



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Intentionen om en skola för alla

– en jämförande studie, ur ett ADHD/DAMP-perspektiv

Madeleine Ehlers & Natalia Salsamendi

LAU350

Handledare: Liss Kerstin Sylvén

Rapportnummer: VT07-2611-154

Examinator: Marianne Molander Beyer

Abstract

Examensarbete inom lärarutbildningen 41-60 poäng/ 61-80 poäng

Titel: Intentionen om en skola för alla – en jämförande studie ur ett ADHD/DAMP-perspektiv

Författare: Madeleine Ehlers, Natalia Salsamendi

Termin och år: VT-2007

Kursansvarig institution: Sociologiska institutionen

Handledare: Liss Kerstin Sylvén

Examinator: Marianne Molander Beyer

Rapportnummer: VT07-2611-154

Nyckelord: En skola för alla, ADHD/DAMP

Sammanfattning

Syfte

Vårt syfte är att jämföra idealet ”en skola för alla” med verklighetens skola ur ett ADHD/DAMP-perspektiv. Detta för att undersöka om ADHD/DAMP-undervisningen, så som den utformas av medicinsk expertis, hamnar i konflikt med tanken om ”en skola för alla”.

Frågeställningar

Vad menas med en skola för alla? Vad säger medicinsk expertis om den pedagogiska utformningen för barn med ADHD/DAMP? Hur ser den pedagogiska verksamheten ut i verkligheten för elever med ADHD/DAMP?

Metod och material

För att besvara våra frågeställningar har vi gjort en litteraturstudie, samt genomfört tre stycken kvalitativa lärarintervjuer med hjälp av bandspelare. Litteraturen har sedan jämförts med våra intervjusvar för att på så sätt komma fram till ett resultat.

Resultat

En skola för alla är ett stort ämne med mycket tolkningsutrymme, men i praktiken är det en idé om att man i så hög grad som möjligt ska ge alla elever en meningsfull undervisning inom klassens ram. Detta skapar förutsättningar för att umgås, känna respekt och förståelse för dem som på olika sätt är annorlunda. Vår undersökning visar dock att den medicinska expertisen har ett inflytande på undervisningen i dagens skola. De medicinska experterna förespråkar, i konflikt med tanken om en skola för alla, enskild undervisning och stimulusfattig miljö. Enskild undervisning för elever med ADHD/DAMP förekommer ute i verksamheten och det är inte enbart för elevens bästa man ser, utan man ser även att det är för att hela gruppen ska få lugn och ro. Uppsatsen ger inget generaliserbart resultat utan kan endast gälla för dessa enskilda personer och situationer.

Betydelse för läraryrket

I vår framtida yrkesutövning ska vi enligt läroplanen se till varje enskild individs bästa och till deras förutsättningar och tidigare erfarenheter. Då gäller det att ta ställning till vad som är bäst för just den elev och den grupp man för tillfället arbetar med. Med en utökad kunskap om ADHD/DAMP-problematiken och en skola för alla tror vi att detta kan underlättas.

1. BAKGRUND OCH INLEDNING	4
1.1 SYFTE	5
1.2 FRÅGESTÄLLNING	5
2. LITTERATURGENOMGÅNG	6
2.1 DEBATTEN KRING DAMP/ADHD	6
2.2 DEFINITIONER	7
2.2.1 ADHD	7
2.2.2 DAMP	8
2.2.3 FÖREKOMST	8
2.2.4 ORSAK	9
2.2.4.1 Neurologiska orsaker	10
2.2.4.2 Ärflighet	11
2.2.4.3 Hjärnans utveckling	11
2.2.5 MEDICINSK BEHANDLING	12
2.3. NORMALITETSBEGREPPET	14
2.4 EN SKOLA FÖR ALLA	15
2.4.1 EN SKOLA FÖR ALLA - PROBLEMATIK	15
2.5 INTEGRERING –INKLUDERING	16
2.6 RESURSER	17
2.7 PEDAGOGISKA STRATEGIER	19
3. METOD OCH MATERIAL	20
3.1 BESKRIVNING AV METOD	20
3.2 MATERIAL	20
3.2 URVAL	20
3.3 ETISKA ASPEKTER	21
3.4 RELIABILITET OCH VALIDITET	21
4. RESULTAT	22
4.1 TIDIGARE ERFARENHETER/ UTBILDNING	22
4.2 UTREDNINGSPROCESSEN	22
4.3 PEDAGOGISKA STRATEGIER	23
4.4 DIAGNOSENS BETYDELSE	24
5. DISKUSSION	26
6. REFERENSER	30
7. BILAGOR	
BILAGA 1: KRITERIER FÖR ADHD	
BILAGA 2: INTERVJUFRÅGOR	
BILAGA 3: INTERVJU MED A	
BILAGA 4: INTERVJU MED B	
BILAGA 5: INTERVJU MED C	

1. Bakgrund och inledning

I Lpo 94 kan man läsa om alla elevers rätt till en likvärdig utbildning, oavsett förutsättningar och tidigare erfarenheter. Idéerna grundar sig på intentionen om en skola för alla, vilket i praktiken innebär att alla elever i så stor utsträckning som möjligt ska få sin undervisning inom klassrummets ramar. Som blivande lärare innebär detta stora utmaningar och faktum är att vi under våra Vfu-perioder har insett att idealet om en skola för alla ibland ligger långt bort från verkligheten. Vissa kritiker menar att en skola för alla inte fungerar i praktiken och det beror på att normalitetsbegreppet inte innefattar alla. De menar att diagnoser, såsom ADHD/DAMP, gjorda av specialister belyser avvikelser där en särskiljande undervisning för dessa elever ofta rekommenderas. Efter att kommunerna fick ansvaret för skolorna har det skett en förändring i resursfördelningarna. Kommuner med en svag ekonomi anser sig inte ha råd att satsa på extra stöd och detta drabbar främst barn i behov av särskilt stöd. Det är därför inte förvånande att flera skolor ivrigt propagerar för en diagnos, vilken i realiteten betyder mer pengar. Vad betyder det då att fler och fler elever får en diagnos, och hur påverkar detta intentionen om en skola för alla?

Som blivande lärare kommer man att ställas inför dessa dilemman, frågan man då kan ställa sig är ifall intentionen om en skola för alla är realistisk att genomföra i dagens skola? I en artikel av Peder Haug, (Internet 8) professor i pedagogik, kan man läsa att dagens skola ligger långt bort från idealet. Han menar att det finns flera faktorer som bidrar till detta. Klasserna har blivit större och ett allt för teoretisk tänk dominerar skolan idag. Det missgynnar elever i behov av särskilt stöd, som i vissa fall kan vara mer pratisk lagda. Idealet borde vara att skolan är till för barnet och att den därför borde utformas så att den passar alla som ska vara där. Vidare påstår Haug att uppfattningen i dagens skola om vad som skapar elevernas behov av särskilt stöd dominerar av en individpatologi. Det innebär att det är individen det är fel på när eleven har svårt att fungera i förskola eller skola, inte skolans utformning.

Det finns olika åsikter om vad som ligger bakom problematiken ADHD /DAMP. De två som har fått mest medial uppmärksamhet och som främst utmärker sig är Christopher Gillberg, professor i barn och ungdomspsykiatri och överläkare i barnneuropsykiatri och Eva Kärfve sjuksköterska och docent i sociologi. Gillberg, representerar den del av forskarkåren som tror att ADHD/DAMP-problematiken i första hand beror på biologiska faktorer och tror i andra hand att det finns miljömässiga faktorer som kan orsaka koncentrationssvårigheterna. Kärfve är Gillbergs största kritiker och ifrågasätter de biologiska faktorerna. Hon förnekar inte att problematiken finns men anser att det krävs ytterligare forskning för att utesluta miljöns påverkan på barnen. Diagnoserna har fått en alltför stor roll i elevens och skolans utformning av utbildningen. Den pedagogiska utformningen borde inte ha en så stor medicinsk prägel menar hon och detta kan samtidigt kopplas till ett misslyckande av en skola för alla. Frågan vi då ställer oss är ifall detta verkligen stämmer? Är det så att skolan präglas av ett medicinskt tänk när det gäller barn med ADHD/DAMP, som i sin tur har lett till en negativ inverkan på intentionen om en skola för alla? . Det var detta som väckte intresset för vårt ämnesval och har gjort att vi vill jämföra verklighetens skola med intentionen om en skola för alla.

1.1 Syfte

Vårt syfte är att jämföra idealet ”en skola för alla” med verklighetens skola ur ett ADHD/DAMP-perspektiv. Detta för att undersöka om ADHD/DAMP-undervisningen, så som den utformas av medicinsk expertis, hamnar i konflikt med tanken om ”en skola för alla”.

1.2 Frågeställningar

- Vad menas med en skola för alla?
- Vad säger medicinsk expertis om den pedagogiska utformningen för barn med ADHD/DAMP?
- Hur kan den pedagogiska verksamheten ut i verkligheten för elever med ADHD/DAMP?

2. Litteraturgenomgång

Det finns flera starka röster i ADHD/DAMP-diskussionen. De som främst utmärker sig är Christopher Gillberg, professor i barn och ungdomspsykiatri och överläkare i barn neuropsykiatri, Björn Kadesjö skolöverläkare i Karlstad och Eva Kärfve sjuksköterska och docent i sociologi. De två förstnämnda kommer att belysa problematiken ur ett medicinskt perspektiv medan Kärfve representerar en sociokulturell sida av problematiken. Vidare kommer intentionen om skola för alla att förklaras och problematiseras där Lpo94, Peder Haug, Ann Ahlberg med flera kommer att belysa. Denna genomgång kommer att besvara frågeställningarna; Vad säger medicinsk expertis om den pedagogiska utformningen för barn med ADHD/DAMP? Vad menas med en skola för alla?

2.1 Debatten kring DAMP/ADHD

Idag råder en debatt mellan två polariserande krafter. Debatten handlar i stora drag om diagnosens vara eller - icke vara. I ena hörnet står Eva Kärfve utbildad sjuksköterska och docent i sociologi som bestämt hävdar att DAMP är ett påhitt. Hon kritiserar främst den framstående barnpsykiatrikern Christopher Gillberg, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Göteborgs universitet och dessutom överläkare vid Barnneuropsykiatriska enheten vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Gillberg (2005) har under lång tid forskat i ämnet och var den första att mynta begreppet DAMP i Sverige. Under flera skriftliga debatter har dessa mötts och tonen dem emellan har hårdnat allt mer. En anledning till att denna debatt skapat stora rubriker och mött ett mycket stort motstånd, främst från medicinskt håll, tycks vara att den mycket trovärdiga högstatusforskningen blivit hårt ifrågasatt från ett sociokulturellt perspektiv. Det hela har resulterat i att två forskningstraditioner har krockat där båda sidorna värnar om sina teorier.

Anledningen till att Kärfve (2000) började intressera sig för ämnet var att hon ansåg att en allt för stor fokusering där man letade symptom hos barn för att hitta problem, började sprida sig. Det såg hon som ett tecken på att en biologisk människosyn obemärkt började breda ut sig. Det resulterade i boken *Hjärnspöken – damp vår nya folksjukdom* (2000), där hon går till hårt angrepp mot diagnosen DAMP och neuropsykiatrin. I boken kan man läsa om hur Gillbergs studier kring diagnosen är skapad på en icke sann naturvetenskaplig grund och att diagnosen DAMP endast fokuserar på de biologiska faktorerna, utan att se till de sociala och kulturella aspekterna. Ser man till Gillbergs studier kan man tvärtemot Kärfves påstående ändå finna att sociala aspekter har tagits i beaktande, men dock inte i hur stor utsträckning. Det är trots allt tydligt att problemets egentliga källa, enligt Gillberg (2005), kan hittas i det neurologiska.

Kärfve (2000) hävdar att problem ligger i miljön och lägger stor fokus på barnets uppfostran där föräldrar får ett mycket stort ansvar. Detta har inte helt oväntat mött stor kritik från föräldrar med barn som har diagnosen. Kärfve menar att diagnosen frigör föräldrar från allt ansvar och problemet läggs istället hos individen vilket leder till en stigmatisering och en risk för att barnet blir stämplat. Om barnet inte får en diagnos, vilken förklarar individens problematik, finns en risk att omgivningen inte på ett adekvat sätt kan hjälpa barnet, menar Gillberg (2005).

2.2 Definitioner

Redan i början av 1900-talet beskrev man barn med koncentrationssvårigheter i vetenskapliga rapporter. Från 1940-talet kom det rapporter om barn med olika slags hjärnskador, vilka fick ett överaktivt beteende och inlärningssvårigheter. Under 40- och 50-talet fann två amerikanska läkare, Strauss och Lehtinen, att de hjärnskador som orsakade cerebral pares och mental retardation också kunde ge skolsvårigheter och beteendeproblem (Kadesjö, 2001, s.62). Man använde sig då av begreppet MBD, minimal brain dysfunction, för att beskriva dessa överaktiva barn (Internet 1). Kadesjö skriver att dessa forskningsresultat gjorde att många läkare och psykologer drog slutsatsen att barn med koncentrationssvårigheter också hade en hjärnskada. Några hjärnskador kunde dock inte bevisas och man bytte därför ut "damage" mot "dysfunction" (Internet 1). Detta skulle istället syfta på kemiska/neurofysiologiska förändringar eller små strukturella förändringar som påverkade hjärnans funktion, även om man inte kunde bevisa det genom undersökningar med hjälp av till exempel EEG¹ (Kadesjö, 2001, s.62).

På 1960-talet utsattes MBD-termen för hård kritik och uttalanden som "MBD finns inte" och "MBD är en myt" var vanliga. Kritiken fokuserade framför allt på att definitionerna var oklara och att det inte fanns några tydliga avgränsningar gentemot vad som var normalt beteende och vad som var ett psykiskt betingat beteendeproblem. Vidare påstod kritikerna att det inte fanns några vetenskapliga bevis för ett samband mellan MBD-svårigheter och störningar i hjärnans funktion (Kadesjö, 2001, s.63). På grund av detta ersatte man i USA benämningen MBD med termen ADD, (Attention Deficit Disorder) (Internet 1) eftersom de flesta forskare medger att den här typen av svårigheter förekommer och att det behövs en benämning på det (Kadesjö, 2001, s.63). ADD-begreppet ersattes i sin tur på 1980-talet av ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, uppmärksamhetsstörning med överaktivitet).

I USA betecknar begreppet DCD (Developmental Coordination Disorder) att barnet också har motoriska problem och perceptionsproblem, medan man i Norden valt begreppet DAMP (Deficits in Attention, Motor control/Perception, Dysfunktion i fråga om Aktivitetskontroll/Avledbarhet, Motorikkontroll och Perception) (Internet 1).

2.2.1 ADHD

ADHD är en förkortning och står för Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Det finns tre olika typer av ADHD

1. ADHD dominerad av uppmärksamhetsbrist,
2. ADHD dominerad av överaktivitet och bristande impuls kontroll,
3. ADHD som kombinerad form med både uppmärksamhetsbrist och överaktivitet.

Det sätts ibland ett snedstreck mellan Attention-Deficit och Hyperactivity Disorder. Detta för att tydligt visa att problematiken kan var antingen AD eller HD, eller en kombination av de båda. En del personer med ADHD är inte överaktiva och en del är till och med underaktiva (Gillberg, 2005, s.20). Symptomen måste medföra uppenbara problem för barnet och måste

¹ Elektroencefalografi, som är en metod för att registrera hjärnbarkens elektriska aktivitet (Språkdata och Nordstedts Ordbok, 1999)

frånga det förväntade beteendet för ett barn i den aktuella åldern. Problemen måste förekomma i minst två olika vardagsmiljöer, såsom skolan och hemmet. Det måste ha börjat i den tidiga barndomen samt förekommit i minst sex månader. Utöver detta får problemen och symptomen inte uppstå på grund av tillfällig påfrestning på barnet. (Kadesjö, 2001, s.64)

De diagnosmaterial som finns tillgängliga när det gäller ADHD, är ICD-10 som är ett diagnosmaterial från Världshälsoorganisationen och DSM-IV, som är det amerikanska psykiatriska sällskapets symptommanual. Vi har valt att koncentrera oss på DSM-IV (Bilaga 1), eftersom det är det material som både Gillberg, Kadesjö och Kärfve framförallt hänvisar till.

En vanlig kritik som brukar riktas mot den amerikanska diagnosmanualen är att de diagnostiska (som finns i svensk kortversion – Mini D IV – i behändigt fickformat) kriterierna helt enkelt röstats fram genom handuppräknning av de församlade psykiatrikerna (Kärve, 2000, s.19).

Kärfve (2000) är mycket kritisk till DSM-IV av flera anledningar. Ett exempel är citatet ovan, ett annat är att diagnosmaterialet är utformat som en punktlista där läkaren mer eller mindre kan pricka av symptomen. Eftersom manualen är så lättanvänd kan det vara en orsak till att DSM-IV är så populär, tror Kärfve.

2.2.2 DAMP

DAMP, Deficits in Attention, Motor control/Perception, Dysfunktion i fråga om Avledbarhet, Motorik och Perception

DAMP är en stor undergrupp till ADHD, där alla barn med diagnosen DAMP också uppfyller kriterierna för ADHD. Det innebär att dessa barn och ungdomar alla har problem med uppmärksamhets- och aktivitetskontroll, men utöver det har de också svårigheter med motoriken och olika perceptionsstörningar. Alla barn med diagnosen DAMP har motoriska svårigheter men alla har inte perceptionsstörningar. Perceptionsstörningar drabbar ungefär två av tre (Gillberg, 2005, s.21). Diagnosen DAMP kan ytterligare delas in i två undergrupper: Svår DAMP och lätt till måttligt svår DAMP. Har barnet problem i samtliga av följande fem punkter ges diagnosen svår DAMP

- 1) aktivitet och uppmärksamhet
- 2) grovmotorik
- 3) finmotorik
- 4) perception
- 5) språk och tal

Har barnet problem endast på den första punkten, som står för ADHD-problematiken, i kombination med någon eller några av de andra punkterna säger man att diagnosen är lätt till måttligt svår DAMP.

2.2.3 Förekomst

Beträffande frekvensen av barn med ADHD eller DAMP, har det förekommit en noterbar variation i undersökningsresultaten. Kadesjö (2001) håller med om att det finns en viss avvikelse i resultaten från olika undersökningar. Det beror på att det inte var samma kriterier som låg till grund för undersökningarna och därmed överensstämmer inte resultaten. Både Gillberg (2005) och Kadesjö (2001) har gjort egna undersökningar och fick som nämnt, inte

riktigt samma resultat. Om man strikt följer DSM-IV-manualen (Bilaga 1) så visar det sig, enligt Kadesjö (2001), att 3-5 % av skolbarnen har ADHD. I sin Karlstad-studie fann Kadesjö att ungefär hälften av de barn i studien som fått diagnosen ADHD, dessutom uppfyllde kriterierna för DAMP. Tillsammans med barnneurologen Peder Rasmussen fick Gillberg ett något högre snitt än Kadesjö när de undersökte alla sexåringar i Göteborgs förskolor². I Gillbergs och Rasmussens undersökning var det mellan 4 och 8% som uppfyllde diagnoskriterierna för ADHD. Ungefär hälften av barnen hade, precis som i Kadesjös studie, dessutom en kombination av koncentrationssvårigheter och motoriska/perceptuella svårigheter, det vill säga, DAMP (Gillberg, 2005, s.30 f.f). Oavsett vilken av de båda undersökningarna man väljer att förlita sig på, innebär det att ungefär en elev i varje klass har ADHD eller DAMP (Gillberg, 2005, s.28).

Enligt Kadesjö (2001) är det 3-4 gånger vanligare med ADHD hos pojkar än flickor. Han tror att det kan bero på att de barn som kommer till utredning ofta har problem utöver sina koncentrationssvårigheter, såsom bråkigt eller trotsigt beteende. Detta beteende är vanligare bland pojkar än flickor och därmed uppmärksammas eventuellt flickors problem inte i lika hög grad som pojkars. Gillberg påstår att skillnaden beror på att flickor generellt sett har en tidigare mognad i centrala nervsystemet. Det verkar som pojkarnas testosteron³ bromsar upp hjärnans utveckling, och då främst den vänstra hjärnhalvan. Det skulle enligt Gillberg ge en senare språklig- och social utveckling, vilket också är vanligt bland pojkar. Testosteronet innebär också mer muskler och aggressivitet hos pojkarna än hos flickorna, vilket i sin tur kan leda till bråk och stök. Eftersom pojkarnas hjärnor mognar senare ökar även risken för skador innan hjärnan är färdigutvecklad. Skador hos ett barn med en ännu inte färdigutvecklad hjärna, ger andra effekter än på en fullvuxen person. Då Kärfve (2000) kommenterar skillnaderna mellan pojkar och flickor, väljer hon att fokusera på att flickorna presenteras som en eftersatt grupp i Gillbergs studie. Neuropsykiatrikerna har sökt efter barn med symptom i sina studier. Om de metoderna man använt sig av i undersökningen varit pålitliga, menar Kärfve (2000) att det innebär att flickor inte visar symptom i samma omfattning som pojkar.

2.2.4 Orsak

Debatten Gillberg – Kärfve är ett tydligt exempel på att de biologiska och de psykologiska förklaringsmodellerna för ADHD/DAMP idag ofta ses som motparter till varandra. Enligt Kadesjö (2001, s.69) är forskare numer överens om att det finns flera orsaker till koncentrationssvårigheter. Dessa orsaker påverkar troligtvis också varandra och det är därför viktigt att ha kunskap om både biologiska och psykologiska faktorer betydelse och samverkan. Detta innebär att vi sällan säkert kan säga vad exakt det är som ligger bakom varje enskilt barns problematik. Trots att det enligt Kadesjö (2001) är sannolikt att koncentrationssvårigheter uppstår på grund av biologiska faktorer kan det inte uteslutas att också miljön påverkar dessa barn. En påfrestande uppväxtmiljö kan orsaka precis samma koncentrationsproblem. En bråkig hemmiljö, kanske till och med misshandel eller övergrepp, en trafikolycka eller krigsupplevelser är exempel på skäl till varför ett barn kan ha tankar och känslor på annat håll. Kadesjö skriver vidare att det inte heller är ovanligt att barn med en otrygg familjemiljö får koncentrationssvårigheter, eftersom de har helt enkelt inte blivit sedda och uppmuntrade att koncentrera sig och har då inte heller lärt sig det beteendet. Om det även är stökigt i skolmiljön, och de vuxna i verksamheten inte är väldigt klara och tydliga, kan det

² Göteborgsstudien - 1977 påbörjades av Christopher Gillberg och Peder Rasmussen m.fl. en serie studier i Göteborg av barn med vad som till en början benämndes MBD (minimal brain dysfunction) (Internet 5).

³ Testosteron är det manliga könshormonet.

var svårt för barnet att förstå vad det är för regler som gäller, och har därmed också svårigheter att följa dem.

2.2.4.1 Neurologiska orsaker

I Gillbergs studie, Göteborgsstudien fann man tecken på att olika påfrestningar av fostret/barnet under graviditeten/förlossningen kan ge barnet koncentrationssvårigheter. Infektion under graviditeten, graviditetsförgiftning, för tidig födsel, syrebrist i samband med förlossningen eller för lite näring från moderkakan är exempel på sådana påfrestningar. Likaså missbruk av psykofarmaka eller alkohol under graviditeten kan förorsaka olika missbildningar, utvecklingsavvikelser, tillväxtrubbningar och allvarlig hyperaktivitet hos barn. Även blyförgiftning hos barn ger beteendestörningar med hyperaktivitet följd. Därför finns det förespråkare som tror att olika gifter i miljön, såsom luftföroreningar kan vara orsaken till koncentrationssvårigheter. Mat nämns också som en eventuell orsak. Raffinerat socker, mjölk, choklad, konserveringsmedel eller färgämnen sägs kunna orsaka beteendeproblem. Det finns ännu inga bevis för det här, även om det i enskilda fall har gett tydliga resultat när man uteslutit dessa födoämnen och tillsatser (Kadesjö, 2001). Men Kadesjö skriver att inte alla barn som utsätts för dessa eller större påfrestningar får koncentrationsproblem. Han anser därför att de kan betraktas som bidragande faktorer, men att det i många fall inte räcker som förklaring (Kadesjö, 2001, s.75-76).

En mycket liten grupp psykiatriker, som kallar sig neuropsykiatriker för att markera att de sysselsätter sig med en sjukdom som utgår från människans biologi och ingenting annat, har lyckats slå ut alla konkurrerande förklaringar till varför barn uppför sig underligt, dåligt eller fel i en mängd situationer. Tanken att det skulle finnas miljöfaktorer som påverkar dessa barns beteenden, faktorer som skulle kunna sökas i familj eller skola eller tidiga kamratkontakter och, på ett mer strukturellt plan, i barnets faktiska bestämning inom ett socialt och kulturellt definierat fält, uppfattas i dessa kretsar som hädiskt och bekämpas därför i varje sammanhang (Kärfve, 2000, s.14).

Kärfve (2000) är väldigt kritiskt till den ensidigt biologiska uppfattningen när det gäller orsakerna till ADHD/DAMP-problematiken. Det har enligt henne inte gjorts några försök att pröva andra tänkbara förklaringar. Precis som Kadesjö skriver, bedömer man inom barnpsykiatrin att fullt friska barn, neurologiskt sett, kan ta skada av stökiga hemmiljöer och andra starka upplevelser såsom övergrepp eller krig, men enligt Kärfve har detta inte tagits i beaktande när Gillberg har gjort sina undersökningar.

Om detta vore sanningen skulle det inte finnas någon anledning att överhuvudtaget uppfostra barn. Inte ens vanvård eller brutala metoder skulle kunna ha någon avgörande negativ inverkan – om barnet inte vore genetiskt sårbart, vill säga. Men om sådan sårbarhet föreligger bryter, enligt socialbiologiska modellen, ett barns ”svårigheter” ut även under de mest idylliska uppväxtförhållanden (Kärfve, 2000, s.71-72).

I de beskrivningar som gjorts av de undersökta barnen kan man se att minst ett av de diagnostiserade barnen kommer ifrån en besvärlig hemmiljö och kortfattade uppgifter om föräldrarna tyder på att det fanns flera barn i studien som inte levde under idealiska förhållanden. Men eftersom det inte ges några alternativa förklaringar till barnens problem, såsom stress eller depression skriver Kärfve att ”barnen framställs som födda in i sina öden” (Kärfve, 2000, s.71).

2.2.4.2 Ärftlighet

Enligt Gillberg (2005, s.121) orsakas ADHD/DAMP ofta av ärftliga faktorer. Mellan 40- och 70 % av de barn med koncentrationssvårigheter har släktingar som har eller har haft liknande svårigheter. Gillberg skriver att det trots allt inte finns något egentligt bevis för ärftliga orsaker, men både han och Kadesjö (2001) tar upp att det genomförts tvilling- och adoptionsstudier vilka tyder på att ärftliga faktorer har relevans. Kadesjö (2001) nämner i sin bok, *Barn med koncentrationssvårigheter*, istället ett intervall mellan 60- och 85 % när det gäller ärftligheten. Han påpekar emellertid att det inte är ADHD som barnen ärver, utan en slags biokemisk förändring i hjärnan. Forskning har hittat vissa specifika biokemiska mönster hos en stor del av barnen med ADHD, men eftersom det är i ett tidigt forskningsstadium, är det för tidigt för att forskningsresultaten ska vara otvivelaktiga. De biokemiska förändringar som omnämns kan eventuellt vara orsaken till koncentrationssvårigheterna, eller så kan de innebära att barnets hjärna blir extra känslig, och påverkas därmed av de tidigare nämnda påfrestningar som barnet utsätts för som foster, under förlossningen eller som barn.

Enligt Kärfve (2000) är det svårt att avgöra ett genetiskt samband, särskilt när man undersöker föräldrar till hyperaktiva barn. Det finns fall då föräldrarna lider av alkoholism och antisocialt beteende, Kärfve frågar sig om det talar för ärftliga faktorer eller miljöns inverkan. Detta gör att hon ställer sig kritisk till de adoptions- och tvillingstudier som Gillberg och Kadesjö nämner. Hon skriver att det endast gjorts en enda adoptionsstudie och att resultatet av den undersökningen visade att det är vanligt att hyperaktiva barn har biologiska föräldrar med problem såsom alkoholism, antisocialt beteende eller hysteri. Det är, enligt Kärfve, svårt att hitta människor utan psykosociala problem hos dem som adopterar bort sina barn och det har inte gjorts några jämförelser med biologiska föräldrar till barn utan ett hyperaktivt beteende (Kärfve, 2000, s.27).

2.2.4.3 Hjärnans utveckling

Enligt Gillberg har flickor generellt sett en tidigare mognad i sitt centrala nervsystem och kommer i snitt i puberteten 12-24 månader innan pojkar. Gillbergs (2005) teori är att den sena mognaden av pojkarnas hjärnor innebär att pojkarna utsätts för en längre tidsperiod, då de riskerar att få skador på hjärnan innan den är färdigutvecklad. Dessa skador skulle då kunna ge upphov till koncentrationssvårigheter. Kadesjö (2001) skriver också om hjärnans utveckling och tar upp den holländske forskaren, Kinsbourne, som också påstår att en sen mognad av hjärnan kan ge upphov till koncentrationssvårigheter hos barn. Enligt Kadesjö (2001) finns det argument både för och emot ett sådant påstående. Det som talar för denna teori är att egenskaper som är karakteristiska för barn med koncentrationssvårigheter är desamma som finns hos yngre barn som anses normala. Ytterligare ett argument är att ett flertal av barnen med koncentrationssvårigheter har en försenad neurologisk utveckling, bland annat när det gäller språk och motorik. Ett starkt motargument är att många människor behåller sina koncentrationssvårigheter även upp i vuxen ålder, och då är det svårt att hävda att det handlar om en sen utveckling.

Kinsbourne är en av många som föreslagit att man skall se uppmärksamhetssvårigheter liksom överaktivitet som den ena extreman av en normalfördelning av medfödda egenskaper (som begåvning och temperament också kan vara) Om man uppfattar olikheter i barns beteenden som utslag av biologisk variation måste några också vara t.ex. ovanligt aktiva. Då är de allra mest impulsiva och aktiva barnen som vi definierar med vår diagnos (Kadesjö, 2001, s.76).

Som citatet ovan förklarar, tycker Kinsbourne att det är svårt, om inte omöjligt att avgöra vad som är ett normalt beteende och vad som är ett avvikande uppförande. Han föreslår att elever med ADHD/DAMP inte ska anses vara avvikande, utan de bör inkluderas inom normalitetsbegreppet.

2.2.5 Medicinsk behandling

För barn med ADHD finns det, enligt Gillberg (2005), ett flertal mediciner som kan verka positivt åtminstone under en kortare tidsperiod. Gillberg (2005) nämner fem olika sorters preparat som används vid behandling av ADHD, centralstimulerande mediciner (framförallt metylfenidat), noradrenalinåterupptagshämmare, antiepileptisk medicin, neuroleptika och naturläkemedel. Han lägger störst vikt vid de centralstimulerande medicinerna, vilka är de som är vanligast vid behandling i Sverige. Även Freltofte (1998), som är dansk psykolog och specialist i barnneuropsykologi, förespråkar medicinering. Hon menar att medicinering med centralstimulerande medel gör att det blir lättare för barnets främre hjärnområden att hålla igång uppmärksamhets- och koncentrationsförloppet.

Enligt Gillberg (2005) finns det åtskilliga positiva resultat när det gäller medicinering med centralstimulerande medel. Näst intill 70 % av barn som behandlas med dessa preparat får under en kortare tidsperiod en uppenbar förbättring. Barnet får en mer välorganiserad aktivitet, bättre koncentration, bättre inlärningsförmåga, minskat utagerande och förbättrad finmotorik. Dessutom blir barnet lugnare, mer samlat och lyssnar bättre. När det gäller längre tidsperioder skriver Gillberg (2005) att studier har visat att ungefär hälften av barnen med svår ADHD/DAMP visar en förbättring (Gillberg, 2005, s.151). Eftersom inte alla barn svarar på medicinering anser Freltofte (1998) att det är av största vikt att man då gradvis börjar trappa ner medicineringen, för att slutligen avsluta behandlingen. Hon tycker dock att det i vissa fall kan vara befogat att prova andra amfetaminpreparat, för att vara säker på att det inte är något annat preparat som är verksamt.

Emellertid finns det också negativa effekter med medicineringen och dessa är framförallt viktnedgång och minskat sömnbehov. Biverkningarna är inte ovanliga, men kan enligt Gillberg (2005) hanteras genom att man reglerar mängden medicin. Dessutom påstår han att de bieffekter som finns försvinner utan bestående men om medicineringen avslutas. Behandling med centralstimulerande mediciner kan dessutom göra vissa barn deprimerade och inbundna och det kan också innebära en ökning av tics hos individer som har en benägenhet för tics⁴ eller Tourettes⁵ syndrom. Om medicinen tas enligt anvisningar menar Gillberg (2005) vidare att det inte finns någon risk för ökade doser eller narkotiskt beroende. Istället så tror han att det snarare innebär en lägre missbruksrisk eftersom dessa barn, genom medicinering, blir skyddade mot psykosocial utslagning (Gillberg, 2005, s.152). Freltofte (1998) håller med Gillberg i detta resonemang och anser inte heller att det finns någon risk att dessa barn blir missbrukare. Hon förklarar det ytterligare med att medicineringen reglerar en biokemisk obalans som finns hos barnen. Det innebär att barnen redan från början får en korrekt dos, vilken inte ändras under medicineringsperioden. När det gäller en amfetaminmissbrukare förekommer det ingen biokemisk obalans, utan obalansen skapas hos missbrukaren och kroppen måste då kompensera detta. Efter endast en kort period måste

⁴ Tics innebär ofrivilliga muskelryckningar, särskilt i ansiktet (Språkdata och Nordstedts Ordbok, 1999).

⁵ Tourettes syndrom är en ärftlig neurologisk eller neurokemisk störning som kännetecknas av tics - ofrivilliga, hastiga, plötsliga rörelser, läten/ljud eller uttryck som upprepas. Mer allmänt är denna funktionsstörning känd för de ofrivilliga socialt oaccepterade ord som kan yttras (Internet 4).

missbrukaren öka sin dos för att uppnå önskad effekt. Efter ett till två år tycker Freltofte (1998) att man ska göra ett uppehåll i medicineringen för att se om problematiken kvarstår. Har koncentrationssvårigheterna upphört bör man avsluta den medicinska behandlingen. Tidigare var det vanligt att man avslutade behandlingen när barnet kom in i puberteten, eftersom det då sker många biokemiska förändringar i kroppen och svårigheterna ibland då försvinner av sig självt. Internationella undersökningar visar dock att det i vissa fall kan vara gynnande att fortsätta medicineringen även upp i vuxen ålder.

I någon mån kan man hävda att ADHD-diagnosen i sig vuxit fram som ett resultat av behovet att ha en diagnostisk term för de svårigheter, överaktivitet och koncentrationssvårigheter/uppmärksamhetsstörningar, som man konstaterat kunde lindras av centralstimulantia (Gillberg, 2005, s.153).

Gillberg (2005) anser att innebörden av citatet ovan, är en vanlig orsak till misstro gentemot ADHD-begreppet. En ADHD-diagnos innebär, till skillnad ifrån DAMP, att det inte finns några motoriska eller perceptuella problem, utan endast en beteendestörning. Kritikerna hävdar att det kan betyda att andra beteendestörningar kan misstänkas vara ADHD och därmed behandlas med hjälp av centralstimulerande mediciner i onödan. Kärfve (2000) som är en av Gillbergs största kritiker menar att det finns ett flertal symptom som lika gärna kan bero på stress, men som kan tolkas som ett ADHD-symptom enligt DSM-IV.

I Kärfves bok, *Hjärnspöken – Damp och hotet mot folkhälsan* (2000, s.227-228) har Leif Elinder, som är legitimerad läkare, åsikter om de ämnen Gillberg och Freltofte berör. Enligt Elinder vet man ännu inte tillräckligt om biverkningarna av medicineringen. Man har endast genomfört studier på kortvariga och övergående biverkningar när det gäller barn med ADHD/DAMP, eftersom det skulle vara svårt och omfattande att undersöka de långsiktiga och allvarliga biverkningarna. Enligt Elinder skulle det krävas att man använde sig av en stor grupp med stökiga elever där hälften valdes bort slumpvis och endast fick sockerpiller som medicinering, medan den andra gruppen skulle behandlas med amfetamin. Därefter hävdar Elinder att man under flera år, också efter avslutad behandling, bör undersöka de båda gruppernas mentala hälsa och välbefinnande. Utöver detta är han dessutom kritisk till Gillbergs och Freltoftes åsikter om att de föreskrivna doserna skulle vara adekvata. Hos en narkoman orsakar för höga doser amfetamin hjärnskador. Barn och unga med ADHD/DAMP föreskrivs doser på 5-20mg som ges 2-3 gånger per dag. En vuxen människa blir påverkad av en tablett på endast 10mg. Elinder frågar sig då hur en långvarig behandlig av barn, som fortfarande har hjärnor som utvecklas, kan påverkas av detta.

Sammanfattning

I början av 1900-talet menade medicinsk expertis att det var en skada i hjärnan som orsakade koncentrationssvårigheter hos barn. Idag anser forskarna istället att det förekommer kemiska/neurofysiologiska- eller små strukturella förändringar som påverkar hjärnans funktion. Därför bytte man namn på problematiken. Från början kallades det MBD – minimal brain damage, men idag använder man sig i Sverige av begreppen ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder, och DAMP – Deficits in Attention, Motor control/Preception.

Enligt Gillberg och Kadesjö finns det ungefär en elev i varje klass som har ADHD eller DAMP. Orsakerna till problematiken kan man enligt de båda forskarna främst hitta genom att se till biologiska orsaker, såsom olika skador under graviditeten, under förlossningen eller under tidig barndom. Många barn kan visa en klar förbättring genom att behandlas med olika amfetaminpreparat. Gillberg och Freltofte ser inga nackdelar med detta, utan tror snarare att det innebär att dessa barn slipper problem senare i livet, till exempel psykosocial utslagning.

Kärfve är mycket kritisk till att Gillberg och Kadesjö nästan uteslutande ser till biologiska orsakerna och anser att det inte har forskats tillräckligt för att utesluta miljöns påverkan på barnen.

2.3. Normalitetsbegreppet

Debatten mellan Kärfve och Gillberg handlar dessutom om en fråga om vad avvikelsetränsen ska gå och vad som anses vara norm. Ser man till skolan och hur normalitet mäts där så är det inte så konstigt att det är där debatten i mångt och mycket har sitt fokus. Gustafsson (i Skolverket, 2002) menar att undervisningen i skolan länge präglats och kopplats samman till en mätning av elevers prestationer. Det finns en underförstådd föreställning hos lärare om vad en normal elev ska klara av, vilket uttryck som svag, normal och stark vittnar om. Det är i förhållande till skolans sätt att fungera som problemet synliggörs (Tideman, 2000).

Eftersom det som anses normalt kan tydas på olika sätt finns det olika definitioner på begreppet normalisering. Normaliseringsprincipen bygger på en strävan efter det normala och det finns i huvudsak tre olika sätt att se på normalitet (Tideman, 2000). Att se på normalitet som det normala tillståndet kallas för *statisk normalitet* och bedöms vanligtvis utifrån medelvärde och standardavvikelse. Utgångspunkten brukar då vara normalfördelningskurvan eller med ett annat namn Gauss – kurvan (Gustafsson, i Skolverket, 2002).

De värderingar om vad som är normalt i form av förmåga, vilka förekommer i ett samhälle vid en viss tidpunkt benämns som *normativ normalitet*. Det tredje synsättet kallas för *individuell eller medicinsk normalitet* och det betyder att en individ är normal/frisk och alltså inte avvikande eller sjuk. För att ”rätta” till det avvikande krävs en behandling för att uppnå det normala (Tideman, 2000).

Gustafsson (i Skolverket, 2002) menar att det finns ett alternativt sätt att tänka kring normalitet som han benämner som det etiologiska. Det tar inte enbart hänsyn till mätresultat utan väger in orsakerna till att ett visst barn uppnår just det resultatet. Vidare säger Gustafsson att man idag inte tagit tillräckligt stor hänsyn till det sistnämnda perspektivet då man diagnostiserar ett barn med ADHD/DAMP. Det finns flera faktorer idag som påverkar normalitetsbegreppet i skolan. Samhällets krav har ökat för individen och därför har det som tidigare ansetts normalt snävats in vilket kan ses inom läs - och skrivområdet. Klassrummen idag karaktäriseras av att vara högljuda och den stilla katedersittande läraren har bytts ut mot en vandrare lärare. Detta menar Gustafsson påverkar barn med koncentrationssvårigheter negativt.

Det har alltid funnits barn som fallit ur normalområdet, men tidigare har dessa elever hjälps med olika pedagogiska strategier exempelvis genom att placerats längst fram i klassen. Idag markeras denna avvikelse tydligare genom att man diagnostiserar. Det anses nödvändigt för att eleven ska få den lärandemiljö som den behöver. Och gränsen för normalitet bestäms av ett par kriterier som är skapade utifrån en ungefärlig uppfattning bland en begränsad grupp forskare. Det långsiktiga opinionsarbetet med en skola för alla handlar om att förändra tänkandet inom breda grupper om vad som ska uppfattas som norm. Det innebär i praktiken en vandring bort från ett statiskt normalitetstänkande mot ett mer etiologiskt.

2.4 En skola för alla

I Sverige har man de senaste tio åren haft intentionen att skapa en skola med bas i demokratiska deltagarorienterade principer. Denna skola kallas också för *en skola för alla* eller den *inkluderande skolan*. Fram till 1940-talet ägnade den svenska skolan ganska lite uppmärksamhet åt elever med svårigheter. De åtgärder som användes var kvarsittning och i de större städerna fanns hjälpklasser. Sedan dess har det skett en kraftig utbyggnad av den specialpedagogiska verksamheten. Under 1970-talet skedde en förändring av synen på specialundervisningen i samband med SIA⁶. Tanken var då att förändra det officiella synsättet som hittills hade präglats av ett särskiljande av elever i behov av särskilt stöd (Ahlberg, 1999). Istället för att enbart relatera skolsvårigheter till individen betonades det sociala sammanhanget och hela skolans miljö. Vidare skulle normalitetsbegreppet sträcka sig så att det omfattade alla elever. Detta väckte protester från läkares och föräldrars håll som menade på att detta synsätt bortsåg från de faktiska svårigheterna. I Lgr80 betonades vikten av att skolans arbets sätt skulle anpassas efter elevens förutsättningar och att en integrering av eleven skulle eftersträvas. År 1994 skrev Sverige under Salamancadeklarationen (2001) där en rad dokument uttrycker en internationell samsyn på specialundervisningens framtida behov, den understryker vikten av respekt för olikheter och betydelsen att kunna tillgodose individuella behov. För att höja kompetensen utbildades flera grundskolelärare för att kunna verka i ”en skola för alla” (Skolverket, 1998). Men det är egentligen inte förrän Lpo 94 dessa värderingar verkligen kom till uttryck. De formulerades på följande sätt:

Människolivets okränkbarhet, individens frihet och integritet, alla människors lika värde samt solidaritet med svaga och utsatta är de värden som skolan skall gestalta och förmedla (Lpo94 s.1).

Det är just dessa demokratiska värderingar om alla människors lika värde som ligger bakom idén till en skola för alla. Där skolan blir en plats för alla och inga elever får segregeras på grund av att de är avvikande från mängden. En skola för alla är starkt kopplad till de värden som samhället vilar på såsom social rättvisa (Andersson, 1999). Grundtanken i Salamanca-deklarationen (2001) är att arbeta för målet ”en skola för alla”, där man ska åstadkomma läroanstalter som är till för alla elever. Enligt Andersson innebär detta i praktiken en idé om att man i så hög grad som möjligt ska ge alla elever en meningsfull undervisning inom klassens ram. Detta skapar förutsättningar för att umgås, känna respekt och förståelse för dem som på olika sätt är annorlunda. För att leva upp till dessa mål krävs en omstrukturering från skolans håll. Läraren måste ha en specialpedagogisk kompetens för att kunna undervisa alla barn och ungdomar inom samma klassrum. Specialpedagogens roll blir ytterst viktig då specialpedagogen ska fungera som handledare och ha fokus på att undanröja hinder som orsakar svårigheter i undervisnings- och lärandemiljöer (SOU 1999:63).

2.4.1 En skola för alla - problematik

Trots att Lpo94 har en intention om en likvärdig skola innebär det inte att undervisningen skall utformas på samma sätt överallt eller att skolans resurser ska fördelas lika.

Hänsyn skall tas till elevernas olika förutsättningar och behov. Det finns olika vägar att nå målen. Skolan har ett särskilt ansvar för de elever som av olika anledningar har svårigheter att nå målen för undervisningen. Därför kan undervisningen aldrig göras lika för alla (Lpo 94, s.6).

Ahlberg (1999) problematiserar detta citat genom att ställa sig frågande till om man lever upp till de värden och mål som formuleras i offentliga dokument i skolverksamheten. Alltså finns

⁶ Utredningen av skolans inre arbete

det en överrensstämmelse mellan läroplanens mål och den enskilda skolans mål? Om det nu inte förhåller sig så, vad är det då som styr?

Kritiska röster menar att idealet med en skola för alla ligger alldeles för långt bort från verkligheten. Många skolor präglas fortfarande av gamla traditionella synsätt var gäller innehåll och form. Det kan bero på att man varken har tillräcklig kunskap om hur man genomför en anpassad undervisning eller har kompetens inom ämnet. En konsekvens av detta blir att undervisningen får en ganska traditionell form och organisation. Detta försvårar en individualiserande undervisning som leder till att vissa elever inte gynnas av att vara i samma klassrum utan måste utbildas individuellt i mindre grupper. Idag är många klasser stora och opersonliga vilket skapar problem för elever som behöver en nära vuxenkontakt. Stressfaktorn är också märkbar vilket leder till att elever med en långsammare mognadsutveckling får svårt att hänga med. Teoretiska ämnen värderas högre än praktiska något som missgynnar praktiskt inriktade elever (Andersson, 1999). Enligt Andersson kan man idag prata om skolor med elevsvårigheter snarare än elever med skolsvårigheter. Ett dilemma på de flesta skolor enligt en undersökning av SOU⁷ (1999:63) är att eleven blir kvar i sin klass med utgångspunkt i de utbildningspolitiska intentionerna om en skola för alla. Det kan i vissa fall verka missgynnande för eleven då läraren inte har tillräcklig kompetens eller tid att stödja eleven.

Enligt Haug (1998) finns det hårda politiska meningsskiljaktigheter och starkt motstånd kring intentionen om en skola för alla. Man kan utträna två utbildningspolitiska riktningar. Den innovativa som har sina traditionella rötter i de socialdemokratiska partierna och den restaurerande som har sitt ursprung i de borgliga partierna. I den innovativa ligger tyngdpunkten på att skolan ska vara till för alla. Den orienterar sig mot gemenskap och medborgarkompetens. Utbildningen ska därför inte enbart lägga fokus på traditionella skolämnen utan kultur och social träning ska ses som viktiga i utbildningsprocessen. Den restaurerande däremot är mer inriktad mot teoretiska studier och ämneskunskaper. Här spelar betyg, konkurrens och examina en viktig roll. Beroende på vilken politisk majoritet en kommun har, legitimeras en nedbrytning av de redan formulerade nationella intentionerna. Konsekvensen av detta är en stor variation från klass till klass och skola till skola när det gäller vem som får specialpedagogisk hjälp. Det som i en skola uppfattas som stora problem, uppfattas som generell i en annan.

2.5 Integrering - inkludering

När man pratar om en skola för alla kommer man in på begreppen integrering och inkludering. I Sverige har man på senare tid börjat använda begreppet inkludering för att ersätta det tidigare använda begreppet integrering. Enligt Rosenqvist (i Boken om integrering, 2001) kan känslor och värderingar ligga till grund för en ändring. Begreppet inkludering har sitt ursprung i engelskans inclusion. Det finns tre olika översättningar på begreppet men det som lämpar sig bäst i en skola för alla är *att anses som en del av en helhet*. Både Haug (1998) och Tideman (1998) menar att begreppet i praktiken syftar till att eleven blir en naturlig del i en gemenskap. Det avser att minska avståndet mellan människor och mellan olika grupper av människor för att underlätta en samvaro dem emellan. Integrering brukar översättas på svenska med *orörd, hel, odelad*. I skolsammanhang innebär det att man bygger upp en helhet med olika förutsättningar som förhoppningsvis ska leda till en helhet (Rosenqvist, 2001). Haug (1998) menar att det behövs en nyansering av begreppet integrering för att precisera hur

⁷ Statens offentliga utredningar

situationen ser ut i praktiken för elever i behov av särskilt stöd. Han har därför delat upp begreppet i två olika riktningar och använder beteckningarna segregering och inkluderande integrering.

I den segregering integreringen ligger tankarna om utbildning på ämnesinriktad inläring och prestation. Här ser man främst till individen och söker efter kompensatorisk behandling där eleven på bästa sätt kan anpassas till skola och samhälle. Det gäller att hitta den optimala miljön för den enskilda eleven som bestäms av någon sakkunnig. Detta innebär att en diagnostisering av barnets behov och värderingar ligger till grund för vilken undervisning barnet kommer få. Tolkningen av begreppet behov av särskilt stöd blir således individorienterat (Haug, 1998, s.20).

I den inkluderande integreringen ses social rättvisa utifrån ett deltagarperspektiv där man tar hänsyn till social rättvisa. Man anser att undervisningen ska ske inom klassens ramar för den klass där barnet är inskriven som elev. För att kunna undervisa alla elever krävs det tillräcklig kunskap från lärarens håll. Man bedömer att det mest rättvisa för den enskilda eleven och för samhället är att alla oavsett förutsättningar ska kunna delta i samma samhällsgemenskap och få gemensam undervisning redan från unga år. Tanken är att man ska acceptera skillnader mellan barn. Stor vikt läggs vid social träning och på att utveckla gemenskap. Undervisningen inom klassens ram ska leda till att barnen slipper bli stigmatiserade och utstötta. Särskilda åtgärder såsom särskiljande av något slag, beror på att skolan inte är skapt så att alla ska kunna fungera där. Begreppet särskilda behov ses som en social konstruktion (Haug, 1998, s.21-22).

Haug (1998) och Ahlberg (1999) anser att dagens skola ligger närmre en segregering integrering och finner en rad faktorer som försvårar arbetet med en inkluderande. Specialpedagogikens motiv är inte alltid enbart riktad till eleven i behov av särskilt stöd utan även till de andras prestationer. Elever som uppfattas som störande har oftast en negativ inverkan på övriga elevers prestationer. Det är därför inte ovanligt att dessa elevers särskiljande från klassen förklaras med att man slår vakt om hög kvalitet i undervisningen och värna om samtliga elevers prestationer. En bidragande orsak till att man organiserar mindre undervisningsgrupper kan vara det ökande intresset för neuropsykologin och medicinska diagnoser.

Enligt Haug (1998) medför en diagnostisering att det avvikande beteendet ligger hos barnet. Utifrån problemets biologiska orsak bestäms utbildning och undervisning. I praktiken innebär detta att man inte ser orsakerna som socialt konstruerade vilket innebär att man inte heller inriktar sig på att förändra skolan. För att detta ska ha relation till en skola för alla behövs en pedagogisk diagnos som klargör ifall barnet behöver extra stöd för att kunna fungera i enighet med sina egna förutsättningar i skolan. Att arbeta långsiktigt med pedagogiska åtgärder på olika nivåer i skolans verksamhet uppfattas vanligtvis som mer mödosamma, diffusa och omfattande då skolpersonal, elev och föräldrar involveras. En omorganisering där speciella undervisningsgrupper formas synliggör tydligt att man i skolan värnar om elever i behov av särskilt stöd, man "gör" någonting (Ahlberg, 1999).

2.6 Resurser

När man pratar om stöd i skolan till barn med ADHD/DAMP ses resursers oftast i form av pengar och personal. Enligt en rapport från Skolverket (1998) finner man att resurser till elever i behov av särskilt stöd kan ges på många sätt. Det handlar främst om att få fram

elevernas egna resurser. För att lyckas spelar dock flera förhållanden in såsom en gynnsam skolmiljö och att skolledningen och ansvariga för skolans organisation ser sig som pedagogiska ledare i främsta hand. Avgörande är också kvalitén i lärarens undervisning. Den måste vara så pass hög att den stimulerar till elevens lärande. Men för att detta ska möjliggöras menar Andersson (2003) att det krävs resurser i form av personal för att tillgodose alla elevers behov. De senaste årens personalminskningar i skolan har inneburit att klasserna blivit större och att vuxna med specialpedagogiska uppgifter minskat i antal. En konsekvens av detta blir att elever i behov av särskilt stöd blir lidande och mister den undervisning som de har rätt till enligt läroplanen. Dessutom blir lärare i allt större utsträckning utbrända då de känner sig otillräckliga.

Trots detta finns det studier, framtagna av Skolverket (2001), som visar att det inte finns något samband mellan skolornas ekonomiska resurser och elevernas resultat. Elever som kommer från hem där studiemotivationen är låg får i större utsträckning än andra elever svårigheter i skolarbetet. Dessutom spelar ett effektivt utnyttjande av undervisningstiden avgörande roll. Viktigt är också att skolmiljön utformas så att den gynnar alla istället för att motverka lärande. Men Andersson (1999) menar att om detta ska lyckas krävs kompetent personal som måste utbildas och utbildning kostar pengar. Även Jens och Christina Axengrip (2004) beteendevetare och konsult, menar att flera skolor inte ger barn och ungdomar med DAMP den skolgång de har rätt till på grund av pengabrist, men menar ändå att det största problemet sannolikt bottnar i otillräckliga kunskaper om DAMP samt att de resurser som finns är dåligt samordnade och utnyttjade.

Både Axengrip (2004) och Andersson (1999) hävdar att kommunerna inte får strunta i att ordna särskilda stödåtgärder för att de har dåligt med pengar eftersom budgeten är underordnad lagen. Detta är väldigt svårt att styra då kommunerna har ansvaret för skolorna. Flera kommuner med en ansträngd ekonomi anser att de inte hade råd att utbilda lärare i den specialpedagogiska inriktningen och samtidigt inrättas inte specialläraretjänster längre. En ökning av att skilja behovande från icke-behovande har också märks av genom de minskade resurserna. Eftersom en medicinsk baserad diagnos oftast leder till ökade resurser har detta kommit att bli eftersträvanvärt för många kommuner (Tideman, 2000). Den här utvecklingen kan ses som ett misslyckande i målet mot en skola för alla, där intentionen var och är att varje lärare ska ha en specialpedagogisk kompetens och specialpedagogen en konsultativ roll. Under de senaste åren har man inrättat speciella stödcentra i kommunerna. Där har man samlat medicinsk, psykologisk och specialpedagogisk kompetens på ett ställe för att effektivisera resurserna. Specialpedagogen kan vara till ett stort stöd för lärare när det gäller enskilda elever. Däremot är det svårt för specialpedagogen att under en längre tid delta i ett arbete som syftar till utveckling och förändring av hela verksamheten. Att ha stödcentrar som inte är direkt kopplade till skolorna innebär att kompetens och resurser försvinner från skolenheten och eleverna får längre avstånd till hjälp (Ahlberg, 1999). Detta menar Andersson (2003) leder till att de tappar den viktiga dagliga kontakten med skolpersonalen och mister ett elevperspektiv med utgångspunkt i elevernas behov och skolans verksamhet

Sammanfattning

I kapitlet om en skola för alla har vi gjort en kort historisk tillbakablick. Demokratiska värderingar och social rättvisa ligger till grund för en skola för alla. I praktiken innebär detta en idé om att man i så hög grad som möjligt ska ge alla elever en meningsfull undervisning inom klassens ram som skapar förutsättningar att umgås, känna respekt och förståelse för dem som på olika sätt är annorlunda. För lärarens del innebär detta nya utmaningar som kräver specialpedagogisk kunskap för att kunna undervisa alla elever i samma klassrum.

Specialpedagogen ska ge handledning som möjliggör en inkludering av alla elever. Dessvärre finns det flera faktorer som försvårar arbetet med en skola för alla. Andersson (2003) Ahlberg (1999) och Haug (1998) anger bland annat stora klasser, saknad av tillräcklig specialpedagogisk kompetens hos lärarna, gamla traditionella synsätt och resurser i skolan som bidragande faktorer. Resurser för barn i behov av särskilt stöd kan ges på olika sätt. Dock ses resurser oftast i form av pengar och personal. Det stöd som ges till barn i behov av särskilt stöd hänger ihop med kommunernas ekonomi och fördelning av resurser.

2.7 Pedagogiska strategier

Det finns en handfull författare (Gillberg, Kadesjö, Axengrip), som har åsikter om hur man på bästa sätt anpassar undervisningen till barn som har ADHD/DAMP. Flertalet av dem har en medicinsk bakgrund men även föräldrar till barn med ADHD/DAMP har idéer om hur man jobbar på bästa sätt.

Gillberg (2005) menar att så gott som alla barn med DAMP är i behov av olika slags pedagogiska insatser. I en stor klass med 30-40 elever har en elev med DAMP svårt att ta till sig något av undervisningen. Istället skulle de behöva få mycket av sin undervisning enskilt eller i grupp. Detta för att kunna individualisera undervisningen så mycket som möjligt, vilket kan vara svårare med i större klass. Även Kadesjö, (2001) dr och skolöverläkare, är av samma åsikt och framhäver vikten av enskild undervisning. Han menar att det är mycket viktigt att noga planera skolgången efter barnets individuella förutsättningar, oftast lär sig eleven mest under korta lektionspass, då de är ensamma med specialläraren. Gillberg rekommenderar dessutom att man placerar barnet nära läraren i klassrummet, det vill säga långt fram. Detta för att eleven ska slippa bli distraherad av sina klasskamrater, samt att det är lättare för läraren att uppmärksamma eventuella svårigheter eleven har under dagen. Vidare menar Gillberg att de flesta elever med DAMP gynnas av en stimulusfattig miljö i klassrummet. Detta gäller dock inte alla, utan vissa kan utan problem kan till exempel arbeta som bäst med hög musik på i rummet. Så man får helt enkelt pröva sig fram och se vad som fungerar bäst för varje elev.

Ur ett föräldraperspektiv, i boken Pedagogiska strategier, har Axengrip (2004) behandlat frågor vad barn med ADHD/DAMP behöver för att få vardagen att fungera. För att skolan ska lyckas krävs det att den är pedagogisk tillrättalagd vilket menas att all personal kring barnet ska ha en god kännedom om vad diagnosen innebär. Vidare menar Axengrip att det finns tre grundförutsättningar som måste bli tillgodosedda för att elever med diagnosen ska uppnå målen i läroplanen. Det handlar om specialundervisning, särskilda rastaktiviteter och elevassistenter som tar ett särskilt ansvar för eleven.

Gillberg (2005) tycker att en assistent kan vara en bra kortsiktig lösning för att hjälpa eleven att nå målen. Assistenten kan vara till hjälp för eleven när det gäller koncentration och uppmärksamhet och kan också hjälpa till med att lösa uppgifter i skolämnena, förutsatt att den pedagogiska kompetensen finns. Det som är viktigast är att eleverna lär sig så mycket som möjligt. Detta ska ge eleven bättre självförtroende och stärka prognosen. Men tyvärr, säger Gillberg och Axengrip, är assistenter ibland bara en hjälp för att kunna ha eleven integrerad i en stor klass, utan att eleven egentligen får någon möjlighet till inläring (Gillberg, 2005, s. 145 f.f). Men det är inte bara ämneskunskaper som barn tillägnar sig i skolan. Det sociala samspelet med andra barn utgör en stor del av skoldagen och man får noga avväga enskild undervisning och undervisning i klassen för att undvika att barnet blir ensamt och utstött (Kadesjö, 2001, s.179).

3. Metod och material

3.1 Beskrivning av metod

I vårt arbete valde vi att använda oss av relevant litteratur och aktuell forskning för att besvara vårt syfte. Litteraturen sträckte sig från år 1995 fram till nutid. Eftersom det fanns två tydliga föregångare, Gillberg och Kärffe, inom detta ämne så kom mycket fokus att ligga på deras forskning och litteratur. Dessutom kompletterade vi med intervjuer av verksamma lärare. För att få en djupare insyn av verkligheten ansåg vi att kvalitativa intervjuer var att föredra. Eftersom vår tid var begränsad skulle det inte vara möjligt att genomföra en kvantitativ undersökning och dessutom tror vi inte att en enkät hade gett samma utförliga svar. Fördelar med en kvalitativ intervju är att det finns möjligheter till följdfrågor som i sin tur kan leda till en djupare förståelse för problematiken. Vi bestämde oss för att så tidigt som möjligt i vår undersökningsprocess genomföra våra intervjuer, för att ha gott om tid för transkribering och analys av materialet (Stukát, 2005).

3.2 Material

För att kunna genomföra våra intervjuer bestämde vi oss för att använda bandspelare. Trots att det fanns nackdelar såsom olika störningar vid inspelningstillfället så var de positiva aspekterna övervägande, som att bättre kunna fokusera på intervjuoffrets svar, samt att sedan korrekt kunna återge intervjun. Dessutom valde vi att i förväg dela ut frågorna för att ge den intervjuade en chans att tänka igenom sina svar. För att besvara vårt syfte och frågeställningar på bästa sätt utformades frågorna inom tre olika kategorier; diagnos, lärare, elev. Vi valde att använda oss av enskilda ostrukturerade intervjuer vilket innebar att frågorna var av öppen karaktär (Stukát, 2005). Detta valdes för att komma längre och nå djupare i frågorna. Följdfrågor ställdes för att fördjupa och utveckla svaren. På grund av tidsbrist beslutade vi oss för att endast intervju tre lärare, eftersom den intervjuemetod vi valde krävde en omfattande transkribering. Vi försökte undvika att i största möjliga mån ställa ledande frågor för att få så personliga svar som möjligt. Formuleringar som var direkt ledande undveks därför. Vår intention var att göra en kvalitativ analys av intervju svaren för att få en insikt i verksamheten. Dessvärre har vi inte haft så gott om tid och en konsekvens av detta blev en mera ytlig analys av svaren. Eftersom vårt syfte var att jämföra verkligheten med intentionen om en skola för alla så blev det intervjuerna i samspel med litteraturen som får representera verkligheten.

3.2 Urval

Vårt urval bestod av tre verksamma lärare som har jobbat eller jobbar med barn med bokstavsdiagnoser. Dessa lärare valdes enbart på grund av tillgänglighet. Våra intervjuoffer är verksamma inom skolor med goda sociala förhållanden vilket kan ha påverka vårt resultat. Hade spridningen sett annorlunda ut hade kanske resultatet också sett annorlunda ut. När det gäller generaliserbarheten så kan våra resultat endast gälla för dessa lärare, i den här situationen och vid det här tillfället (Stukát, 2005).

3.3 Etiska aspekter

Det har under arbetets gång funnits en mängd etiska aspekter att ta hänsyn till. Vid första kontakten med de utvalda lärarna, presenterade vi oss själva, samt det ämne vi skulle behandla i vår uppsats. För att de intervjuade skulle få en tydlig och klar bild av vad undersökningen behandlade, samt för att kunna förbereda sig, fick de ta del av intervjufrågorna i förväg genom ett e-post-utskick. Eftersom deltagandet var frivilligt, förklarade vi tydligt att lärarna hela tiden under arbetets gång kunde avbryta sin medverkan om de så önskade. Dessutom informerades lärarna om att de i arbetet inte skulle nämnas vid namn, utan endast benämnas som A, B eller C (Stukát, 2005). För att ytterligare undvika att avslöja de intervjuades identiteter bad vi lärarna att inte nämna namn på personer, skolor eller avdelningar under intervjuerna. Den enda gång det hände, valde vi att utelägna avdelningsnamnet vid transkriberingen, men ändå markera att vi utelämnat något.

3.4 Reliabilitet och validitet

Undersökningens reliabilitet och validitet går i denna undersökning att ifrågasätta. Det är flera faktorer som spelar in. Reliabiliteten, som i detta fall innebar att våra frågor kunde tolkas olika, eftersom det är människor som intervjuas. Alla människor har olika erfarenhet och tolkar därmed inte frågorna på samma sätt (Stukát, 2005).

Några exempel på reliabilitetsbrister som kan finnas i en undersökning: Feltolkning av frågor eller feltolkningar av frågor och svar hos den bedömda och/eller bedömaren, yttre störningar under undersökningen, tur och otur i vilka frågor som ställts. Det kan också handla om dagsformen hos den svarande, gissningseffekter, felskrivningar eller felräkningar vid behandlingen av svaren osv. (Stukát, 2005, s.126).

I vårt fall var det nog yttre störningar som var den faktor som påverkade reliabiliteten mest. C:s intervju genomfördes i ett personalrum, där ytterligare personer vistades. Det var svårt att föra en konversation utan att bli störd eller avbruten.

Man kan kanske lägga till ytterligare en felkälla när man har med människor att göra. Hur ärliga är de mot dig? Det är inte otroligt att de ger osanna svar – mer eller mindre omedvetet. Vad svarar rektorn på din fråga om skolan följer läroplanen? Vad säger läraren om elevdemokratin i sin klass? Kanske vill informanten inte erkänna sina brister, kanske vill de vara intervjuaren till lags och ge det svar de tror intervjuaren vill höra (Stukát, 2005, s.128).

Validiteten var väldigt svår att bedöma. Det är nästan omöjligt att veta om en person är helt ärlig i sina svar. Dessutom kan det här vara ett känsligt ämne eftersom de intervjuade lärarna troligtvis vill svara så läroplansenligt som möjligt.

4. Resultat

Vår resultatdel, som är baserad på intervjuer, svarar främst på frågeställningen; Hur kan den pedagogiska verksamheten se ut i verkligheten för barn med ADHD/DAMP. Vi har valt att sammanställa intervju svaren under fyra olika kategorier som vi har döpt till tidigare erfarenheter/utbildning, utredningsprocessen, pedagogiska strategier och diagnosens betydelse. De intervjuade har fått benämningen A, B och C. I vår undersökning fann vi endast elever med ADHD, vilket antagligen beror på att det är betydligt vanligare med ADHD än DAMP. Forskning visar att ungefär hälften av alla elever med ADHD dessutom har DAMP. Dessutom var samtliga elever pojkar. Ser man till den statistik som Gillberg presenterar stämmer detta bra överens eftersom diagnosen är tre till fyra gånger vanligare bland pojkar än bland flickor (Kadesjö 2001).

4.1 tidigare erfarenheter/ utbildning

Våra intervjuer har gjorts med tre olika lärare, varav två jobbar på en central belägen skolan och den tredje på en mindre landsortsskola söder om Göteborg. Den första har vi valt att kalla A, den andra för B och den tredje C. A och C är relativt nyexaminerade och har inte så mycket erfarenhet inom yrket medan B har en längre yrkesutövning. Gemensamt för de tre är att alla har två elever med ADHD i sin klass. För både C och A är detta en ny situation eftersom de tidigare inte har någon erfarenhet av arbete med dessa diagnoser. I B:s fall var detta inte alldeles nytt då B har jobbat under en längre period med en av eleverna. Gemensamt för de tre är att de fått fortbildning i form av handledning eller kursdagar. B som jobbar på den centralt belägna skolan, är den enda av de tre lärarna som har specialpedagogisk utbildning. Alla anser att det är viktigt med handledning och fortbildning. A önskar att hon kunde få ytterligare hjälp och stöd.

På något sätt får man ta det dem säger, men ändå tänka att man har en vanlig klass. Jag har vissa saker som jag vill göra i klassen, han har svårt med gruppjobb men han är ändå med på det. Däremot en sådan där grej som att det är bra för barn som har det svårt med det röriga runtomkring att kunna fokusera på en sak, det gör att han oftast inte sitter vid ett bord med barn mitt emot, han sitter vid ett bord där han sitter rakt fram (intervju B bilaga 4).

B menar dock att det är viktigt att se handledningen som råd och inte tro att man måste följa dem till punkt och pricka, utan se till vad som fungerar bäst i den egna verksamheten både för gruppen och för individen.

4.2 Utredningsprocessen

På frågan om någon hade varit med under en utredningsprocess var det endast B som har medverkat till viss del i utredningsprocessen. B fick då vara med på ett besök på BNK⁸, där B fick handledning av två pedagoger som var kopplade dit. Under utredningen fick även B fylla i papper som svarade på frågor om elevens beteende i olika situationer. Det finns olika faktorer som påverkar då man misstänker att en elev borde ha en diagnos säger B.

⁸ Barnneurologiska kliniken

[...] vi har inte sett någon utveckling och då börjar vi tro att nu är det någonting som kan vara något fysiskt då [...] Så det är när man allmänt inte ser en utveckling, och för de olika diagnoserna finns det en massa kriterier på att det är en diagnos och när man då plötsligt ser att det här stämmer på det här barnet väldigt väl så blir det att man börjar diskutera med skolpsykolog. Först då med elevhälsoteamet och sen med skolpsykolog för att försöka ringa in, kan det vara någonting eller är det bara andra svårigheter som kan bero på miljön (Intervju B, bilaga 4).

B ser främst till brister i utvecklingen både på ett kunskapsmässigt och socialt plan hos eleven som ett skäl till utredning. Vidare tycker B. att man kontaktar skolpsykologen och senare föräldrar för fortsatt diskussion innan ett initiativ till en utredning kan göras.

[...] vi tror att föräldrarna kan bli väldigt ledsna och väldigt arga när vi pratar med dem, [...] men vi måste ändå berätta om vad vi ser i skolan och misstänker och kanske då också ger dem råd om hur vi tycker. Och vi vet att föräldrarna kan säga helt blank nej och att vi är helt fel ute men ibland kan det också vara att det behöver få mogna för dem (Intervju B, bilaga 4).

Skolans roll menar B är ändå att delge föräldrar om situationen i skolan och utifrån den ge råd så att föräldrarna kan ta ställning till fortsatt utredning eller ej.

4.3 Pedagogiska strategier

Frågan vi ställde de intervjuande var ifall en diagnos påverkar undervisningens utformning. Den centralt belägna skolan B och A jobbar på arbetar på ett inkluderande sätt, där man har valt att i klassen inkludera elever som vanligtvis hade placerats i särskolan. Det är därför viktigt för både B och A att i största möjliga mån ha kvar eleven inom klassens ramar.

Men jag är inte så mycket för att särskilja barn och plocka ut dem utan jag vill så mycket som möjligt ha dem i klassrummet. Men jag ser också att i vissa lägen så behöver han lugn och ro och hjälp av specialpedagogen på olika sätt (Intervju B, bilaga 4).

Precis som i B:s citat ovan finns det tillfällen då detta arbetssätt inte fungerar utan man kan skilja på eleven och resten av klassen. I vissa fall handlar det om att eleven i fråga behöver extra stöd ifrån en specialpedagog och i andra fall handlar det om att eleven är störande för resten av klassen.

Ja ett barn som vi har med ADHD klarar inte ens av att vara i klassen, han är bara med vissa stunder men han stör så mycket för de andra barnen så vi har fått ta och ta bort honom från klassen för att de andra barnen ska få arbetsro och han också ska få någonting gjort överhuvudtaget för han klarar inte när det är mycket omkring honom och så här (Intervju, C, bilaga 5).

Dessutom finns i A:s klass elevassistenter för underlätta det dagliga arbetet, dock poängterar A att elevassistenten är till som ett stöd för hela klassen och inte enbart för de diagnostiserade eleverna. I C:s fall så har skolan en annan organisation när det gäller barn med ADHD/DAMP. Men trots detta är eleverna till stor del delaktiga i den dagliga verksamheten i klassen. Det är i stället uppgifterna som utformas för att passa alla. Men också här fanns det stöd av specialpedagog.

4.4 Diagnosens betydelse

När vi frågade om diagnosen spelade någon roll för lärare eller elev svarade A som jobbar på en centralt belägen skola och C, som jobbar på en mindre landsortsskola att de inte tycker att en diagnos spelar någon roll för dem i undervisningen. Det kan finnas barn som inte har en diagnos men som behöver lika mycket stöd ändå. C säger att oavsett om en elev har en diagnos eller inte så måste man ju utgå ifrån eleven behov. B är av samma åsikt och berättar att även många barn utan diagnos kan behöva sitta med eget arbete utan att ha barn mitt emot.

De specialgrejer som vi gör för de här barnen är oftast bra för de andra, lugn och ro i klassrummet (Intervju, A, bilaga 3).

Både B och A anser att en diagnos väger tungt när det kommer till att ytterligare få resurser i form av specialpedagoger och elevassistenter. A påstår att det ibland känns nästan som att det måste till en diagnos för att någon uppifrån ska förstå att det här barnet behöver extra stöd. Dock är båda överens om att de får för lite resurser och att det finns barn utan diagnos som är i behov av lika mycket stöd. C säger i motsats till B och A att i deras klass spelar en diagnos ingen roll när det gäller resurser. De får ett bestämt antal timmar från SPC⁹ som de sedan får disponera över som de vill och använda till de elever de tycker är i behov av dem.

C anser att, för egen del, som lärare, är det en fördel med att en elev får en diagnos. Man får mer förståelse för problematiken. A utvecklar i sin intervju tanken vidare och säger att det innebär att man vet hur man ska utforma undervisningen för de här barnen. Däremot tycker C att det också finns en nackdel, att man föreställer sig att dessa elever ska ha en viss problematik, innan de har den. De tre lärarna anser att det även för eleverna finns fördelar och nackdelar. Det kan vara både jobbigt, kämpigt och känsligt eftersom eleven kan känna sig utsatt.

Jag vet ju ett barn som går här för honom är det jättekämpigt att ha ADHD. Han tror ju att hans mediciner ska göra att han blir bra på en gång. Så jag vet att för honom är det lite känsligt så, han vet inte riktigt själv vad det innebär att ha den här diagnosen och det är viktigt att det barnet vet det, tror jag i alla fall det har jag märkt med dem här (intervju, C, bilaga 5).

En nackdel med diagnoserna kan enligt C vara att dessa elever inom några år kommer att hitta litteratur och läsa på om sin diagnos. I och med detta kommer de att förstå att barn med ADHD/DAMP anses ha begränsningar inom vissa områden. Detta kan innebära att de tar för givet att de heller inte kan och då inte ens försöker.

Jag tror att de här två killarna vi har, har med sig så mycket annat, socialt eller hemifrån. Eller att de lägger in saker i sin diagnos. ”Jag har ju den här diagnosen så jag behöver inte göra lika mycket som alla andra. Jag behöver inte” (Intervju, C, bilaga 5).

B som också i vissa fall är tveksam till diagnoser anser att det kan vara lätt att låsa sig vid dem och tycker att man bör vara sparsam med att sätta diagnoser. Fördelarna kan vara det kan vara skönt för eleverna att få ett namn på problemet samt att få se att det finns andra med samma diagnos. B har till exempel en pojke som B tror skulle ha hjälp av en diagnos för att förstå sig själv och för att föräldrarna skulle förstå honom också. Både C och B har elever med sociala problem utöver sin diagnos, som eventuellt kan förvärra situationen. B ställer sig kritisk till vad problematiken beror på.

⁹ Specialpedagogiskt centrum

[...]ibland blir jag lite misstänksam mot diagnoser också för att jag ser så jättestora miljömässiga faktorer som förklarar barns beteende också. Så jag står nog någonstans mittemellan dem här diskussionerna om vad är socialt och vad är diagnos (Intervju B, bilaga 4).

B tror även miljömässiga faktorer har en stor inverkan. Men B ställer sig frågande till varför vissa barn klarar av miljömässiga faktorer och andra inte.

Sammanfattning

Endast en av de intervjuade pedagogerna hade specialpedagogisk erfarenhet. Det var samma pedagog som var ensam om att till viss del medverkat under utredningsprocessen. Vi kan konstatera att det finns en variation i hur undervisningen ser ut för barn med ADHD/DAMP. Anledningen tycks vara skillnader i de olika pedagogernas utbildning och kunskap, men även skolans attityd gentemot dessa elever. Enligt våra intervjusvar innebär en diagnos idag oftast att eleven får mer stöd i form av specialpedagoger eller assistenter.

5. Diskussion

I vår diskussion kommer vi att besvara och problematisera vårt syfte, som är att jämföra idealet en skola för alla med verklighetens skola ur ett ADHD/DAMP perspektiv, och därmed också våra frågeställningar.

- Vad menas med en skola för alla?
- Vad säger medicinsk expertis om den pedagogiska utformningen för barn med ADHD/DAMP?
- Hur ser den pedagogiska verksamheten ut för elever med ADHD/DAMP?

Utöver detta diskuteras ämnets relevans för läraryrket, metod och fortsatt forskning.

Vi anser att vår studie har betydelse för oss i vårt framtida yrke som lärare. Att ha en kännedom om ADHD/DAMP gör att vi kritiskt och med mer insikt kan bedöma ifall man från skolans håll bör påbörja en utredning. Efter att ha satt oss in i litteraturen om ADHD/DAMP förstår vi att många faktorer måste ifrågasättas då en eventuell utredning ska göras och att de miljömässiga faktorerna är högst relevanta. Som blivande pedagog gäller det även att värna om det pedagogiska området och inse att det är pedagoger och inte medicinsk expertis som är experter på undervisningens utformning. Dessutom har vi insett att Gillberg studie har många frågetecken där orsakerna till diagnoserna är otydliga. Detta gör att man med en viss försiktighet kopplar ihop eleven med sin diagnos eftersom orsakerna enligt Kärffe bara är baserade på biologiska orsaker och avsaknaden av andra tänkbara förklaringar är underordnade. Kärffe menar inte att problematiken inte finns, utan hon ifrågasätter Gillbergs forskning då hon undrar i vilken utsträckning han har tagit hänsyn till de miljömässiga faktorerna. Forskningen kommer förmodligen att gå framåt och frågan är om vi ens då kommer att diskutera ADHD/DAMP som vi gör idag eller om den ens då finns kvar. Som pedagog vill man inte vara bidragande till någonting som inom 10 år inte existerar eller avfärdas som påhitt.

Medicinsk expertis, som ser biologiska orsaker till ADHD/DAMP, förespråkar ofta enskild undervisning eller undervisning i små grupper för barn med ADHD/DAMP. Detta för att barnen ska ha möjlighet att kunna arbeta utan att bli störda, vilket läkare, såsom Gillberg, Freltofte och Kadesjö anser är nödvändigt för att dessa elever ska kunna inhämta några kunskaper. Det finns flera exempel på hur klassrummiljön ska utformas för barn med ADHD/DAMP. Gör man en jämförelse med det Axengrip och Gillberg skriver om pedagogiska strategier för barn med ADHD/DAMP finner vi en hel del likheter såsom särskiljande undervisning och begränsad yttre stimuli. Särskiljande undervisning motiveras med att eleven lär sig bättre i en lugn miljö med få störningar.

Utifrån våra intervjuer tycker vi att det är tydligt att den medicinska expertisen har fått ett ganska stort utrymme i den pedagogiska verksamheten i just de fall vi undersökt. Detta grundar vi på att det i två fall utav tre tillämpades enskild undervisning. Dock var det främsta skälet att de andra eleverna i klassen stördes för mycket och att eleven behövde arbetsro. Vi tror att detta inte är ovanligt, läraren ser i första hand till gruppen eftersom samtliga elever har mål att uppnå. En diagnos i det här fallet kan legitimeras en särskiljande undervisning för att slå vakt om hög kvalitet i undervisningen

Man kan fråga sig om detta beror på läkarnas status i samhället eller kan det vara så att skolan inte har en väl utarbetad undervisningsplan för de här eleverna. När problemet bestäms utifrån biologiska orsaker blir det svårt att förändra skolan till en skola som strävar efter en bredare norm. Vi tror, precis som Haug att i en strävan mot en skola för alla behövs en pedagogisk diagnos där man fastslår ifall eleven behöver extra stöd, för att utifrån sina förutsättningar kunna fungera på ett bra sätt i skolan.

Idealet om en skola för alla baseras på tankar om demokratiska värderingar och social rättvisa. I Lpo 94 står det inte ordagrant om en skola för alla däremot kan man hitta de värderingar som ligger till grund för intentionen.

Människolivets okränkbarhet, individens frihet och integritet, alla människors lika värde samt solidaritet med svaga och utsatta är de värden som skolan skall gestalta och förmedla (Lpo94 s.1).

I och med den här formuleringen finns det stort utrymme för olika tolkningar av begreppet en skola för alla. En tolkning som utmärker sig är att alla elever ska undervisas inom klassrummets ramar (Andersson, 2003). Tanken är att barnen ska få en ökad förståelse och acceptans för olikheter. Förhoppningen är att det ska bidra till ett öppnare klimat i samhället där normaliseringsbegreppet innefattar alla. Oavsett avvikelser från en nuvarande norm ska alla så småningom förhoppningsvis inkluderas. I Lpo94 står det att läraren ska utgå från elevens behov och förutsättningar och individualisera undervisningen därefter. I skolan möts olikheter där varje individ har ett unikt behov. Hur går då tanken om en skola för alla ihop med det faktum att medicins expertis har präglat undervisningens utformning? En diagnos kan ha många betydelser för både elev och skola. För eleven innebär det många gånger att få en förklaring på sina problem men det kan i värsta fall leda till en stigmatisering och stämpling av barnet (Kärfve, 2000). Detta kan i verkligheten innebära både för och nackdelar. För skolan innebär en diagnos bland annat en förklaring på problemet, där skolan inte skuldbeläggs. Dessutom leder en diagnos vanligtvis till ökade resurser. En del av dessa resurser används till fortbildning av personal, för att öka kunskapen kring ADHD/DAMP-problematiken.

Det vore givetvis önskvärt att fler lärare hade mer kompetens, kanske till och med en specialpedagogisk utbildning. För att skolorna ska kunna ge sin personal rätt utbildning krävs dock resurser i form av pengar. Viljan att utbilda skolpersonal i ämnet är en prioriteringsfråga. Många kommuner har idag en kärv ekonomi vilket i vissa fall får dystra konsekvenser för barn i behov av särskilt stöd, där barn med ADHD/DAMP hamnar (Axengrip, 2004). Dock får elever med diagnosen ADHD/DAMP som tidigare nämnts oftast mer resurser och stöd tack vare sin diagnos. Våra intervjuvar bekräftar detta. En av de intervjuade hävdar till och med att det krävs en diagnos för att överhuvudtaget uppmärksamma ett barn med behov av särskilt stöd. Men även om resurser oftast relateras till pengar handlar det om att kunna omfördela så att dem kommer alla till lags. En av de intervjuade lärarna vittnade om detta då hon förklarade att specialtimmar fördelas efter behov på skolan.

Eftersom inrättandet av resursteam i kommunerna övertagit rollen från det tidigare arbetssättet med lokala skolpsykologer och kuratorer tror vi att konsekvenserna kan innebära ett minskat elevperspektiv, vilket också Ahlberg bekräftar. Dessutom tror vi att denna distansering och ett ökat inflytande från medicinsk håll har öppnat upp för en stark diagnoskultur och Gillbergs studier. Kan detta bero på ökad stress från ett samhälle som fungerar i ett allt högre tempo, ett samhälle där media har tagit en allt större plats och där barnen dagligen bombarderas av olika intryck. Skolan konkurrerar med allt detta samtidigt

som kunskapskraven på eleven ökar för att kunna medverka som en konkurrenskraftig medborgare. Precis som Andersson (1999) hävdar, bidrar de ökande kunskapskraven till en ökad arbetsbörda för både lärare och elever, och eventuellt en känsla av att vara otillräcklig. Vi tror att elever som inte uppfyller målen tydligare synliggörs genom en målstyrd skola. Till elever som misslyckas eller avviker från normen ges diagnoser för att förklara problematiken kring individen, så att både föräldrar och lärare slipper bli skuldbelagda. Det innebär att en individpatologi blir dominerande i skolan och miljömässiga faktorer blir underordnade. Detta går tväremot det en skola för alla strävar mot där man främst ser miljön som problemet eller som Andersson hävdar, en skola med elevsvårigheter istället för en elev med skolsvårigheter.

Vad krävs då för att inte bli en skola med elevsvårigheter? Som lärare är det givetvis viktigt att se till varje barns individuella behov vilket intentionen om en skola för alla och Lpo94 trycker på. Våra intervju svar visade på varierande undervisningssituationer för elever med ADHD/DAMP. I ett av fallen var det mer regel än undantag att eleven hade särskiljande undervisning. Det fanns här en önskan om mer handledning från specialpedagogen medan man i ett annat fall ansåg att det stöd som gavs var tillräckligt. I det här fallet hade läraren en viss specialpedagogisk kompetens och eleverna med ADHD var alltid med i klassrummet. Kan detta således innebära att man i det här fallet har lyckats med det en skola för alla strävar mot. En lärare med specialpedagogisk kompetens som lyckas undervisa alla elever i samma klassrum med konsultativ hjälp från specialpedagog. Eller är det så att det snarare ger en bild av olikheterna inom ADHD spektrat där varje individ måste ses utifrån sina förutsättningar och behov som i praktiken kan innebära särskiljande undervisning?

I en skola för alla strävar man efter en undervisning inom klassens ramar. De värderingar som ligger till grund är bland annat alla människors lika värde, solidaritet med svaga och utsatta. Förmedlas dessa värderingar på bästa sätt genom en gemensam undervisning? Givetvis är detta en mycket svår fråga att svara på. Det är viktigt att känna sig som en naturlig del i en gemenskap, men om det inte finns tillräcklig kompetens för att tillgodose elevens behov tror vi det finns en risk att elevens problem istället förstärks ytterligare. Å andra sidan kan ett särskiljande också förstärka problemet utifrån ett socialt synsätt.

I vår slutdiskussion kan vi konstatera att intentionen om en skola för alla är komplex. Precis som Haug antyder spelar politik en viktig roll i hur skolan kommer se ut. Vi kan redan se förändringar med den nya borgliga regeringen, då de bestämt att särskolan ska bevaras. De demokratiska tankar om alla människor lika värde och som ligger till grund för en skola för alla har varit en dominerande tanke de senaste åren. Frågan är hur aktuell intentionen egentligen är idag och om den tolkas såsom Salamancadeklarationen uttrycker den. Det borde vara självklart att alla elever får en likvärdig skola och får känna sig som en del av en större gemenskap. Trots detta uppstår flera frågetecken. Går det att realisera en skola för alla när det idag är ett faktum att en diagnos såsom ADHD/DAMP ger extra resurser, en diagnos som i sin tur förstärker avvikelser grundade på biologiska orsaker. Om normaliseringsbegreppet ska vidgas så att den innefattar alla behövs en begränsad tolerans gentemot den rådande diagnoskulturen. Ledningen på skolorna måste jobba för att alla elever i behov av särskilt stöd får den hjälp de behöver oavsett diagnos eller ej. Lärarna i sin tur måste tro på att det är dem som är specialister inom det pedagogiska området och att de främst ska se eleven utifrån sina behov och inte utifrån en diagnos. Som det ser ut i dagens skola tror vi att varken skolmiljön eller lärarnas kompetens är utformad så att barn i behov av särskilt stöd kan undervisas inom klassrummets ramar. Ser man verkligen till elevens bästa då man pratar om en skola för alla eller är idén om den ”goda” tanken viktigare. Och kan det vara så att upphovsmännen bakom idén visste att den låg väldigt långt ifrån verkligheten och därmed nästintill omöjlig att

förverkliga. Det kanske krävs utopiska mål som kritiska röster avfärdar som romantiskt flum för att komma halvvägs.

Metoddiskussion

Intentionen om en skola för alla är väldigt bred och mycket litteratur har skrivits om ämnet. Det är därför svårt att ge en helt korrekt bild av vad den egentligen innebär. Detta medför möjligen att vissa sidor inte kommit med. Intentionen öppnar upp för ett stort tolkningsutrymme och den litteratur vi har använt oss av speglar en sida av den. Även i ADHD/DAMP-ämnet finns mycket litteratur, men eftersom ämnet har väldigt framstående företrädare så har de kommit att dominera litteraturen om ADHD/DAMP. Andra författare inom ämnet har endast fungerat som komplementära inslag då de vanligtvis har refererat till de författare som vi använt oss av. Vi är väl medvetna om att den verklighet som våra intervjusvar speglar inte kan ses som generell. Dock tror vi att den ger en insyn som andra skolor kan känna igen sig i. Eftersom våra intervjuade lärare hade olika erfarenheter och utbildning så kom främst svaren från en av lärarna att dominera resultat- och diskussionsdelen. Detta kan eventuellt ge en något ensidig och eventuellt missvisande bild av verkligheten. I efterhand är vi nöjda med att vi valde att banta intervjuerna eftersom det gjorde det lättare att koncentrera sig på frågorna samt att sammanställningen av svaren underlättades. Vi har efter transkriberingen av intervjuerna insett att vi inte är fullkomliga intervjuare. Konsekvensen av detta kan innebära att det påverkat djup och kvalitet på svaren. Vi tror att fler intervjuer och mer tid hade kunnat ge vår studie en större bredd och djupare insikt i problematiken om en skola för alla.

Om det här hade lett till en fortsatt forskning hade vi utvecklat studien genom att djupare gå in på litteraturen som behandlar ADHD/DAMP och begreppet en skola för alla. Vi hade velat göra mer omfattande intervjuer och inte endast med lärare utan också med ledningen och elever för att få en mångsidig aspekt på problematiken.

6. Referenser

- Ahlberg, A. (1999) *På spaning efter en skola för alla*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för pedagogik och didaktik
- Andersson, I. (1999) *Samverkan – för barn som behöver*. (2:a uppl.). Stockholm: HLS Förlag
- Axengrip, C & Axengrip J. (2004) *Pedagogiska strategier – handbok för DAMP/ADHD-problematik*. Umeå: Axengrip förlag
- Freltofte, S. (1998) *Att stödja barn med DAMP – neuropedagogik för lärare och föräldrar*. Stockholm: Natur och Kultur
- Gillberg, C. (2005) *Ett barn i varje klass om ADHD och DAMP* (2:a uppl.). Stockholm: Cura
- Haug, P. (1998) *Pedagogiskt dilemma*. Stockholm: Skolverket
- Hill, A & Rabe T. (Red.) (2001) *Boken om integrering – Idé, teori, praktik*. Trelleborg: Studentlitteratur
- Kadesjö, B. (2001) *Barn med koncentrationssvårigheter*. (2:a uppl.) Stockholm: Liber
- Kärfve, E. (2000) *Hjärnspöken – damp och hotet mot folkhälsan*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings förlag
- Språkdata och Nordstedts Ordbok (1999) *Nordstedts svenska ordbok + uppslagsbok* (2:a uppl.) Rotolito, Italien: Språkdata och Nordstedts Ordbok
- Skolverket. (2002) *Att arbeta med särskilt stöd – några perspektiv*. Stockholm: Skolverket
- Skolverket. (1998) *Elever i behov av särskilt stöd*. Stockholm: Skolverket
- Statens offentliga utredningar. (SOU) (1999:63) *Kompetens att möta alla elever*, Kap 9, 191-210
- Stukát, S (2005) *Att skiva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur
- Svenska Unescorådets skriftserie nr 1 (2001) *Salamancadeklarationen*, Stockholm: Svenska Unescorådet, Utbildningsdepartementet.
- Tideman, M. (1998) *I gränlandet mellan grundskola och särskola – intervjuer med föräldrar till barn som blivit individuellt integrerade*. Halmstad: Wigforssinstitutet, Högskolan i Halmstad
- Tideman, M. (2000) *Normalisering och kategorisering*. Lund: Studentlitteratur

Källor på Internet

Internet 1:

Karolinska sjukhusets neurologiska klinik

<http://www.psykiatrikarolinska.org/programs/neuropsychiatry/diagnosis.html#adhd>
(070426)

Internet 4:

Wikipedia

http://sv.wikipedia.org/wiki/Tourettes_syndrom
(070523)

Internet 5:

Stiftelsen för vetenskapligt arbete inom barnneuropsykiatri

<http://www.childnps.se/goteborgsstudien.html>
(070523)

Internet 6:

Wikipedia

http://sv.wikipedia.org/wiki/Barnneuropsykiatriska_kliniken
(070523)

Internet 7:

Wikipedia

http://sv.wikipedia.org/wiki/Aspergers_syndrom
(070523)

Internet 8

Läraryrket

<http://www.lararforbundet.se/web/papers.nsf/Documents/0030A5BD>
(070525)

7. Bilagor

Bilaga 1: Kriterier för ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Följande kriterier gäller för ADHD enligt svenska översättningen av DSM-IV (APA, 1995):

A. Antingen (1) eller (2):

1) Minst *sex* av följande nio *symptom* på ouppmärksamhet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Ouppmärksamhet

- a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter
- b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
- c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)
- e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)
- g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (ex leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)
- h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- i) är ofta glömsk i det dagliga livet

2) Minst sex av följande nio symptom på *hyperaktivitet-impulsivitet* (varav sex symptom på hyperaktivitet och tre på impulsivitet) har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Hyperaktivitet

- a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta stilla
- b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar i sin plats en längre stund
- c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan detta vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- d) har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- e) verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högvarv"
- f) Pratar ofta överdrivet mycket

Impulsivitet

- a) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- b) har ofta svårt att vänta på sin tur
- c) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)

B. Vissa funktionshinderande symptom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet skall ha funnits före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symptomen ("some impairment from the

symptoms”) föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på arbetet och i hemmet).

D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning (”there must be clear evidence of clinically significant impairment”) socialt eller i arbete eller studier.

E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning.

Undergrupper

- *Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, (ADHD) i kombination.* Både kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna.

- *Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, (ADHD), huvudsakligen bristande uppmärksamhet.* Kriterium A1 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2.

- *Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, (ADHD), huvudsakligen hyperaktivitet/impulsivitet.* Kriterium A2 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1.

För personer (i synnerhet vuxna och ungdomar) med symptom som inte längre helt uppfyller kriterierna skall ”i partiell remission” också anges.

Bilaga 2: Intervjufrågor

- Vilken diagnos har/hade barnet i fråga?
- Var eleven redan utredd och hade en diagnos eller var du med att genomföra detta?
- Om eleven inte sedan tidigare var utredd, vad var det som gjorde att man tog det steget?
- Hur ser/såg utredningsprocessen ut? Vilka är/var delaktiga?
- Har du sen tidigare jobbat med barn med diagnoser?
- Har du fått, eller ska du få, någon utbildning om ADHD/DAMP och i så fall vilken?
- Spelar en diagnos någon roll för dig som lärare i undervisningen?
- Spelar en diagnos någon roll när det gäller undervisningens utformning?
- Spelar en diagnos någon roll när det gäller resurser?
- Ser du några fördelar/nackdelar med att en elev får en diagnos? I så fall vilka?
Tror du att en diagnos påverkar eleven? I så fall hur?

Bilaga 3: Intervju med A

Vilken diagnos har barnet i fråga?

Två barn då, ett barn med ADHD och ett barn med ADHD med depressiva inslag.

Var eleverna redan utredda när du fick dem?

Ja det var dem båda två.

Så du var inte alls delaktig?

Nej.

Vet du hur utredningsprocessen såg ut?

Nej jag vet faktiskt inte det, vet bara att den ena utav våra barn fick sin diagnos förra våren. Och då hade tagit ganska lång tid innan han fick den diagnosen. Sen det andra barnet med ADHD han har haft det nästan sen han började här i skolan, att det var problem med honom.

Vet du annars hur man brukar gå tillväg på skolan?

Inte riktigt helt utan jag antar att man som lärare får papper att fylla i då, ja fråga om barnet och hur det fungerar i klassen och med kompisar och socialt och så.

Vilka är det som är delaktiga i den här utredningsprocessen, vet du det?

Det är vi personalen och Bup då, föräldrar också.

Har du tidigare jobbat med barn som har diagnoser?

Jag har träffat på dem barnen men inte jobbat med dem fullt ut, inte att jag har haft dem i klass eller så.

Vad var det då för diagnoser?

ADHD, bland annat.

Har du fått någon utbildning?

Inte mer än kurser som man har gått här på skolan under studiedagar. Och så någon kvällskurs som också skolan höll i då för dem lärarna som hade barn med ADHD i klassen.

Vilka var det som höll i det?

Kom inte ihåg, men tror att det var någon från Uppsala som hade forskat mycket där från det universitetet.

Vet du om det var en pedagog?

Ja specialpedagog som kom dit och berättade.

Tycker du att en diagnos spelar någon roll för dig som lärare i undervisningen?

Nä, det tycker jag faktiskt inte för det kan finnas barn som inte har en diagnos men som behöver lika mycket stöd ändå. Och ibland känns det nästan som det måste till en diagnos för att någon uppifrån ska förstå att det här barnet behöver stöd, så jag tycker nog inte det.

Känner du att du behandlar det barnet lite annorlunda eftersom som han nu har en diagnos?

Jo det gör man ju, det tror jag att jag gör i alla fall.

Hur är undervisningen utformad?

Ja ett barn som vi har med ADHD klarar inte ens av att vara i klassen, han är bara med vissa stunder men han stör så mycket för de andra barnen så vi har fått ta och ta bort honom från klassen för att de andra barnen ska få arbetsro och han också ska få någonting gjort överhuvudtaget för han klarar inte när det är mycket omkring honom och så här. Och sen så har ju de här barnen sin egen bänk och sin egen plats att sitta på då, gärna mot en vägg eller så för de klarar inte när det är för mycket runt omkring.

Får ni någon hjälp utifrån?

Elevassistenter.

Så varje barn har en elevassistent?

Nej inte fullt så att varje barn har en person.

Utan som ett extra stöd för hela klasen då egentligen?

Ja precis.

Specialpedagogen?

Ja där kan jag känna att man inte får så mycket hjälp faktiskt.

Har ni tillsammans utarbetat någon plan?

Nä inget sånt faktiskt, utan jag fick denna klassen i höstas och fick information från den läraren som hade haft den innan, hur hon har jobbat med dem här barnen. Sen vet jag inte om hon har fått mycket hjälp från specialpedagogen innan.

Men den här utbildningen du har fått, eller kurserna, känner du att det gav något?

Ja det gjorde det, det tycker jag det är nästan som man hade vilja haft mera av.

Tror du att det spelar någon roll för att få extra resurser om man har en diagnos?

Ja det tror jag, men jag kan tycka att det är lite fel också i och med att vissa barn kan behöva det utan att de har en diagnos, det är lite gränsfall.

Hur är skillnaden, om ett barn får en diagnos och ett barn inte har det och egentligen behöver det?

Det är precis som att en diagnos väger mer, OK, han har en diagnos och den eleven behöver mer hjälp. Annars är det att det kan vara koncentrationssvårigheter men det är ingen diagnos liksom.

På vilket sätt märks det?

Ja av stöd och resurser.

Ser du några för delar med en diagnos?

Jo, får eleverna en diagnos så kan det vara att då vet man OK, den här eleven har ADHD, han eller hon behöver mer struktur. Man kanske vet mer hur man ska jobba med det här barnet.

Det måste ha lugn och ro och sitta mer enskilt inte alltid vara med i klassen eller sitta i mindre grupp. Man vet mer hur man ska utforma undervisningen för dem här barnen.

Kan du se några nackdelar?

Det är nog i så fall för eleven själv i så fall, det kan vara jobbigt och kämpigt.

Känner du dig aldrig låst vid diagnosen, att du har fått kriterier och vet hur man ska utforma undervisningen och så här, man kanske inte vågar gå utanför dem gränserna?

Nej, det ligger lite i det, samtidigt så får man ju testa också. Vad funkar nu för detta barnet och vad klarar det här barnet inte av. Det är lite att experimentera också.

Hur tror du att en diagnos påverkar eleven?

Jag vet ju ett barn som går här för honom är det jättekämpigt att ha ADHD. Han tror ju att hans mediciner ska göra att han blir bra på en gång. Så jag vet att för honom är det lite känsligt så, han vet inte riktigt själv vad det innebär att ha den här diagnosen och det är viktigt att det barnet vet det, tror jag i alla fall det har jag märkt med dem här.

Vet de andra klasskompisarna om det?

Nä, det gör dem inte, och det är någonting som han inte heller skulle vilja, det vet man redan. Det räcker bara att man har råkat nämna det till någon assistent så här då lite högre då, då har det varit tyst (eleven säger), så det är lite känsligt där.

Och den andra?

Nä det är ingen som vet där heller.

Men har det funnits något önskemål från föräldrarna att specifikt inte berätta? Eller är det ett beslut man tar på skolan då?

Det vet jag faktiskt inte.

Det är kanske upp till klassläraren att bestämma?

Ja, det kan det vara, sen så märker ju de andra barnen att det är lite annorlunda. De reagerar lite annorlunda och starkare på vissa saker och så och att de inte klarar av allt. Så att de märker väl ändå.

Bilaga 4: Intervju med B

Vilken diagnos har barnet i fråga?

Två barn med ADHD konstaterat och utredda, och sen har vi två som vi börjar fundera på Asperger¹⁰.

Var eleverna redan utredda sen tidigare?

Den ena hade det definitivt när han kom hit sen flera år tillbaka och han började i höstas här. Sen har vi en som utreddes strax innan han började i 2-3 då. Och då var vi med på något besök på slutet. Då hade han ADHD och de hade pedagoger inkopplade på det här som skulle berätta för oss hur vi ska jobba då med barnet, och det besöket var jag med på, men inte annars under utredningen.

Var skedde utredningen?

Det var på BNK¹¹ vid Östra, nu har jag inte namnet var det är förkortning på, men de har i alla fall kopplade pedagoger som talar om för läraren vad vi ska tänka på just med det här barnet och då har dem hela diagnosen och utredningen och så kan de ge oss råd då.

Så som jag har förstått det så är det några elever här som ni funderar på ska få en diagnos eller bli utredda, vad är det då som gör att man tar det steget?

Ehh, sen bägge de här barnen var små så har vi reagerat över hur de har löst uppgifter, hur de har vart socialt massor med olika så här små saker och så tänker man först så här att här kan det ske en utveckling, så vi har låtit det gå med tiden och försökt och jobba genom att prata med dem och försökt ge dem arbetsuppgifter som är speciella så att de ska klara av dem men vi har inte sett någon utveckling och då börjar vi tro att nu är det någonting som kan vara något fysiskt då. Eftersom vi inte ser någon utveckling hos eleverna trots att vi jobbar med dem. Och hos det ena barnet är det mycket socialt, han förstår inte andras känslor han kan inte delta i samtal gå på ganska mycket med våld. Och flera sådana här små pusselbitar till då och tillsammans med skolpsykologen har vi diskuterat och kommit fram till att det är någonting mer än att han bara är bråkig eller har svårt med kompisar i allmänhet så. Den andra har mer inlärningsvårigheter och svårt att överblicka arbetsuppgifter, tidstänkandet har han inte alls och så där många pusselbitar som gör det, lite trubbig socialt och har svårt att förstå koder. Och tillsammans med alla de här pusselbitarna gör att vi också pratat med skolpsykologen, och vi tror att det skulle kunna vara någonting. Så det är när man allmänt inte ser en utveckling och för de olika diagnoserna finns det en massa kriterier på att det är en diagnos och när man då plötsligt ser att det här stämmer på det här barnet väldigt väl så blir det att man börjar diskutera med skolpsykolog. Först då med elevhälsoteamet och sen med skolpsykolog för att försöka ringa kan det vara någonting eller är det bara andra svårigheter som kan bero på miljön.

Informerar man föräldrarna också, eller?

Det ena barnet som har det väldigt, väldigt svårt socialt där har det varit en lång process där vi helt enkelt håller på att jobba med att vad är det som händer med barnet ihop med andra. Vi

¹⁰ Aspergers syndrom är en utvecklingsrelaterad störning inom autismspektrumstörningar. Kännetecken är bland annat nedsättningar i förmågan av socialt umgänge och kommunikation. (Internet 7)

¹¹ Barnneuropsykiatriska kliniken, klinik vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg som är specialiserad på barnneuropsykiatriska tillstånd som autismspektrumstörningar, ADHD, DAMP, Tourettes syndrom m.fl. (Internet 6)

har försökt att prata med honom och få honom att förstå vad det är som händer och haft ritsamtal, men ingenting händer. Föräldrarna hade svårt i början att ta till sig att han hade några bekymmer alls och tyckte att vi skulle fortsätta att prata med honom men sen så har det blivit så svårt för dem hemma också så att vi har hittat den här överenskommelsen för något år sedan och hittat det här tillsammans att vi är oroliga både hemma och i skolan för hur han fungerar och nu har vi dels att vi jobbar med konsekvenser som ska se vad som händer att det händer någonting här som blir fel. Så vi har ju gjort saker i skolan för att stoppa det här men sen ihop med skolpsykologen som har kommit fram till att det ska ske en utredning via Bup och då har föräldrarna kontaktat Bup,¹² och de hade en kontakt sen tidigare och nu är det precis i början av utredningen och vi har fått papper som vi ska fylla i och ska skriva en liten beskrivning av honom i skolan så där står vi nu och de har inte kommit fram till att det är någonting eller inte.

Den här andra killen då som har svårt med tider och överblick arbetsuppgifter och få någonting gjort överhuvudet taget och lite svårt socialt också där tror vi det kan vara lite bekymmer med vi tro att föräldrarna kan bli väldigt ledsna och väldigt arga när vi pratar med dem, men vi står inför att vi ska ha samtal med föräldrarna och vi känner att det är deras sak om de ska fortsätta utreda eller inte men vi måste ändå berätta om vad vi ser i skolan och misstänker och kanske då också ger dem råd om hur vi tycker. Och vi vet att föräldrarna kan säga helt blank nej och att vi är helt fel ute men ibland kan det också vara att det behöver få mogna för dem.

Men det är föräldrarna som avgör i slutändan ifall de vill att deras barn ska bli utrett , eller inte?

Ja det är det.

Har du tidigare jobbat med barn som har någon diagnos?

Måste tänka om jag har gjort det... nä. Kan inte komma på att jag har gjort det. Har varit förskolelärare tidigare, men oftast tar det ett tag innan man börjar ser att det är någonting. Men det barnet som har ADHD/DAMP honom har jag haft sen han gick i tvåan.

Ja de är ju relativt nya dem här diagnoserna:

Ja när jag var förskolelärare då var det MBD man pratade om och sen blev det DAMP och så länge jag var förskolelärare så pratade man DAMP, men oftast på förskolan så är man inte riktigt där än.

Du pratade om att du hade fått någon slags utbildning av dem här pedagogerna, hur såg den ut och hur var kontakten där?

Egentligen var det bara ett besök på BNK och så var det två pedagoger där och vi var väl där en timme. Och dem gav oss råd och vi kunde ställa frågor och så. Det var allt sen har jag läst specialpedagogik 10 poäng på pedagogen som tillval och sen en del i fortbildningen. Senast fortbildningsdagen handlade om en kille som hade Asperger. Det kommer lite fortbildningar med jämna mellan.

Den här utbildningen som ni fick av pedagogerna påverkar det undervisningens utformning i din klass?

Jag tror att jag hade väldigt mycket med mig från pedagogen där och de saker som sades. Och sen var det råd som är svåra att följa, de pratade om en tidslinje som vi hade på väggen, att

¹² Barn- och ungdomspsykiatri

den funkar inte för dem här barnen. Men där känner jag att i en klass där vi har 20 barn och vi vill prata om tiden och har det konkret och titta på, och jag tänker att även om inte han förstår den just nu så kanske så småningom kan finnas med. Men jag vill ha den för undervisningen för de andra barnen. De petade i saker som jag kände att det är bra för mig att veta men jag gör det i alla fall, så det var inte så att det talade om för mig hur det skulle vara och jag gjorde det utan dem berättade. Jo dem var också med i skolan och tittade så det var så dem upptäckte det. Satt upp grejer på väggen men jag tycker om man sätter upp saker snyggt, få saker och saker som är relevanta för barnen, så ska det finnas saker på väggarna för allas skull. Däremot en sådan där grej som att det är bra för barn som har det svårt med det röriga runtomkring att kunna fokusera på en sak, det gör att han oftast sitter inte vid ett bord. På något med barn mittemot, han sitter vid ett bord där han sitter rakt fram. På något sätt får man tar det de säger, men ändå tänka att man har en vanlig klass. Jag har vissa saker som jag vill göra i klassen, han har svårt med gruppjobb men han är ändå med på det.

Men man förespråkar ändå särskiljning för dessa barn, utifrån Gillberg. Är det någonting som ni gör här?

Nä, vi jobbar ju väldigt hårt med en inkludering på skolan, det har du säkert hört innan. På att de ska vara med i det vi gör och de specialgrejer som vi gör för de här barnen är oftast bra för de andra, lugn och ro i klassrummet. Många barn utan diagnos behöver kunna sitta med ett eget arbete utan att ha barn mittemot då. Det är lite olika beroende på barn, men de kan vara i samma rum och jobba. Det är så vi jobbar på skolan och jag håller inte riktigt med om att man ska sitta för sig och har hörlurarna på och ingenting på väggarna och så, Jag har lite svårt för den tanken.

Vilken ide hade pedagogerna från BNK om inkludering?

Det här var flera år sedan och då var vi inte riktigt där ännu. Det hade inte kommit så, utan jag var nog inne på att är det allvarliga diagnoser så är det särskola men att det är helt klart att den här killen med ADHD ska vara i vanlig klass, han är normalbegåvad på andra områden. Så där har jag aldrig tänkt tanken på särskola eller ngt sådant, eller specialgrupper eller liknande. Men jag är inte så mycket för att särskilja barn och plocka ut dem utan jag vill så mycket som möjligt ha dem i klassrummet. Men jag ser också att i vissa lägen så behöver han lugn och ro och hjälp av specialpedagogen på olika sätt.

Så en specialpedagog kommer in här och hjälper till?

Ja och ibland går den undan för att få lugn och ro, men oftast är det väldigt komplext med det här barnet som har ADHD. Jag har ifrågasatt diagnosen för jag har sett väldigt många miljömässiga faktorer. Han har språkliga problem också, han har ett annat språk hemma förutom svenskan, så det är jättesvårt att särskilja var kan vara diagnos var annat utan det är helt enkelt den här killen och jag får försöka se till hans behov så mycket som möjligt. Försöka pussla ihop hans arbetsförmågor så att det funkar. Och det är så jag tänker tror jag.

Vad sa vi om de här pedagogerna? Hur längesen var det här?

Ja just det jag fick ju honom i tvåan, och han har officiellt gått om ett år så han skulle egentligen vara trea. Men det här är alltså ett par år sedan och jag kommer inte riktigt ihåg allt förutom det här med väggarna och att det nästan skulle varar så att han skulle ha ett litet bås att jobba i, och sen var det, och dem sakerna tyckte jag var svåra att ta till mig och få att fungera. Men däremot visade dem också på vilka svårigheter han har. Att han har svårt att uppfatta gränser i arbeten och lokaler. Så jag fick ju veta hur fungerar den här killen, vad är det som han har svårt för och vad är det som han klarar av som andra barn. Det var både på

gott och ont. Man får ta det dem säger och så och tänka på att jag är expert på pedagog och klassen, och så pusslar man.

Tror du en diagnos spelar någon roll för att få extra resurser?

Tyvärr är det så men jag tycker inte att det ska vara så, men vi har för lite pengar för att hjälpa alla barn som behöver hjälp och inte ens alla barn som har fått en diagnos får hjälp. Specialpedagog hjälp när vi ber om det. Men jag vet att det väger väldigt tungt om det finns en diagnos där. och tycker att det är lite synd, för det gör att man frestas kanske att ta barn som är stökiga allmänt eller har sociala skäl för att vara väldigt stökiga att man kanske börjar diskutera diagnoser. Så ibland undrar jag ifall det är skolan tror är diagnoser, men jag är inte med i utredningen och ibland blir jag lite misstänksam mot diagnoser också för att jag ser så jättestora miljömässiga faktorer som förklarar barns beteende också. Så jag står nog någonstans mittemellan dem här diskussionerna om vad är socialt och vad är diagnos.

Så du ser ändå några fördelar med att ett barn får en diagnos?

Ja, jag har funderat mycket med mig själv, jag har ett barn till det är en väldigt märklig grupp jag har haft i några år. Så jag tror att det är en ovanlig grupp det här, men vi har ett barn till där jag och skolpsykologen har diskuterat att det är Aspergers där också. Ett väldigt speciellt barn till då, och där är föräldrarna väldigt kloka i hur de jobbar med honom. De vet hur dem ska tänka kring honom för att görs det så bra som möjligt för honom, och han klarar sig väldigt bra. Han har en utveckling den är lite i gränzonen, och där har vi känt att det finns ingen anledning att gå vidare med en diagnos just nu. Livet flyter bra och han utvecklas och strategier hittar han. Men den här pojken där vi tror att föräldrarna blir ledsna där har vi kommit fram till att, eller jag har själv gjort ett ställningstagande. Jag tror att för den här killen hade det varit väldigt viktigt att fundera på att det här har jag svårt för jag måste hitta strategier för att kunna jobba med det här och från föräldrarna får vi oftast att han är så lat han skriver inget för han är så lat. Eller han förstår inte meningen med det här jobbet eller så och det kan mycket väl ligga mycket i det men jag tror att det finns mer än det och då kan jag känna att den här pojken skulle ha hjälp av en diagnos och förstå sig själv och för att föräldrarna skulle förstå honom också.

Hur ser du som pedagog, hur kan du göra skillnad på om barnet – när han är lite lat eller det ligger faktiskt någonting annat bakom, att det faktiskt finns en funktionsnedsättning där?

Det är när alla de här kriterierna stämmer in känner jag men sen också att det har inte skett en utveckling och vi har jobbat med det på massor med olika sätt och han sitter fast i ett tänkande som han inte kommer ur. Vi har jobbat med det här i många, många år på olika sätt och försökt förstå hur dem tänker, hur han relaterar till andra människor är väldigt märkligt. När jag hade honom i trean, jag har haft honom som trea och nu som femma. Som trea tänkte jag att han är en liten kille han är kanske lite omogen lite barnslig. Det tar ett tag men det kan falla på plats, det gör oftast det, men nu går han i femma och ligger fortfarande ...har ingenting hänt och jag märker ytterligare saker som jag inte har tänkt på tidigare när han var yngre. Men som en liten extra grej så hade skolpsykologen med sig sådan här papper som man fyller i, hur reagerar pojken i det här läget och så beskriver dem och gör massa påståenden och där var han ganska klart över gränsen att det skulle vara någonting, men inte jätte allvarligt men han var över gränsen och det styrkte ytterligare de tankarna man hade det som det skulle kunna vara. Och så tänker jag också att skolpsykologen är väldigt ansvarig och klok hon har sett väldigt mycket, hon tror också på det här, efter att ha jobbat med barnet.

Vet inte om du sa något om diagnoser?

Ja jag tror inte på dem alltid, jag tror att det finns många miljömässiga faktorer ibland som gör att dem... Sen är ju frågan varför klarar vissa barn svåra miljömässiga faktorer och andra inte? Det kan man också fundera på. Men nackdelar absolut, har man en diagnos på att har man ett problem så sitter man ju fast i det problemet det är lätt att man låser sig vid det. Och sen om det visar sig om med ny forskning om 10 år att vi är helt fel då sitter det här barnet med en diagnos och det kan jag också känna at det vill inte jag bidra till. Jag tror inte att man ska ha en diagnos på ngt som inte stämmer utan är det miljömässiga faktorer så ska man ju ha hjälp där då, tycker jag.

Hur tror du diagnosen påverkar eleven?

Jag tror inte att det ena barnet är så medveten om att han har den, han har väldigt svårt med svenskan med begrepp och så och förstå sammanhang och så. Hans brister i språket gör att han har svårt för väldigt långa resonemang och så. Jag är inte säker på att han vet om det här om varför han får mycket hjälp i skolan. Ett annat barn här har varit utredd och det finns mycket speciellt kring honom men han. Och där handlar det om att han är utagerande och väldigt rastlös och impulsstyrd, och han vet om sin diagnos men han pratar aldrig om den. Och han kan ha svårt... Han är inte den där som säger att jag har den här diagnosen och därför ska jag tänka på det här utan han far bara iväg i dem här situationerna och är impulsstyrd. Men han brukar inte ta upp det utan vi resonerar saker som händer, hur skulle du göra nästa gång och vilka strategier är det som funkar för dig.

Vet hans klasskamrater om det?

Det har inte funnits någon anledning att prata om det, de vet om att han får mycket hjälp men det är ju också så att i klassen pratar vi om att man får hjälp med olika saker som man behöver får hjälp med och att olika barn är bra på olika saker, så det är på ngt sätt på det sättet vi tacklar det med. Jag tror att hade varit en jättetydlig diagnos då tror jag att det hade varit bra att prata med barnen om det, men här är det inte så över gränsen, vi har barn där det verkligen är tydligt.

Ja just det ni har inga elevassistenter, utan den hjälp ni får utifrån är från specialpedagog?

Det här barnet som är impulsstyrd kan vara väldigt störig och många barn har reagerat på honom. Och där har ju jag fått funderat på, men samtidigt vill jag inte att det ska bli den där ADHD-ungen utan på något sätt måste han ändå lära sig och ligga lite lågt. Så jag har inte känt att här ska vi gå ut med det. Ibland vill föräldrarna att man absolut pratat om det och ibland vill föräldrarna inte alls det. Men ingen av dem här fallen vill att man ska diskutera det i klassen. Däremot kan vi prata om saker som händer när någon blir arg väldigt fort och likadant är det med den här killen. Du behöver inte vara orolig det var inte ditt fel, du vet att han kan göra såhär ibland. Men utifrån en diagnos.

Bilaga 5: Intervju med C

Har du elever med en diagnos nu?

Ja, jag har två killar.

Vilken diagnos har de?

ADHD.

ADHD, båda två?

Ja. En av dem är jag mentor för.

Hur funkar det?

Det funkar bra.

Vad innebär det?

Istället för att man har klassföreståndare, det är tre klassföreståndare på klassen och så delas upp eleverna, så det är tio elever var.

Vilken diagnos har/hade barnet i fråga?

ADHD

Var eleven redan utredd och hade en diagnos eller var du med att genomför detta?

De hade diagnoser.

Har du sen tidigare jobbat med barn med diagnoser?

Det är första, jag har jobbat lite med barn särskilda behov, men utan diagnos.

Ok, utan diagnos.

Har du fått, eller ska du få, någon utbildning om ADHD/DAMP och i så fall vilken?

Jag har inget sen tidigare, sen har jag inte fått nåt och kommer nog inte få nåt heller.

Nej, Har du läst på själv då eller hur har det funkat?

Ja, det har jag gjort till viss del, sen så har vi, eftersom vi har just de här två killarna i klassen så har det blivit väldigt turbulent.

Ja, det är klart.

Vi har fått handledning från SPC¹³.

Ja, då har ni fått det i alla fall.

Ja, som arbetslag då, mer inriktat mot hela gruppen. För det blir ju mycket att man jobbar kring dem.

ja, det är klart.

Spelar en diagnos någon roll för dig som lärare i undervisningen?

Nej, egentligen inte, utan jag utgår från elevens behov. Sen kan det ju vara en fördel ibland eller så kan det vara en nackdel också, att man vet att när man fått en diagnos så får man ju

¹³ Specialpedagogiskt centrum

veta lite om problematiken. Så det också gör att man föreställer sig vilka problem de har, innan de ger sig för det. Så det är både och.

Ja

Spelar en diagnos någon roll för undervisningens utformning?

Nej, men deras speciella behov gör ju det. För det finns ju vissa grejer som man väljer bort eller att de kan välja bort. Det har varit jättemycket nu med att vi jobbar med basuppgifter som alla klarar av, även de med diagnoser. Sen finns det fördjupningsuppgifter att vidareutveckla och så.

Ja, men i det stor hela så spelar det ingen roll?

Ja, precis det är mer kring problemet man tänker, än diagnosen.

Spelar diagnosen en roll när det gäller resurser?

Om man får mer resurser, menar du?

Ja, precis.

Nej, det gör det nog inte, på den här skolan. För det är ju inte heller så, alltså vi får ju bestä.. Vi har fått timmar liksom så, från SPC. Och så får ju vi bestämma själva vem vi vill skicka. Och vi har ju inte fått fler timmar.

Ser du några fördelar/nackdelar med att en elev får en diagnos? I så fall vilka?

Mmm... fördelarna är väl att de, när de kommer så långt att de kan säga att jag har ADHD, då behöver de inte förklara sin problematik. Men nackdelen blir ju det här att man förutsätter vilka problem de har.

Absolut.

Du förstår vad jag menar?

Jaja, jag förstår precis.

Jag är scoutledare, så jag har en kille i scoutgruppen som har ADHD. Och där ser man ju inte alls samma problem. Han fungerar ju jättebra.

Vad tror du det beror på då?

Jag tror att de här två killarna vi har, har med sig så mycket annat, socialt eller hemifrån. Eller att de lägger in saker i sin diagnos. "Jag har ju den här diagnosen så jag behöver inte göra lika mycket som alla andra. Jag behöver inte."

Men då kan det ju vara en nackdel med att få en diagnos, att de själva kanske ser det som en ursäkt?

Jag kan tänka mig om några år i alla fall, då kommer de börja läsa på om sin diagnos och då ser de var de inte bör kunna, vad de inte behöver kunna. Fast de kanske hade kunnat det annars.

Om de inte fått sin diagnos? Ja, nej, det är absolut inte omöjligt.

Det för in oss på sista frågan. Tror du att en diagnos påverkar eleven? I så fall hur? Men det har vi ju svarat på lite redan.

Ja, det är ju både positivt och negativt. Jag tror det kan vara skönt för dem att få ett namn på... Varför de är som de är. Och att det finns andra med samma problem som jag.

Ja, det är klart.