHD är kopplad till den disciplin som de yrkesverksamma förhåller sig till. Orsaken kan återfinnas på individuell-, familje- eller samhällsnivå (Andershed & Andershed, 2005). Den medicinska skola är den disciplin som idag har fått mest gehör när det gäller orsaksförklaring, diagnostisering och behandling (Visser & Jehan, 2009).

Viss forskning har funnit belägg för att det finns en ärftlighet i utvecklandet av ADHD, men undersökningarna har inte visat vad som orsakar denna ärftlighet. Tvillingstudier har visat att det främst är på grund av genetiska faktorer som sjukdomen utvecklas och att barnens uppväxtmiljöer har mindre inverkan. Hos individer med ADHD förekommer ofta en defekt i de exekutiva funktionerna men det kausala sambandet är dock ännu inte säkerställt (SoS, 2004). Hjärnans funktioner påverkas däremot av omgivningen, vilket visar på ett samband mellan arv och miljö. Ärftligheten av sjukdomen skulle innebära en ökad sårbarhet som med omgivningens påverkan skulle utveckla symptomen för ADHD (SoS, 2004, 2010; Beckman, 2008).

Forskningsresultat som pekar på miljöfaktorer som bakomliggande orsaker har till stor del ignorerats, vilket kan förklaras av att den medicinska skolan uppfattas som en mer gedigen forskning än den sociologiska (Timimi et al., 2004; Wheeler, 2010). Den sociologiska

forskningen handlar om att finna hur omgivningen påverkar individens psykiska hälsa, men den har även ett kritiskt förhållningssätt till den medicinska förklaringen (Hetzler, 2008).

4.4. Grundskolans roll

I skolmiljön blir ett normbrytande beteende synligt. Kraven höjs på eleverna och det finns inte utrymme för att vara aktiv och okoncentrerad på samma sätt som i förskolemiljö. 2001 lade regeringen fram en proposition till riksdagen som föreslog ett utvecklande av ett Elevhälsoteam som skulle vara ansvarig för elevernas hälsa och utveckling. Hälsa på skolorna handlar idag mer om psykiska behov snarare än fysiska behov som det var förr i tiden (Hjörne, 2008; Regeringen, 2001).

Elevhälsans uppgift är att se till att barns allmänna, sociala och kroppsliga utveckling gynnas i skolmiljön samt att kunna erbjuda stöd för de individer som kräver det. Hur detta arbete fortlöper är upp till varje Elevhälsa och det finns geografiska skillnader i hur arbetet går till. Teamen kan ha olika konstellationer av professioner beroende på skolans behov, men oftast ingår rektor, kurator, skolsköterska och specialpedagoger. Ett av Elevhälsans mål är att genom samtal med elever höra deras berättelse utifrån dennes perspektiv, för att sedan tolka och diskutera för att nå adekvata insatser. Teamet avgör själva vad som anses vara normalt och icke-normalt och utifrån det avgörs vilka behov som finns (Hjörne, 2008).

Det finns inga direktiv på vilka problem som är aktuella för åtgärd men det finns vissa riktlinjer för nödvändiga tillvägagångssätt för att identifiera ett problem. Olika utredningar görs, till exempel psykologiska eller medicinska, för att identifiera problemet och för att rätt sorts åtgärd ska ges. Därefter utformas ett åtgärdsprogram som är ett obligatoriskt tillvägagångssätt (SFS:1994:1194) för att kunna fånga upp de elever som är i behov av stödinsatser. Åtgärdsprogrammet ska ske i samverkan med elev, skola samt familj och i vissa avseenden kan det vara aktuellt att ta kontakt med andra verksamheter för att kunna hjälpa barnet på bästa sätt, till exempel gå vidare till barn- och ungdomspsykiatri (Isaksson, 2009; Regeringen, 2001). Dock hävdar viss forskning att barnets hemmiljö inte alltid inkluderas när åtgärder utformas i skolan (Hjörne, 2008).

Det är eleverna med anpassningssvårigheter som ofta blir aktuella för Elevhälsan. Diskussionerna i teamet berör ofta möjligheten att ADHD och andra neuropsykiatriska diagnoser kan vara förklaringen till det oönskade beteendet. När en diagnos blir aktuell kan detta ge skolan mer resurser för att barnets behov ska kunna tillgodoses. Samtidigt innebär en diagnostisering att problemet överförs till eleven och friar skolan och familjen (Hjörne, 2008). Anpassning till den omgivande miljön sker genom medicinering och skolans individuella åtgärdsprogram. Att förändra skolmiljön så att den ska inkludera alla är ett alternativt synsätt (Wheeler, 2010).

Undersökningar har visat att skolans atmosfär även påverkar individer som inte har ADHD. De ökade kraven, betyg och mycket stillasittande kan påverka dessa barn och öka förekomsten av ADHD-liknande beteende hos dem. Detta kan bli missvisande eftersom mycket av kriterierna i DSM-IV utgår från elevens beteende i skolan (Wheeler, 2010).

I den svenska skollagen (SFS 1985:1100) står det att "särskilt stöd skall ges till elever som har svårigheter i skolarbetet" (Isaksson, 2009). Även i Regeringens proposition 2001/02:41 står det att "stödet bör utformas efter en analys av elevens behov och får inte vara beroende av en medicinsk diagnos. De elever som behöver särskilt stöd har enligt skollagen en ovillkorlig rätt att få det" (Regeringen, 2010, s. 29). Detta innebär att *alla* elever har rätt till stöd. Med en ökad tilltro till diagnoser och svaga resurser i skolan innebär detta att främst elever med diagnoser får det stöd de behöver. Enligt vissa forskare leder detta till att den medicinska diagnosen värderas högre än de pedagogiska behoven (Isaksson, 2009).

4.5. Utredning av ADHD

De utredningar som görs för att diagnostisera ADHD är grundläggande och noggranna, men det finns ingen specifik undersökning som kan bevisa om en individ har eller inte har ADHD (SoS, 2004; Timimi et al., 2004). Socialstyrelsen (2004) har redovisat två skäl till varför en utredning bör göras som berör barns utveckling och beteende; det ena är när ett barn har så stora problem att det hindras från en normal vardag samt påverkar skolgång och fritid; det andra skälet handlar om att föräldrar eller närstående till barnet oroar sig för dess utveckling och därför söker hjälp. Utredningar bör därför göras i team där både läkare och psykolog finns representerade. Beroende på individens behov kan det även vara av vikt att efterfråga

kompetens som arbetsterapeuter, kuratorer, logoped, pedagoger och sjukgymnaster (Sveriges Neuropsykologers Förening [SNPF], 2003; SoS, 2004; Beckman, 2008). Att rådfråga ytterligare kompetens är dock inte nödvändigt, enligt lagstiftning kan psykologer ställa en ADHD diagnos utan vidare konsultation. Ett diagnostiserande görs dock oftast i samråd med en läkare (Damell, 2007).

För att kunna ge en rättvis bild i utredningen krävs att utredaren har en kunskap om barns normala beteenden och utvecklingsfaser (SoS, 2004). Barnets situation och föräldrarnas relation till barnet undersöks genom intervjuer och skattningsskalor. I detta moment tas frågor upp angående förhållandena under och efter graviditeten samt familjens sjukdomshistoria. Intervjuer sker även med personal på förskolan eller i skolan för att ge en bild över barnets skolprestationer och sociala funktioner. En utredning görs inte enbart för att kunna identifiera det avvikande beteendet utan även för att se till barnets starka sidor (SoS, 2004; SNPF, 2003; Beckman, 2008).

Psykologens del i utredningen är att undersöka barnets kognitiva förmåga i förhållande till barnets utvecklingsnivå. Bland annat undersöks de exekutiva funktionerna, barnets förmåga att planera och organisera; barnets förmåga i kort- och långtidsminne; barnets uppmärksamhet (SoS, 2004). Läkarens del i undersökningen går främst ut på att göra en allmän hälsokontroll inklusive syn, hörsel samt undersöka barnets rörelseförmåga. De resultat som läkaren får jämförs med individens egen utvecklingshistoria, men även med det som är allmänt åldersadekvat. Läkaren undersöker även om det finns andra funktionshinder som kan påverka barnets beteende (SNPF, 2003; SoS, 2004).

4.6. Behandling av ADHD

Synen på hur ADHD uppkommer avgör vilka sorts åtgärder som sätts in för att kunna underlätta tillvaron och öka möjligheten för att kunna få leva ett så normalt liv som möjligt. Mycket av den behandling som ges till barn med ADHD handlar om att de själva ska kunna kontrollera sitt beteende och sina impulser samt sociala träningsformer för att lära sig interagera med andra. Stödinsatser finns även till föräldrarna för att de med positiva uttryck ska kunna uppfostra sina barn och att deras relation inte påverkas av de eventuella negativa situationerna (SoS, 2004; Beckman 2008).

Behandling som utgår från ett mer medicinskt perspektiv är medicinering av Ritalina och andra centralstimulerande preparat. Denna behandling ska dock ske i kombination med föräldrastöd och social träning för barnet. Detta är ett kontroversiellt behandlingssätt och upprör många eftersom medicinen baseras på amfetaminsubstans. Det är endast var femte ADHD-diagnostiserad som reagerar positivt på medicinen och det har även visat sig att behandling med centralstimulerande medicin har samma effekt på barn med ADHD som barn utan symptom eller diagnos. Det finns en dataspelsbaserad behandling som är likvärdig medicineringen. De exekutiva funktionerna tränas i detta spel vilket resulterar i ökad koncentrationsförmåga, planeringsförmåga och kontroll över känslor (Timimi et al., 2004; Beckman, 2008; SoS, 2004).

4.7. Kritik till diagnostiserandet av ADHD

Under loppet av de 60 år som DSM har använts har antalet diagnoser ökat från 106 (DSM-I) till 365 diagnoser (DSM-IV). Denna ökning av antalet diagnoser har kritiserats då det alltmer refereras till mänskliga beteenden som symptom för mentalt avvikande beteenden (Brante, 2009). Fler medicinska och psykiatriska diagnoser innebär att fler barn särskiljs från det "normala" beteendet (Hörnfeldt, 2009). Föräldrar kan själva söka efter symptom hos sina barn som skulle kunna relateras till ADHD, en så kallad "loopingeffekt" uppstår, detta genom medias ökade bevakning och rapportering om diagnoser och dess symptom (Hjörne, 2008).

Artikeln skriven av Timimi et al. (2004) lyfter fram kritik emot den konsensus som råder i förhållande till DSM:s definition av ADHD. Psykologer och läkare hävdar i ett gemensamt dokument att orsaken till diagnosen är fastställd och att det inte finns något behov av vidare diskussion. Timimi et al. (2004) hävdar att denna enighet grundar sig i en påverkan från läkemedelsindustrin och deras ekonomiska intresse i att fler diagnostiseras med ADHD. Detta är en kritik som även Kärfve (2009) framfört.

Timimi et al. (2004) menar att det finns kulturella skillnader i tolkningen och behandlingen av ADHD. I västerländska samhällen ses barn som enskilda individer som har sina rättigheter att få uttrycka sig och behandlas på ett respektfullt och ansvarsfullt sätt. Detta gör att barnuppfostran kopplas allt mer till ångest både för föräldrar och lärare som har pressen att

kunna hantera stökiga barn. I diskussionen som förs i artikeln av Timimi et al. (2004) finns ett socialt dilemma då det anses vara förnedrande för en familj när staten måste hjälpa till i frågan om barnuppfostran. Detta sociala och kulturella dilemma kan vara en förklaring till ökningen av antalet ADHD diagnostiserade barn.

Det är vanligt att föräldrar blir lättade över att en diagnos ställs på barnet och att de då kan få information om sjukdomen och hur de ska hantera den (SoS, 2004). Tillskrivandet av en diagnos gör att det avvikande beteendet läggs på individen. En diagnos befriar familjen, skolan från skulden i barnets beteende, ADHD-diagnosen blir en "Label of Forgiveness". Samtidigt ger en diagnos ökade möjligheter för barnet och familjen att få stöd och hjälp (Hjörne, 2008; Kärfve, 2009). En kritik som väckts är att en diagnos innebär en funktionsnedsättning i det sociala livet, genom en diagnostisering kommer barnet identifiera sig och bemötas av omgivningen utifrån den (Levy & Hay, 2001; Hjörne, 2008).

Ett av argumenten för att det medicinska synsättet är missvisade är att bedömningen inför ett diagnostiserande utförs på en subjektiv uppfattning hos utredarna och en subjektiv känsla hos de berörda individerna (Wheeler 2010; Kärfve 2009). Visser & Jehan (2009) förklarar vidare att diagnosen är kontextuell i de olika disciplinerna, den medicinska ger en genetisk förklaring till sjukdomen medan sociologin ser en social och kulturell konstruktion som förklaring på beteendet, att det är samhället som frambringar det.

5. Teoretisk utgångspunkt

5.1. Normalisering

Normalitet² handlar om att vara normal, vanlig och att överensstämma med en rådande norm (Lilja, 2007). Det som menas med normalitet är att alla har rätt till en skälig levnadsstandard, det vill säga en rättighet till ett självständigt liv oavsett om personen har en diagnos eller inte.

Imiterad normalitet är då personen får stöd och hjälp för att klara av sin vardag, det kan ta form som planering och strukturering av vardagslivet. En kritik till begreppet är att det är ytligt och enbart handlar om anpassning till "systemet", att likna alla andra. Ytterligare kritik har belyst att begreppet knappt har ifrågasatts och inte har problematiserats i tillräcklig utsträckning. För att en integration av individer som bryter mot normerna ska kunna ske, så kan avvikaren normalisera sig till samhället eller så kan samhället anpassa sig till individerna så begreppet "normalt" vidgas. Dagens samhälle anpassar sig dock inte, det är individerna som istället eftersträvar att passa in (Lilja, 2007).

Normalitetsbegreppet har en lång historia men det var under 1800-talet som normalt blev ett begrepp för något som var hälsosamt eller genomsnittligt (Hörnfeldt, 2009; Svensson, 2007). Synen på psykiskt sjuka har under historien inneburit en avskärmning av avvikande individer. För att hålla dem i schack förpassades de från samhällets offentliga rum till isolerande institutioner där de hölls under observation. Detta var tydliga markeringar mellan onormala psykiskt sjuka och de friska normala människorna (Hetzler, 2008). Under 60- och 80-talet ersattes den dåvarande psykologin av diagnoser som förklaringar till vad som var friskt och sjukt. Med en diagnostisk psykologi sätts gränser för vad som är normalt och onormalt (Hörnfeldt, 2009). Idag beskrivs normalitetsbegreppet allmänt och förklarar inte bara hälsotillstånd utan allt som kan beskrivas som normalt respektive icke-normalt (Hörnfeldt, 2009).

Normaliseringsprocessen skapar rutiner genom åtta moment som ska bidra till att individer med funktionsnedsättning ska kunna leva så normalt som möjligt. Momenten kan exempelvis

² Normalitet – egenskap att överensstämma med en norm, att vara normal <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

vara att utveckla en normal dagsrytm, veckorytm, självbestämmanderätt. Detta bidrar till ett humanistiskt värde och en ökad självkänsla som kan påverka det framtida beteendet (Nirje, 2003). Ansvar för beteendet läggs ofta på individen. De åtgärder som görs på skolan riktas oftast på individens beteende för att eleven ska kunna anpassa sig så att läroändamålen uppfylls. Fokus borde istället läggas på samspelet med omgivningen för att minska de barriärer som finns för individen i undervisningen (Isaksson 2009).

Det är vanligt att barn och ungdomar testar gränser genom att undersöka normbrytande beteenden och i de flesta fall tonas detta ner när individerna närmar sig vuxen ålder. En undersökning har visat att 30-90% av de som har ett normbrytande beteende även har ADHD (Andershed & Andershed, 2005). Kärfve (2009) menar att med en ADHD diagnos tillskriver barnet en framtida benägenhet för avvikande beteende och utanförskap. Det finns även möjliga risk- och sårbarhetsfaktorer i barns omgivning som påverkar barnets beteende. Andershed & Andershed (2005) redovisar resultat av undersökningar som visar att den största riskfaktorn finns i familjeförhållandena. Missbruk, våld eller psykisk ohälsa kan påverka familjesituationen och medföra att ett normbrytande beteende eskalerar.

Begreppet normalitet markerar gränserna för vad som är normalt respektive icke-normalt. Normalisering är själva anpassningen och normaliseringsprocessen är hur individer anpassas till normaliteten. Svensson (2007) menar att utan det avvikande kan inte det normala existera eftersom det som bryter mot genomsnittet är det som definierar det normala. Kontrasten till normalitet är ett normbrytande beteende. Många av de barn som har ADHD har även ett normbrytande beteende, vilket kan leda till att barnen blir marginaliserade och behöver stöd och hjälp. Genom en normaliseringsprocess kan barnen integreras i det omgivande samhället. Normalitetsbegreppet kan inge en förståelse för utformningen och behovet av ADHD-utredningar eftersom utgångspunkten är att förebygga det avvikande beteendet.

6. Utredningsprocessen utifrån kvalitativa intervjuer

Skolkuratorerna benämns A respektive B, Kuratorn på BUH benämns C, kuratorn på BUP benämns D. Samtliga av våra respondenter har en socionomexamen.

6.1. Skolkurator

De två kuratorerna, A och B, som vi intervjuade arbetade på olika skolor i landet. Kurator A är 48 år och har tidigare arbetat på både BUP och socialtjänsten. Kurator B är 45 år och har arbetat som kurator i åtta år, hon har tidigare arbetat på socialtjänst i två år.

- Vad har ni för förhållningssätt till de elever som uppvisar ett beteende som kan likna det vid ADHD?

Elevhälsans betydelse för uppfångandet av elever med svårigheter var i de båda kommunerna en viktig del i processen. A och B beskrev att en del av deras arbete gick ut på att underlätta för barnet i skolmiljön och att ge barnet möjligheter att kunna anpassas in i klassmiljön. Detta kunde ske genom åtgärdsprogram eller enskilda samtal med barnet om dennes egna behov och känslor. Båda kuratorerna arbetade i första hand med anpassning för eleven för att i sista hand diskutera en diagnos och göra en eventuell utredning för remittering till utredande instans.

- Vad har ni för kompetens på skolan angående ADHD?

Båda kuratorerna talade om den blandade kompetensen i Elevhälsoteamet just för att de skulle kunna tillgodose barnets behov på samtliga plan. Samverkan inom teamet och med personalgruppen var en viktig del av arbetet med att identifiera och arbeta problembeteendet hos dessa elever. B menar att kompetensen hos lärarna handlar om flexibiliteten och förmågan att se och hjälpa de individer som behöver det extra stödet.

- Har ni speciella riktlinjer som ni arbetar utefter?

Riktlinjerna som kuratorerna arbetade efter såg olika ut i de två kommunerna. I A:s kommun arbetar samtliga Elevhälsoteam efter samma riktlinjer. På kommunal nivå finns ett övergripande team som samordnar samtliga team ute i skolorna för att arbetet med eleverna ska ge liknande utfall. B beskrev ett regionellt avtal för att samtliga barn ska få den hjälp de behöver. Detta avtal binder samtliga verksamheter (socialtjänst, BUP, skola) som berör barns välmående och gör dem lika ansvariga för barnets hälsa och skall bidra till att ingen faller mellan stolarna.

- Hur ställer du dig till diagnostiserandet av ADHD?

“Det kan bli lättare att hantera för det kan bli mycket skam och skuld... men frågan är om det hjälper barnet” Kurator A

Ett problem som kurator A poängterar var det faktum att en diagnos kan ge skolan mer resurser för att kunna tillgodose barnets behov, det är lättare att argumentera för att få extra resurser med en diagnos som stöd. Båda kuratorerna ställer sig tveksamma till diagnosen ADHD och båda är mer benägna att på egen hand finna andra lösningar än att remittera för en eventuell utredning. A hade hellre sett en förändring i systemet än att förändra själva individen exempelvis att se till de riskfaktorer kring barnet som skulle kunna vara påverkande. A har uppfattat att det har skett en ökning av antalet diagnoser, men anser samtidigt att det inte alla gånger är nödvändigt.

Kuratorerna såg elevernas svårigheter och styrkor snarare än de eventuella bakomliggande faktorerna. B menar att *“... sen tror jag att vi har barn som har den diagnosen men som är i en klassituation, en vänskapskrets, kanske med föräldrar... allt detta sammantaget som gör att de ändå fixar skolan ganska bra, jag är helt övertygad om att det är så”*.

6.2. Kurator på BUH och BUP

När en utredning utförts på skolan remitteras barnet till exempelvis BUH eller BUP för en grundligare utredning. Det finns olika kliniker som gör dessa utredningar. Våra intervjuer

kommer från två kliniker i olika kommuner; den ena ifrån BUI, kurator C; och den andra ifrån BUP, kurator D. Kurator C är 33 år och har tidigare erfarenhet av socialtjänst och beroendeproblematik. Kurator D är 34 år och har arbetat på BUP i fem år, tidigare erfarenhet från socialtjänst.

- Hur ser du på diagnosen ADHD?

Kurator C har inte någon personlig åsikt kring orsaken till ADHD, hon anser att den vetenskapliga forskningen får stå för den informationen. Hon ser dock problem med att diagnosen ständigt ifrågasätts. Båda kuratorerna påpekar att viss forskning visat på att det finns en viss ärftlighet. De båda anser dock att även de sociala faktorerna har en påverkan på diagnosen.

Den sociala omgivningen och familjeförhållandena var en viktig grund i att klargöra vid kurator D:s utredningar, det var hennes främsta uppgift i utredningen. Kurator C menade även hon att miljöfaktorerna var viktiga att identifiera, men detta beroende främst på hur individens problematik artade sig.

Kurator D klargjorde även att det inte alltid är nödvändigt med en diagnos. Om barnet fungerar bra trots uppvisade symptom så utförs ingen utredning. I utredningen på kurator D:s arbetsplats utgick de från individens funktion, snarare än att söka efter att finna en diagnos. Även på kurator C:s arbetsplats sökte de barnets funktion för att kunna ge rätt stöd.

- Vad är din del i utredningsprocessen?

Arbete med utredningarna såg olika ut på de två klinikerna där våra respondenter var verksamma. Kurator D beskrev ett nära samarbete mellan socionom, psykolog och läkare samt i vissa fall ytterligare professioner. På kurator C:s arbetsplats var integrationen och diskussion mellan de olika professionerna starkare, dock var endast psykolog och läkare de professioner som var med vid samtliga utredningar. Socionomens roll i utredningen var därmed inte lika tydlig på kurator C:s arbetsplats som den var på kurator D:s klinik. På kurator C:s arbetsplats tilldelades det aktuella barnet en kontaktperson beroende på vad som var barnets främsta problematik.

Även kuratorernas del i utredningsprocessen såg olika ut. Kurator D hade mer konkreta uppgifter som att kartlägga en psykosocial utveckling, medan kurator C:s arbetsuppgifter mycket berodde på barnets individuella behov. Kurator D har uppfattat utifrån sin tidigare erfarenhet, att socionomer inte har en given plats i ett utredningsteam. Detta anser hon dock att de lägger stor vikt vid där hon idag arbetar. Att socionomer ges en plats i utredningsprocessen anser hon är viktigt eftersom det ger ett annat perspektiv på problemet.

Det fanns även en skillnad mellan de två klinikerna i vad utredningen skulle leda till. På kurator D:s arbetsplats fanns det en utförlig manual som användes vid de fall då en ADHD-utredning var aktuell, denna fylldes i av psykolog, läkare och socionom. På kurator C:s arbetsplats gjordes mer flexibla undersökningar beroende på individens behov vilket inte behövde leda till just en ADHD-diagnos utan även andra diagnoser som autism eller trotssyndrom. Många föräldrar kom för att de behövde hjälp, inte nödvändigtvis för att få en diagnos utan för att kunna förstå sitt barn bättre.

- Hur uppfattar du utredningsprocessen och utformningen?

Kurator D tycker att deras tillvägagångssätt i utredningen fungerar bra och uppfattar inte att det borde skilja sig så mycket från hur andra kliniker utför utredningarna. Om alla utgår ifrån den stora DSM-manualen, som även innefattar mer specifika symptom och beteenden, anser hon att det är relativt säkert att symptomen undersöks på liknande sätt. Även kurator C har en uppfattning om att deras tillvägagångssätt borde stämma överens med andra klinikers utförande. Hon säger dock att utredningarna i sig ser olika ut beroende på individens problem, utredningarna kan även uppfattas olika av de som berörs av dem.

- Vad erbjuder ni för stödinsatser?

De båda kuratorerna diskuterade vikten av att kunna erbjuda familjen stöd vid ett diagnostiserande, vikten av att de förstod vad diagnosen innebar och hur de ska förhålla sig till sitt barn för att kunna väcka så positiva beteenden som möjligt. Samarbete med skolan var även viktigt efter ett diagnostiserande. Kurator D menade att många föräldrar har behövt kämpa länge för att få den hjälp deras barn behöver. Detsamma klargjorde kurator C och syftade till att många föräldrar kom till dem med en oro för sina barns

utveckling. Kurator D uttryckte även att medicinering kunde vara aktuellt men att detta görs i kombination med familjestöd.

7. Resultat

7.1. Analys

I den västerländska kulturen finns en önskan om att alla individer ska vara ”normala” och ha möjligheter till ett bra liv. Har en individ ett avvikande beteende söks förklaringar till detta. ADHD är idag en av flera diagnoser som kan ge en förklaring till ett avvikande beteende, detta kan även styrkas av våra intervjuer. En ADHD utredning kan ses som en del i processen till att bli normaliserad. Denna normalisering börjar med att det avvikande beteendet uppmärksammas och den pågår till att en eventuell ADHD diagnos ställs. Efter ett diagnostiserande ges behandling som avgör på vilket sätt barnet ska normaliseras till omgivningen. Denna process är lång och komplicerad, den innefattar inte bara barnet utan även dess närmsta sociala omgivning samt skolpersonal och flertalet utredare (Timimi et al., 2004; SoS, 2004).

På skolan syns i allmänhet de första tecknen på ett avvikande beteende. Då är det viktigt att ha resurser och kompetent personal, Elevhälsoteam, för att dessa beteenden ska hanteras på ett rätt och riktigt sätt för individens bästa. Efter regeringens proposition om att utveckla Elevhälsan har detta arbete förbättrats då teamet ska kunna tillgodose barnets behov av stöd, oberoende av barnets problematik. Både kurator A och B är delaktiga i Elevhälsoteamen på sina skolor och de uppfattar att svårigheter i skolmiljön är en bidragande faktor som försvårar tillvaron för de barn som redan har problem. Detta kan jämföras till Wheeler (2010) som klargör att även barn utan ADHD kan uppvisa ett beteende som kan liknas vid de som diagnostiserats, på grund av den stökiga skolmiljön och de ökade kraven på eleverna. Skolmiljön har även en betydelse för den enskilda individens förmåga att kunna utvecklas gynnsamt (Hjörne, 2008). Vår undersökning visar att skolkuratorerna visar på en koppling mellan skolmiljön och barns utveckling. De fokuserar hellre förändringen i den omgivande miljön än att remittera vidare för en utredning.

Vad som ses som normalt beteende är upp till varje skola att identifiera. Barn som avviker från den normala utvecklingsfasen för sin ålder blir aktuella för diskussion i Elevhälsoteamen

(Hjörne, 2008). Åtgärdsprogram utformas för att elevens behov ska kunna tillgodoses. Kuratorerna, som vi intervjuade, arbetade främst för att kunna påverka elevens omgivning. Även Lilja (2007) och Isaksson (2009) menar att detta är en av de bästa åtgärderna för en framgångsrik normalisering. Åtgärdsprogrammen kan även innebära individuella insatser och stöd till eleven för att hon själv ska kunna förändra sitt beteende. Det är först när våra intervjuade kuratorer uppfattar att de inte kan erbjuda mer stöd och hjälp som en diagnos diskuteras, de försöker i så stor utsträckning som möjligt kunna ge en imiterad normalisering på skolan. Att arbeta utifrån den imiterade normaliseringen som Lilja (2007) beskriver är även åtgärder som flera andra forskare förespråkar (Nirje, 2003; Wheeler, 2010).

Kurator A ansåg att barn diagnostiserade med ADHD har ökat de senaste åren. Isaksson (2009) menar att det medicinska diagnoserna värderas högre än de sociologiska och det påverkar barnens pedagogiska behov. Kurator A menar att det är lättare att argumentera för extra resurser för de barn som är diagnostiserade än för de elever som enbart har ett stökigt beteende men som ändå behöver hjälp. Detta talar emot skollagen om alla barns rätt till stöd.

Kurator C och D menar att skolan har en viktig del i förarbetet i en utredning. Efter att skolorna har utrett om det finns ett behov för en ADHD-utredning skickas en remiss i samråd med vårdnadshavarna, till utredande klinik. Hur barnets vårdnadshavare reagerar på en eventuell diagnos kan se olika ut. Vissa föräldrar tycker att det är en lättnad att få en diagnos (SoS, 2004) då det kan upplevas vara skuldbefriande att kunna förklara barnets beteende med en diagnos, detta bekräftar våra intervjuer samt forskning (Timimi et al., 2004). Vårdnadshavare lägger då problemet utanför sig själva och utanför barnets omgivning, diagnosen blir en "label of forgiveness" (Hjörne, 2008). Normaliseringen anpassas efter problemet, när problemet läggs på individen ges individuella åtgärder som bortser från en möjlig påverkan från omgivningen.

För att kunna ställa en ADHD diagnos måste utredaren vara legitimerad psykolog (Damell, 2007), men det rekommenderas att ytterligare kompetenser rådfrågas, exempelvis läkare och socionomer. Kurator D klargör att hon arbetar i ett team där socionom, psykolog och läkare medverkar och som i utredningen följer ett frågeformulär som fylls i av samtliga i teamet. I Kurator C:s team ingick främst läkare och psykolog, men individens problematik avgjorde om ytterligare professioner rådfrågades. Det krävs att de som utför utredningen är kompetenta att

dra slutsatser om ett barns utvecklingsstadier och beteendemönster (SoS, 2004). Trots att det är viktigt att se till olika kompetenser bör de ha ett gemensamt förhållningssätt som de strävar efter vid en utredning.

Vid en utredning följs riktlinjerna från DSM-IV manualen, nationella lagar och socialstyrelsens riktlinjer, men hur symptomen mäts beror på klinikernas egna rutiner och arbetssätt (SoS, 2004). Frågeformuläret som används på kurator D:s klinik kan skapa en mer rättvisande bild i och med att den utförs på samma sätt för samtliga barn som är under utredning. Kurator C:s roll i utredningen var mer diffus eftersom de inte arbetade utefter några konkreta mallar. Hon klargjorde att de arbetade efter att finna barnets specifika problem vilket kunde innebära andra tillstånd än ADHD. Detta förhållningssätt ger en bredare förståelse för barnets problematik och mer precisa och adekvata åtgärder kan ges. Eftersom ADHD ofta samvarierar med andra sjukdomar (APA, 2000) är det viktigt att avgöra om andra sjukdomar kan vara orsak till problemen. Denna syn på barns problematiska beteende innebär att det ger mer adekvat information om hur en normalisering ska kunna integrera individen i samhället.

I utredningsprocessen arbetar kurator C (BUH) och D (BUP) efter delvis skilda metoder. Detta bekräftar den problematik som Socialstyrelsen (2004) beskriver. Eftersom det inte ännu finns någon fastställd förklaring till uppkomsten av ADHD finns det inget specifikt sätt att utföra en utredning. Att utredningarna kan skilja sig åt på detta sätt kan förklaras med att synen på ADHD varierar, vilket även innebär att synen på vad som är en lämplig åtgärd skiljer sig åt. Anser utredarna att orsaken till sjukdomen/beteendet är medicinsk eller sociologisk så utgår normaliseringen utifrån de olika perspektiven. De två kuratorerna såg möjligheten att det finns ärftliga komponenter som utvecklar sjukdomen/beteendet men de ansåg även att sociala faktorer påverkar. Socionomer har en sociologisk bakgrund men i utredningsteam som inte innefattar en socionom kan de sociala faktorerna förbises vilket kan påverka normaliseringsprocessen (Andershed & Andershed, 2005; Visser & Jehan, 2009). De två kuratorerna uppfattade dock att deras specifika sätt att genomföra utredningarna fungerade bra. Kurator D ansåg att eftersom DSM-IV låg till grund för symptomen borde manualen ge indikationer för vilka metoder som bäst var lämpade för utredningar. Forskningen (Wheeler, 2010; Kärfve, 2009) visar däremot att utredningarna utförs till stor del utifrån de enskilda

utredarnas subjektiva bedömning. Kurator C menade att hon kunde se skillnader i utförandet av utredningarna på hennes arbetsplats eftersom de varierade utefter individens behov.

En utredning innebär enligt kuratorerna på BUP och BUH att utforska de sociala förhållandena kring barnet och dennes sociala funktioner. Familjesystemet är det system som påverkar barn mest och det är därför viktigt att klargöra hur förhållanden i familjen ser ut (SoS, 2004; SNPF, 2003; Andershed & Andershed, 2005). Intervjuer med både familj och skolpersonal utförs för att förtydliga detta. Kurator D erfar att en socionom inte har samma givna plats i en utredning som psykologer och läkare har. Hon anser dock att det är viktigt med en socionoms utlåtande, de har ett tydligare samhällsperspektiv. Att socionomer inte har samma inflytande över utredningar kan förklaras med Wheelers utlåtande (2010) att den medicinska skolan ges mer uppmärksamhet än den sociologiska. Att det sociologiska synsättet negligeras på detta sätt innebär att den sociala omgivningens påverkan försummas i forskning, utredning och behandling.

7.2. Socionomernas roll

Kuratorerna på skolorna i Sverige har ett ansvar att följa skollagen. Vår undersökning har visat på den roll socionomer har i Elevhälsoteamet för att kunna tillgodose de barn som faller utanför ett normenligt beteende på skolan. En del av den forskning som vi har studerat visar på skolmiljöns betydelse för barnets utveckling (Hjörne, 2008) vilket ger kuratorerna och de övriga i Elevhälsoteamet ett ansvar att förbättra denna miljö. Att de i den mån det är möjligt försöker förändra miljön, snarare än att söka förklaring i en diagnos.

Socionomers delaktighet är inte alltid självklar vid en utredning av ADHD. Kurator C deltog inte vid samtliga utredningar och kurator D hade upplevt detta på tidigare arbetsplats. Detta tyder på att socionomens kompetens inte alltid är given vid en utredning. Respektive kliniks uppfattning om vad som orsakar utvecklingen av diagnosen kan eventuellt påverka en socionoms deltagande i processen. Forskningen har dock visat på miljöns betydelse för utvecklingen av diagnosen (SoS, 2004, Wheeler, 2010). Eftersom en socionom har kunskap om den sociala omgivningens påverkan är detta en faktor som bör tillgodoses vid samtliga utredningar. De kuratorer som vi har intervjuat i vår undersökning har visat att de vid en

utredning klargör den sociala situationen kring barnet. Om utredningen endast utförs av en psykolog kan detta förbises. Miljöfaktorernas påverkan och det sociologiska perspektivet är ett forskningsområde som inte är lika konkret som det medicinska, därmed ses inte detta perspektiv ha en tydlig roll i utvecklingen av ADHD. Att socionomernas medverkan i en utredning inte är självklar skulle kunna förklaras med mottagandet av den sociologiska synen på diagnosen.

På skolan kan en socionom ha en viss kontroll över behandlingen av elever i behov av extra stöd. När ett barn dock blir aktuellt för utredning blir socionomens synsätt åsidosatt till förmån för psykologers och läkares medicinska kunskaper, detta styrks av Wheeler (2010) och av våra respondenter. Den behandling som inte utgör medicinering fokuserar på sociala förhållanden kring barnet (SoS, 2004). Detta kan visa på den delaktighet som en socionom borde ha vid ett utredande, eftersom socionomer är verksamma i tiden före och efter ett diagnostiserande.

7.3. Sammanfattning och slutsatser

Skolans betydelse i den normaliseringsprocess som individer med ADHD-symptom genomgår, visas i både den forskning som vi presenterat samt hos våra intervjuade kuratorer. Skollagen uttalar tydligt: "alla barns rätt till stöd". På många skolor berör denna lag främst de elever med diagnoser. Detta är problematiskt eftersom det då inte tillgodoser samtliga barns behov, detta innebär att alla barn inte behandlas lika. En strävan att kunna ge ett barn möjlighet till stöd kan leda till att diagnoser som ADHD ställs. Detta för att barnet ska kunna få ta del av sin rättighet att få ett adekvat stöd som ska gynna hennes skolgång och allmänna utveckling.

Utredningsprocessen är komplex eftersom det inte finns en entydig strategi från det att ett avvikande beteende identifieras till att en adekvat behandling sätts in. I vår undersökning har vi redogjort för olika tillvägagångssätt och olika perspektiv. De intervjuer som vi har redovisat har redogjort för likheter och skillnader, detta ger en indikation att utredningarna till stor del ser olika ut i hela landet. Vi anser att det bör utformas tydligare nationella riktlinjer

som säkerställer vad diagnosen ADHD verkligen innebär och hur denna ska utredas. Detta för att samtliga berörda ska bli behandlade på ett likartat och mer rättvist sätt.

Vår undersökning har till viss del behandlat den rådande debatten om forskningen kring diagnosen och dess orsakssamband, det finns ännu ingen enighet i förklaringen av uppkomsten av ADHD. Detta visar på vikten av att klargöra de två perspektivens betydelse för diagnosen. En gemensam uppfattning om diagnosen, som samtliga vetenskapliga discipliner accepterar, skulle kunna förenkla utredningen för att verksamma utredare ska kunna arbeta på ett likartat sätt. Detta är viktigt för att alla barn ska behandlas lika och ha samma förutsättningar oberoende av var de bor i Sverige.

Våra respondenter samt forskningen visar på att familjens och omgivningens påverkan kan ha betydelse för ett utvecklande av ADHD. Att klargöra denna påverkan i en utredning är därför av stor vikt. Socionomers del i utredningen utgör därmed en viktig del då denna yrkesgrupp har en utbildning där betydelsen av omgivningens påverkan berörs. Eftersom det idag endast krävs en psykologs utlåtande, förstärks det medicinska perspektivet. Detta innebär att en påverkan från barnets sociala omgivning eventuellt utesluts, även andra viktiga aspekter bortses som berör andra professioners områden. För att kunna se till barnets helhet borde socionomer och andra professioner rådfrågas vid samtliga utredningar. Detta för att kunna ge det stöd som barnet verkligen är i behov av.

Det krävs starkare, gemensamma grunder för att samtliga individer som genomgår en utredning ska utredas och behandlas på likande sätt. Den främsta och övergripande problematiken är att det inte finns ett gemensamt synsätt på diagnosen, detta bör klargöras genom vidare forskning som tillgodoser alla discipliner. Utifrån att tydligt identifiera diagnosen ADHD så klargörs även vilka professioner som bör delta i utredningsprocessen, hur utredningen bör utföras samt vad som betraktas som adekvata åtgärder.

7. Diskussion

Under vårt arbete har vi utgått ifrån vår problemformulering och våra frågeställningar, det är därför av vikt att återknytta till dem. Strukturen är därmed uppbyggd efter frågeställningarna och resultatet av analysen.

- Hur uppmärksammar och hanterar skolan elever med ADHD-symptom?

Den svenska skollagen fastställer alla barns rätt till stöd för att deras utveckling ska gynnas. Att direktiven kommer ifrån statlig nivå ger goda förutsättningar för att gemensamma arbetsmetoder ska kunna utvecklas. Dock har vår undersökning visat att det i vissa kommuner krävs en diagnos för att extra resurser ska sättas in. Eftersom det är upp till varje Elevhälsoteam vilket beteende som är aktuellt för insats, kan detta påverka deras benägenhet att finna en diagnos hos elever. Detta kan leda till att det är många elever som inte får något stöd alls, eller att elever ges en obefogad diagnos för att resurser ska kunna sättas in. Detta innebär att barnens möjlighet till att få stöd i sin utveckling, till stor del påverkas av Elevhälsoteamets subjektiva uppfattning. Obligatoriet att upprätta åtgärdsprogram är ett steg för att säkerställa att samtliga barns behov utreds, dock är det fortfarande barn som faller mellan stolarna. Därmed är det av vikt att utforma ytterligare insatser för att alla barns behov ska kunna tillgodoses, att diagnoser inte ska vara den avgörande faktorn, resurser ska kunna sättas in utan att det ska behöva ställas en diagnos.

- Hur kan processen se ut från ett normbrytande beteende till behandling?

Forskning och våra respondenter, kurator C och D, har visat på att det finns många skillnader i hur en utredning kan gå till. För att en utredning ska kunna ge ett korrekt resultat anser vi att det bör utvecklas ett tydligare tillvägagångssätt och riktlinjer samt att de utredande teamen samverkar och har en välfungerande kommunikation. Respondenterna redovisade för två olika sätt att ställa diagnos där de båda utgick från DSM-manualen. För att kunna skapa en rikstäckande utredningsprocess bör det först nationellt klargöras vad en ADHD-diagnos innebär. Det bör förtydligas om ADHD ska vara en diffus diagnos som inriktar sig på den individuella problematiken, eller det ska vara en distinkt diagnos som klargörs genom konstanta och tydliga bedömningsfrågor för samtliga som är aktuella för utredning. Det är

viktigt med detta tydliggörande för att individer med ADHD-liknande beteende ska behandlas på ett likvärdigt sätt.

- Vad har de olika vetenskapliga inriktningarna för påverkan på utredningarna?

Kontroversen i debatten mellan det sociologiska och det medicinska perspektivet har pågått i decennier. Vi tror att kampen om tolkningsföreträdet har inneburit att själva frågan om ADHD negligerats. De två perspektiven kan inte förklara uppkomsten av beteendet utan att till viss del hänvisa till den andra disciplinen, därmed kan det vara aktuellt att arbeta för att finna ett samarbete och en gemensam syn på diagnosen. Detta skulle innebära att ett utvecklande av utredning och behandling skulle kunna fokusera på det som är väsentligt, att kunna integrera individen och ge möjligheten till ett normalt liv. En gemensamt accepterad syn på ADHD skulle även innebära en möjlighet att kunna skapa tydligare metoder i utredningsprocessen.

- Vilken roll har socionomerna på de olika institutionerna i utredningsprocessen?

Det krävs idag endast en psykologs utlåtande för att kunna ställa en ADHD-diagnos. Vi anser dock att det krävs att andra kompetenser rådfrågas för att en diagnos ska kunna ställas på rätt sätt. Då de sociala omständigheterna har en stor del i utvecklandet av diagnosen borde ett utlåtande från en socionom även innefattas. Den uppfattning som vi har fått i vår undersökning visar på att en socionoms kompetens inte alltid är självklar. Våra respondenter, kurator C och D, anser däremot att deras utlåtanden blir hörda i utredningsprocessen. Detta tycker vi visar på en positiv utveckling och är ett förhållningssätt som borde ligga som grund för det framtida utvecklandet av utredningsteam.

- Hur påverkas behandlingar och normalisering av ADHD-utredningars slutsatser?

När vi i vår undersökning har studerat begreppet normalisering har vi dessutom analyserat det utifrån det medicinska perspektivet. Vi anser att begreppet normal utifrån ett sociologiskt perspektiv är ett dynamiskt begrepp som beror på kontext och kulturella värderingar. Utifrån det medicinska perspektivet uppfattar vi dock att normalitet innebär en skiljelinje med tydligare gränser, det avser vad som är friskt respektive sjukt. Denna tydliga linje medför dock att många ses som friska, eftersom de inte är "tillräckligt sjuka". Vilket av synsätten som

bäst kan hjälpa individerna i samhället är svårt att avgöra och detta blir ännu ett dilemma att ta ställning till i en ADHD-utredning. Är känslan av att vara normal att föredra framför att ges det stöd som behövs för att ses som normal?

Den kritik som begreppet tidigare fått är att den endast eftersträvar att *alla* ska anpassas till den rådande normen. En kritik som vi skulle vilja lyfta är att normalitet är ouppnåeligt eftersom det normala återfinns i betraktarens ögon. Därmed finns det inte en allmänt accepterad syn på vad som är normalt. Hur det uppfattas är beroende av den samhällliga normen, denna väver samman alla människors syn på normalitet till en generaliserande syn på begreppet. De individer som ses som normala kan till viss del vara normbrytare vilket visar att människan skapar och tänjer på gränsen för vad som är ett normalt beteende. Gränsen för vad som är normalt kan snarare ses som graden av hur stor acceptans människan har för det onormala.

Eftersom ADHD-utredningar identifierar ett onormalt beteende och eftersträvar att kunna normalisera individen är utredningsprocessen beroende av den samhällliga synen på vad som är normalt. För att kunna påverka synen på beteenden som liknas vid ADHD måste samhället göras medvetna om vad ADHD innebär och förändra attityden till dessa individer.

Vi har i vår undersökning använt oss av mycket forskning från de båda vetenskapliga skolorna för att kunna ge läsaren en bred bild av detta omtvistade ämne. Vi ser detta som en styrka då vi inte vill ge läsaren en vinklad bild av debatten. En ytterligare styrka är våra intervjuer som ger undersökningen ett ytterligare djup och sätter forskningen och debatten om ADHD i förhållande till varandra. Vi ser en svaghet med att vi inte hann komplettera de befintliga intervjuerna med ytterligare relevanta frågor då det skulle kunna ge en tydligare bild i skillnader och likheter i utredningsprocessen.

Källförteckning

- American Psychiatric Association.* (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4th ed. text rev.). Washington DC: American Psychiatric Association
- Andershed, H., & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen - Vad säger forskningen?* Mölnlycke: Förlagshuset Gothia.
- Beckman, V. m fl. (red.). (2008). *Adhd/damp - en uppdatering* (2:a rev. uppl.). Polen: Studentlitteratur.
- Beckman, V. (2007). *Strider under Hjärnåldern - Om ADHD, biologism, sociologism.* Enskededalen: Pavus Utbildning.
- Brante, T. (2009). *Den Nya Psykiatrin: exemplet ADHD.* I Hallerstedt, G. (red.). *Diagnosens makt - Om kunskap, pengar och lidande.* (s. 73-111). Lettland: Diadalos.
- Damell, C. (2007). Psykologer har rätt att ställa diagnos. *Psykologtidningen*, 12, 18
- Hetzler, A. (2008). Psykisk hälsa och platsens betydelse – en sociologs betraktelse. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 2, 121-128.
- Hjörne, E., & Säljö, R. (2008). *Att Platsa i en Skola för Alla.* Finland: Nordstedts Akademiska Förlag.
- Hörnfeldt, H. (2009). *Prima barn, helt u.a. Normalisering och utvecklingstänkande i svensk barnhälsovård 1923-2007.* Kristianstad: Makadam förlag.
- Isaksson, J. (2009). *Spänningen mellan normalitet och avvikelse – Om skolans insatser för elever i behov av särskilt stöd.* (Avhandling för doktorsexamen, nr 64). Umeå: Umeå Universitet, Samhällsvetenskapliga Fakulteten, Socialt Arbete.
- Johannisson, K. (2009). *Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv.* I Hallerstedt, G. (red.). *Diagnosens makt - Om kunskap, pengar och lidande.* (s. 29-41). Lettland: Diadalos.

Kärfve, E. (2009). *Den Mänskliga Mångfalden - diagnosen som urvalsinstrument*. I Hallerstedt, G. (red.). *Diagnosens makt - Om kunskap, pengar och lidande* (s. 59-71). Lettland: Diadalos.

Levy, F., & Hay, D. A. (2001). *Implications of genetic studies of attentional problems for education and intervention*. In Levy, F., & Hay, D. A. (Eds.). *Attention, genes and ADHD*. (pp. 214-224). East Sussex: Brunner- Routledge.

Levy, F., McStephen, M., & Hay, D. A. (2001). *The diagnostic genetics of ADHD symptoms and subtypes*. In Levy, F., & Hay, D. A. (Eds.). *Attention, genes and ADHD*. (pp. 35-57). East Sussex: Brunner- Routledge.

Lilja, L. (2007). *Att normaliseras - vårdares syn på psykiatriska patienter. Mot en djupare förståelse av vårdares attityd till sina patienter*. (Avhandling för doktorexamen, nr 35) Sundsvall: Mittuniversitetet, Institutionen för Hälsovetenskap.

Nirje, B. (2003). *Normaliseringsprincipen*. Lund: Studentlitteratur.

Regeringens proposition 2001/02:41. Hälsa lärande och trygghet. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Rutter, M. (2001). *Child Psychiatry in the era following sequencing the genome*. In Levy, F., & Hay, D. A. (Eds.). *Attention, genes and ADHD*. (pp. 225-248). East Sussex: Brunner- Routledge.

Socialstyrelsen 2004-110-7. Kort om ADHD hos barn och vuxna - en sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt. Lindensberg: Bergslagens Grafiska.

Socialstyrelsen 2010-3-6. Barn som utmanar - Barn med ADHD och andra beteendeproblem. Västerås: Edita Västra Aros.

Svensson, K. (red.). (2007). *Normer och normalitet i socialt arbete*. Ungern: Studentlitteratur.

Sveriges Neuropsykologers Förening. (2003). *Neuropsykologiska utredningar av barn med AD/HD/DAMP och autismspektrumstörning, 1*. Östersund: Sveriges Neuropsykologers Förening

Timimi, S., & 33 co endorses. (2004). A Critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7 (1) 59-63

Visser, J., & Jehan, Z. (2009). ADHD: a scientific fact or a factual opinion? A critique of the veracity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 14 (2), 127-140

Wheeler, L. (2010). Critique of the article by Visser and Jehan (2009): ADHD: a scientific fact or a factual opinion? A critique of the veracity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 15 (3), 257-267.

Internet:

Medicinsk Vetenskap. *Wikipedia*. Hämtad 20 december 2010 från:

http://sv.wikipedia.org/wiki/Medicinsk_vetenskap

Normalitet. *I svenska akademins ordbok*. Hämtad 9 december 2010 från:

<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Bilaga 1 - DSM-IV Criteria for ADHD

A. Either (1) or (2):

(1) six (or more) of the following symptoms of **inattention** have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

- (a) often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, work or other activities
- (b) often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities
- (c) often does not seem to listen when spoken to directly
- (d) often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (not due to oppositional behavior or failure to understand instructions)
- (e) often has difficulty organizing tasks and activities
- (f) often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (such as school, work or homework)
- (g) often loses things necessary for tasks or activities (e.g., toys, school assignments, pencils, books, or tools)
- (h) is often easily distracted by extraneous stimuli
- (i) is often forgetful in daily activities

(2) six (or more) of the following symptoms of **hyperactivity-impulsivity** have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

Hyperactivity

- (a) often fidgets with hands or feet or squirms in seat
- (b) often leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected
- (c) often runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate (in adolescents or adults, may be limited to subjective feelings of restlessness)
- (d) often has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly
- (e) is often 'on the go' or often acts as if 'driven by a motor'

(f) often talks excessively

Impulsivity

(g) often blurts out answers before the questions have been completed

(h) often has difficulty awaiting turn

(i) often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations or games)

B. Some hyperactive-impulsive or inattentive symptoms that caused impairment were present before age 7 years

C. Some impairment from the symptoms is present in two or more settings (e.g., at school (or work) and at home)

D. There must be clear evidence of clinically significant impairment in social, academic, or occupational functioning

E. The symptoms do not occur exclusively during the course of a Pervasive Developmental Disorder, Schizophrenia, or other Psychotic Disorder, and are not better accounted for by another mental disorder (e.g., Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder, or a Personality Disorder)

Code based on type:

314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, combined type: if both criteria A1 and A2 are met for the past 6 months.

314.00 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive type: if criterion A1 is met but criterion A2 is not met for the past six months.

314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactive-Impulsive type: if criterion A2 is met but criterion A1 is not met for the past 6 months.

Coding note: for individuals (especially adolescents and adults) who currently have symptoms that no longer meet full criteria, 'In Partial Remission' should be specified

American Psychiatric Association DSM-IV-TR 2000, s 92-93

Bilaga 2 – Intervjuscheman

BUP / BUH - Kurator

Syfte: Vi vill undersöka en representant som beslutar om utredningar samt utför utredningar och dennes personliga uppfattning om utförandet av utredningarna och följderna av dem.

Allmänna frågor:

- Hur gammal är du?
- Vad har du för utbildning?
- Vad har du för yrke?
- Hur länge har du arbetat med detta?
- Vad har du för tidigare erfarenhet?

Frågor angående utredningen:

- Hur ofta gör du utredningar för ADHD? Hur stor andel av dessa är över 18år?
- Hur stor andel av de som blir utredda får en diagnos?
- Hur går utredningsprocessen till? Hur tänker du själv kring utförandet av utredningarna och dess utformning? Kan du beskriva utredningen utifrån din egen utgångspunkt, för- och nackdelar.
- Hur ställer du dig till den debatt som förs idag angående individens utvecklande av sjukdomen?

Skolkurator på låg- och mellanstadieskola

Syfte: Vi vill undersöka hur en representant för en skola uppfattar utredningarna och dess påverkan för skolans åtgärder. Eftersom skolan är delaktig i förstadiet i en utredningsprocess intresserar det oss att undersöka deras syn på ett diagnostiserande.

Allmänna frågor:

- Vad har du för yrke?
- Vad har du för utbildning?
- Hur gammal är du?
- Hur länge har du arbetat med detta?
- Vad har du för tidigare erfarenheter?

Frågor angående utredningen:

- Vad anser du är indikationer på att ett barn har ADHD?
- Vad har ni för förhållningssätt till de elever som uppvisar ett beteende som kan lika det vid ADHD?
- Vad finns det för kompetens på skolan angående sjukdomen? Har lärare kunskap om hur de bör förhålla sig, är det riktlinjer från skolan eller är detta individuella kompetenser?
- När är det aktuellt att ni ska ta kontakt med socialtjänsten? Hur går processen till, från det att det diskuteras kring ett barns uppförande?
- Hur ställer du dig till den debatt som idag pågår kring ADHD-diagnostiserandet?