



GÖTEBORGS UNIVERSITET

UTREDNING AV ADHD UR ETT SKOLPERSPEKTIV

Angelica Palm och Isabella Anderson

LAU370

Handledare: Inga-Lill Jakobsson

Examinator: Ulf Christianson

Rapportnummer: HT-08-2611-047

Abstrakt

Examensarbete inom lärarutbildningen

Titel: Utredning av ADHD ur ett skolperspektiv

Författare: Isabella Anderson och Angelica Palm

Termin och år: Höstterminen 2008

Kursansvarig institution: Sociologiska institutionen

Handledare: Inga-Lill Jakobsson

Examinator: Ulf Christianson

Rapportnummer: HT-08-2611-047

Nyckelord: ADHD, utredning, Elevhälsoteam, elevhälsa, diagnos, elev

Sammanfattning:

Problem: Hjälper en diagnos elever med svårigheter och vad ger det för konsekvenser i skolan?

Syfte: Att ta reda på hur man ställer en ADHD diagnos från upptäckt till diagnos och vad det ger för pedagogiska konsekvenser.

Frågeställningar:

- Hur beskrivs symtomen vid ADHD?
- Hur går utredningen till från upptäckt till diagnos?
- För vem ställs diagnosen?
- Vilka konsekvenser får diagnosen i det pedagogiska arbetet i klassrummet och för eleven?

Material: litteratur, intervjufrågor, diktafon

Metod: Vi har använt oss av frågeställningarna i vårt syfte vid intervjuerna som är av kvalitativ karaktär

Resultat: I vår litteraturgenomgång och undersökning har vi kommit fram till att det finns olika symtom vid ADHD och att det yttrar sig olika från elev till elev. Svårigheterna visar sig olika hos pojkar och flickor, eftersom pojkar är mera utåtagerande. Det finns två olika perspektiv som dominerar inom forskningen, det biologiska och det sociologiska synsättet. Det biologiska bygger på att man tror att ADHD ligger som en problematik hos barnet medan det sociologiska bygger på att man tror att ADHD problematiken kommer av barnets uppväxt och omgivning. Vi har fått kunskap om hur man upptäcker svårigheter och hur man går vidare i en eventuell utredning. Vissa pedagoger tycker att det är viktigt att få en diagnos för att kunna hjälpa eleven på bästa sätt medan andra tycker att det inte har så stor betydelse. Oftast är det föräldrarna som vill ha en diagnos för att ha en förklaring till sin omgivning och sig själva. Vårt resultat kommer hjälpa oss i vår framtida yrkesroll eftersom vi kommer möta barn med svårigheter som ADHD.

Förord

Vi bestämde tillsammans att skriva om ADHD, hur man går från upptäckt till att diagnos ställs. I vår inriktning social och kognitiv utveckling hos barn, unga och vuxna väcktes intresset för diagnostisering och vad det ger för konsekvenser för elever som vi kommer att jobba med i framtiden. Litteraturen har vi delat upp, förutom Gillberg *Ett barn i varje klass om DAMP och ADHD* samt Kärfves *Hjärnspöken. DAMP och hotet mot folkhälsan* som vi har läst båda två. Detta på grund av att de utgör de två största perspektiven inom forskning om ADHD, nämligen de biologiska och sociologiska synsätten. Planering och innehåll har vi gjort tillsammans. De tre intervjuerna som vi gjort i vår undersökning har vi genomfört tillsammans. Vi har delat upp och arbetat med olika delar i uppsatsen utifrån intresse och av praktiska skäl.

Vi vill tacka de personer som vi har intervjuat för deras engagemang, kunskap och erfarenhet som hjälpt oss mycket i detta arbete.

Innehållsförteckning

Abstract	
Förord	
Innehållsförteckning	
1. Inledning och problemformulering	5
2. Syfte och frågeställningar	6
3. Design, metod och tillvägagångssätt	6
3.1 Val av design och metod.....	6
3.2 Urval	6
3.2.1 Intervjuer	7
3.2.2 Litteratur.....	7
3.3 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet	7
3.4 Etiska riktlinjer	8
3.5 Analys	8
4. Teoretisk anknytning	8
4.1 Kort historisk genomgång.....	9
4.2 Neuropsykiatriska funktionshinder.....	9
4.2.1 ADHD	10
4.2.2 Symtom - orsaker.....	11
4.2.3 Utredning - diagnostik.....	12
4.2.4 Behandling - medicinering	14
4.2.5 Skillnader och likheter mellan pojkar och flickor med ADHD.....	14
4.3 Olika perspektiv och synsätt	15
4.3.1 Medicinskt perspektiv	15
4.3.2 Sociologiskt perspektiv	17
4.3.3 Jämförelse mellan perspektiven.....	18
4.4 Skolans roll.....	19
4.4.1 Pedagogiska insatser och bemötande i relation till ADHD.....	19
4.4.2 Allmänt om elevhälsan.....	21
4.4.3 Kritik mot elevhälsan	22
5. Resultatredovisning	23
5.1 Jämförelse mellan intervju 1 och litteratur	23
5.2 Jämförelse mellan intervju 2 och litteratur	25
5.3 Jämförelse mellan intervju 3 och litteratur	27
5.4 Jämförelse mellan intervjuerna	29
6. Slutdiskussion	30
7. Referenslista	33
7.1 Litteratur.....	33
7.2 Internetadresser	34
8. Bilagor	36

1. Inledning och problemformulering

Enligt Lpo 94 ska skolan ta hänsyn och anpassa undervisningen till elevers olika behov och förutsättningar. De har också ett ansvar för de elever som på grund av olika anledningar har problem med att nå målen i undervisningen.

Vi har valt att undersöka hur utredningen av ADHD ser ut ur ett skolperspektiv. Med skolperspektiv menas att vi vill ha svar på hur man ska bemöta barn med ADHD i skolan. Arbetet är inte sett ur elevens eller föräldrarnas synvinkel. Vi vill undersöka hur elevhälsoteam och skolans övriga personal arbetar kring ADHD, från upptäckt till efterarbete när diagnosen är ställd. Detta för att både ADHD och elevhälsa är aktuella ämnen och något vi alla kommer att möta under vårt aktiva yrkesliv. När vi läste inriktningen social och kognitiv utveckling för barn, unga och vuxna väcktes vårt intresse för diagnostisering och vad det innebär för eleven. Orsaken till att vi väljer att skriva om ADHD är för att det är ett viktigt ämne och att vi har erfarenhet av att jobba med barn som har ADHD och liknande svårigheter. Vi tycker också att detta är viktigt att skriva om då vi i dag strävar efter en skola för alla, därför måste vi pedagoger vara väl förberedda för att kunna ta hänsyn till elevers olikheter. Vi som pedagoger måste vara införstådda med och förberedda för att tillgodose elevers behov. Eftersom vi skriver ur ett skolperspektiv så har vi intervjuat skolpersonal som ingår i ett elevhälsoteam, vi har även fördjupat oss i litteratur kring ämnena.

Genom vårt arbete har vi fått ny kunskap om hur en diagnos ställs, hur elevhälsoteam arbetar och den komplexa vetenskapen kring ADHD. Vi har fått ny kunskap om hur ADHD yttrar sig olika hos flickor och pojkar. Även att barn med ADHD ofta har tilläggsproblem. Symtomen yttrar sig på olika sätt beroende på individen. ADHD handlar inte bara om hyperaktivitet utan svårigheterna ligger mest i att inte kunna kontrollera sina impulser och ignorera yttre stimuli. De exekutiva funktionernas betydelse för ADHD var något som var helt nytt för oss. Så var även att graden av svårigheterna hos barn med ADHD har att göra med miljön som finns omkring barnet. Lever barnet i en miljö där personer har förståelse för barnets problem, kan symtomen minska. Det kan även vara tvärtom, om barnet lever i en miljö som inte är bra förvärras symtomen. Vi har kommit till insikten att en diagnos och svårigheterna utgör konsekvenser för barnets självbild och omgivningens syn på barnet. Detta gäller inte bara i skolans värld, utan också i samhället och för barnets framtid. Vi har också insett vikten av ett fungerande samarbete mellan skola, barn, föräldrar och skolans ledning.

När vi sökte på litteratur kring ADHD upptäckte vi att det finns två olika forskningsperspektiv som dominerar. Här fanns det två namn som var i fokus. Gillberg, som har en medicinsk syn på diagnosen och Kärfve som har en sociologisk syn. Enligt den medicinska, också biologiska, synen så ligger problemet hos barnet samt att det är ärftlig där behandlingen är medicin. Kärfve hävdar å sin sida att det är miljöfaktorernas inverkan som skapar svårigheterna, samt att det är pedagogernas uppgift att anpassa undervisning för att lindra svårigheterna. Enligt skollagen första kapitlet, § 2 "utbildningen skall ge eleverna kunskaper och färdigheter samt, i samarbete med hemmen, främja deras harmoniska utveckling till ansvars-kännande människor och samhällsmedlemmar. I utbildningen skall hänsyn tas till elever i behov av särskilt stöd".

Vår problemformulering blir följande: Hjälper en diagnos elever med svårigheter, vad ger det för konsekvenser i skola/klassrum och hur ser utredningen ut i ett skolperspektiv? Studiens centrala ord och förklaringar till förkortningar finns i bilaga 1.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur skolpersonal i elevhälsoteam för årskurs f-5 beskriver processen från upptäckt fram till att diagnosen ADHD ställs och vilka konsekvenser diagnosen får i det pedagogiska arbetet i skolan.

För att uppnå syftet har vi formulerat följande frågeställningar:

1. Hur beskrivs symtomen vid ADHD?
2. Hur går utredningen till från upptäckt till att diagnos ställs?
3. För vem ställs diagnosen?
4. Vilka konsekvenser får diagnosen för det pedagogiska arbetet i klassen och för eleven med diagnos?

Den av våra frågeställningar som vi tycker är intressantast är; för vem ställs diagnosen och vilka konsekvenser ger den för barnet och dess omgivning, främst skolan.

3. Design, metod och tillvägagångssätt

Här kommer vi att beskriva hur vi genomfört intervjuerna och funnit den litteratur vi använt i studien. Vi har valt att göra en kvalitativ studie, då vi fokuserar på tre personers uppfattningar och arbetssätt i elevhälsoteamet. Utgångspunkten för detta avsnitt har varit en bok av Stukát (2005).

3.1 Val av design och metod

Vårt syfte, de fyra frågeställningarna och litteraturgenomgången utgör en grund för vårt arbete. Vi har även valt att intervjua skolpersonal som är involverade i elevhälsoteam. Anledningen till valet att intervjua elevhälsoteam är därför att vi tyckte att dessa bäst kunde besvara våra fyra frågeställningar. Vi valde att göra en halvstrukturerad djupintervju (Stukát, 2005). Under intervjuerna använde vi oss av förbestämda frågor, mallen följdes vid alla tre intervjutillfällen. Frågorna var öppna, så svaren vi fått är individuella för respondenten. Vi använde våra frågeställningar enligt syftet som huvudfrågor under intervjuerna, med ett antal följdfrågor som var förutbestämda (se bilaga 4). För att förtydliga svaren från respondenterna frågades bland annat; Hur menar du nu? Vi var två under intervjuerna, där den ena fick agera intervjuare medan den andre antecknade. Detta gjorde att vi fick två perspektiv under intervjun och att vi kunde ställa relevanta följdfrågor, i och med att vi uppmärksammade olika saker beroende på vår uppgift under intervjun. Vi använde också en diktafon under intervjuerna för att få ut så mycket som möjligt av dem. Intervjuerna tog cirka fyrtio minuter. Direkt efter intervjuerna satte vi oss ner och skrev in våra anteckningar och tankar i datorn. Detta följdes upp av att vi transkriberade våra intervjuer, för att få de så fylliga som möjligt. Intervjuerna genomfördes den 9-11:e december och ägde rum i lokaler som våra respondenter hade fått bestämma. Intervjun med skolkurator Carola genomfördes på hennes rum på den skola hon var verksam på. Intervjun med skolpsykologen Sara genomfördes på Psykologenheten. Den sista intervjun genomfördes i personalrummet på den skola där Johan är specialpedagog.

3.2 Urval

Vi kommer nedan att beskriva hur valen av våra respondenter och av den litteratur som vi använt i studien gjorts.

3.2.1 Intervjuer

Vi har valt att lösa våra frågeställningar med hjälp av litteratur och intervjuer med personer som är involverade i elevhälsoteam från förskoleklass till år fem. Vi valde denna ålder eftersom vi bägge har inriktat oss mot de yngre åldrarna i skolan och för att vi är intresserade av hur elevhälsoteam arbetar.

Vi började med att bestämma att skicka ut tjugo förfrågningar till olika skolor, detta för att vi inte var säkra på att vi skulle få svar från tillräckligt många annars. Vi bestämde också att det skulle räcka med tre intervjuer, för att begränsa arbetet, med tanke på att det tar ganska mycket tid att transkribera och vi tyckte att det skulle räcka för att få tyngd i arbetet. Vi valde sju stadsdelar och genom Göteborgs stads hemsida (www.goteborg.se) fann vi tjugo skolor som förfrågningarna skickades till. Stadsdelarna låg både i ytterområden och i centrum, för att vi ville ha respondenter från olika samhällsskikt, för att se om det var någon skillnad på utredningar och diagnoser. Intervjuförfrågningarna skickades ut den 21 november 2008 (se bilaga 5). I intervjuförfrågningarna var syftet och frågeställningarna bifogade. Från Göteborgsstads hemsida fann vi länkar till de olika skolorna där vi på vissa sidor fann e-mail adresser direkt knutna till personal som var delaktiga i elevhälsoteamen och på vissa sidor fanns bara e-mail adresser till rektorer. Vi hade trott att vi skulle få svar från flera skolor med slutligen fick vi bara svar från tre, detta gjorde att vi inte kunde välja mellan olika stadsdelar som vi från början önskat för att se om det var någon skillnad. Vi fick inte heller några nekande svar. Detta påverkar resultatet då vi inte fick möjlighet att välja skolor och stadsdelar utan fick ta de tre intervjuer vi fick. De tre respondenter vi fick kom från olika, dock liknande, stadsdelar. Innan vi skickade ut förfrågningar om intervjuerna så hade vi färdigställt våra intervjufrågor utifrån vårt syfte och de frågor som finns i syftesdelen. Till dessa hade vi skrivit en rad följdfrågor (se bilaga 4).

3.2.2 Litteratur

När vi bestämt oss för vad vi skulle skriva om i arbetet och bestämt hur våra frågeställningar och syfte skulle se ut, satte vi oss ner och sökte litteratur på Universitets biblioteks samlade databas, detta gjorde vi även på Göteborgs biblioteks databas. Detta började vi med i vecka 45. Vi sökte på ord som var relevanta för vår studie och som kunde svara på våra frågeställningar: ADHD, utredning, diagnos, elevhälsa etcetera. På detta sätt hittade vi de mesta av den litteratur som vi använt i vår litteraturgenomgång. Vår handledare gav oss även tips på litteratur till arbetet, under den första handledarträffen. Sedan har vi också använt oss av referenser i den litteratur som vi läst för att hitta ytterligare relevant litteratur. Vi sökte också på www.google.se, på de ord som vi använde när vi sökte litteratur i bibliotekets databas. På så sätt hittade vi relevanta webbsidor som Riksförbundet Attention och Sjukvårdsrådgivningen. Vi har även funnit ytterligare litteratur efter detta, både genom tips från vår handledare och genom att söka i tidigare kurslitteratur och i biblioteken.

3.3 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Troligen skulle en person som genomförde vår undersökning få liknande svar om hon använde samma litteratur och de intervjufrågor vi använt. Men detta är inte säkert. Beroende på hur personen tolkar informationen, litteraturen och vilka som väljs till respondenter i intervjuerna så kommer resultaten att skilja sig från våra. I och med att vi valt att granska utredning av ADHD, diagnosen och hur elevhälsoteamen och skolpersonal arbetar med detta så kan nog resultaten ändå bli ganska lika våra. Detta på grund av att det finns föreskrifter kring hur elevhälsoteamen ska arbeta (SOU 2000:19), och att den information som idag finns om ADHD inte skiljer sig så stort i den litteratur som vi valt. Om personen däremot väljer att göra samma studie om tio år så har det nog kommit nya forskningsrön om ADHD, och möjligheten finns att det kommit nya direktiv hur skolan ska arbeta kring elevhälsa.

Vi anser att vi lyckats fånga in det vi vill ha reda på. Det är dock mycket möjligt att vi, genom de frågor vi ställt, styrt intervjuerna och att de personer vi valt att intervjua har gett oss de svar som de tror att vi vill ha. Då vi valde att läsa Kärfves (2001) bok först så är det mycket möjligt att detta har färgat vårt synsätt på ADHD och gjort att vi läst resten av litteraturen mer kritiskt. Beroende på ur vilket perspektiv vi läst litteraturen, och sökt efter det som vi vill ha svar på, så kan vi ha missat flera saker som också kan ha varit viktiga att ta upp.

Då vi har en liten undersökningsgrupp så är resultatet inte representativt. Hade vi valt en större undersökningsgrupp och kanske gjort våra intervjuer på olika skolor i hela Sverige så kanske vi hade fått ett annat resultat. Men då vi är begränsade i exempelvis vårt sidantal så vore en sådan undersökning inte möjlig i den här studien. I och med att det, som vi skrivit ovan, finns föreskrifter över ur elevhälsoteam ska se ut och arbeta så är det inte troligt att vi faktiskt skulle få så olika svar, var än i Sverige vi genomförde vår undersökning. Däremot skulle kanske antalet diagnoser vara olika på olika skolor i Sverige, beroende på vilken ståndpunkt skolan har på diagnoser. På vissa ställen skulle kanske problematiken vara stor och på andra skulle den kanske inte finnas alls. Detta är komplext och skulle vara intressant för en framtida studie.

3.4 Etiska riktlinjer

Vi har valt att göra våra respondenter, skolor och stadsdelar anonyma, då vi inte tycker att det är relevant för vår studie. Hade det varit så att vi hade fått möjlighet att intervjua skolpersonal från både ytter- och innerområden i Göteborg hade det varit intressant att veta då det kanske hade varit mer skillnad mellan skolorna och antalet diagnoser, men detta är bara en teori som vi har. När vi nu inte hade den valmöjligheten och de tre personer vi intervjuade kom från liknande områden så valde vi att göra dem anonyma.

3.5 Analys

Analysen är gjord utifrån intervjuerna med hjälp av våra frågeställningar enligt syftet och utifrån teorigenomgången. De tre respondenterna har svarat ungefär samma på några utav frågorna, vilket gjorde att det var enkelt att hitta likheter när det gäller exempelvis hur elevhälsoteamen ser ut. Det var också intressant att se att de svarade samma på frågan för vem ställs diagnosen. Det var dock svårare att hitta skillnader dem emellan. Respondent två och tre sade tidigt att de inte var förtjusta i Gillberg och hans teorier, medan respondent ett inte sade så mycket om detta alls. Det underlättade att vår litteraturgenomgång var klar när vi började med analyserna, detta gjorde att det var enkelt att hitta stöd.

4. Teoretisk anknytning

För att få svar på våra frågeställningar har vi med litteratur som uppfyller syftet med undersökningen. Det är med en kort historik kring ADHD. Olika perspektiv och synsätt presenteras. Vad är ADHD och vad finns det för olika för- och nackdelar med en diagnos. Det finns svar på hur symtom vid ADHD yttrar sig. Vi har även med hur ett elevhälsoteam arbetar. Litteraturen svarar även på vilka pedagogiska konsekvenser en ADHD diagnos ger. Vi har valt att göra relevanta rubriker för att informationen ska vara lättare att hitta.

4.1 Kort historisk genomgång

Hjörne och Säljö (2008) menar att termerna ADHD och DAMP har sitt ursprung i MBD (Minimal Brain Damage). MBD är den första diagnosen av modern klass som användes av forskare på 1920-talet, dessa hade funnit att barn fått mindre hjärnskador efter att ha haft hjärnhinneinflammation. Enligt Gillberg (2005) uppvisade barnen med dessa hjärnskador en blandning av problem med social anpassning och motorisk överaktivitet. I USA, hävdar han, behandlas somliga av dessa barn med centralstimulerande medicin efter att en läkare på 1930-talet funnit att detta ökade koncentrationsförmågan och minskade överaktiviteten. Fortsättningsvis skriver Hjörne och Säljö (2008) att under 1960-talet började kritik riktas mot forskningen på grund av att det var svårt att påvisa hjärnskadorna. Trots detta bevarades teorin om att hjärnskadan var en förklaring till beteendena. Fortsatt kritik ledde till att man under samma årtionde ändrade referens till det i MBD, "damage" blev "dysfunktion" eftersom man inte kunde bevisa att det fanns en liten hjärnskada trots intensiv forskning. "Dysfunktion" är enligt Hjörne och Säljö ett mera diffust begrepp än "damage", MBD-begreppet fortsatte att användas fram till 1980-talet. I början av 1980-talet riktade enligt Gillberg (2005) en engelsk barnpsykiatriker stark kritik mot MBD-termen. I hans forskning fanns det barn med uppvisad hjärnskada som inte hade den typ av problem som MBD diagnosen skulle visa samt att symtomen kunde drabba många olika delar i hjärnan och att de varierade. I slutet av 1980-talet togs termen MBD bort från de flesta sammanhang. Detta på grund av att det framförts så mycket kritik eftersom MBD-begreppet fortfarande inte gick att validera trots mycket forskning inom området. Hjörne och Säljö (2008) hävdar att i slutet av 1980-talet ersattes begreppet av DAMP i Sverige och av ADHD i bland annat USA. Kadesjö (2005) menar att DAMP betyder Dysfunktion i Avledbarhet, Motorik och Perception, termen var beskrivande istället för MBD som är en orsaksförklaring. Socialstyrelsen (2002) rekommenderar att ADHD-begreppet ska användas i Sverige. Även Gillberg (2005) hävdar att ADHD termen är den helt dominerande idag. Enligt Iglum (2006) är ADHD ett mer fungerande begrepp än MBD eftersom det sammanfattar en uppsättning kriterier som fokuserar på vad som är grunden i problematiken, alltså hyperaktivitet, impulsivitet och uppmärksamhetssvårigheter.

4.2 Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

ADHD betyder Attention Deficit Hyperactivity Disorder eller hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning. Termen koncentrerar sig på uppmärksamhetsproblem och svårigheter med impulskontroll och aktivitetsnivå. ADHD är ett neuropsykiatriskt funktionshinder som innebär att man har svårigheter som har sin bas i hjärnans sätt att fungera och arbeta. Neuropsykiatriska funktionshinder är ett sammanfattande begrepp för diagnoser som ADHD, DAMP, Tourettes syndrom, autism, Aspergers syndrom, språkstörning och tvångssyndrom. Dessa är nära besläktade med varandra och går in i varandra (Dahlström, 2008). Ett funktionshinder uppstår när svårigheterna påverkar utveckling och individens sätt att fungera i samhället. Gemensamma drag för dessa funktionshinder är inlärningssvårigheter och problem i det sociala samspelet. Dock finns det stora variationer när det gäller störningen och hur den visar sig. Neuropsykiatriska diagnoser bygger på bedömningsgrunder som visar hur individen fungerar i särskilda områden såsom socialt samspel och förmåga till uppmärksamhet. De är alltså så kallade funktionsdiagnoser. Det finns vetenskapligt framtagna kriterier för att sätta en diagnos. För att en individ ska få diagnosen måste en utredning vara gjord av ett specialistteam. Dock säger den neuropsykiatriska diagnosen ingenting om de bakomliggande grunderna till svårigheten (Dahlström, 2008). Det är vanligt förekommande att problemen kan vara genetiskt betingade, alltså att en nära släkting har problem av liknande karaktär. Det kan också bero på förlösningsskador, påfrestningar på barnet under graviditet eller i spädbarnsåldern. Det finns inga bevis för att neuropsykiatriska funktionshinder skulle bero på en dålig uppväxtmiljö, däremot kan det påverka svårighetsgraden av problemet. I en bra miljö där omgivningen har förståelse och kunskap om funktionshindret kan symtomen minska och göra det lättare för barnet, trots att funktionshindret inte försvinner (Dahlström,

2008). Studier har visat att människor med ADHD har förändringar i hur hjärnan är uppbyggd. Dopamin och noradrenalin är signalämnen som verkar för att nervimpulser ska överföras från nervcell till nervcell. Vid ADHD finns det antingen lite av dessa eller så fungerar de dåligt i delar av hjärnan (www.sjukvardsradgivningen.se).

4.2.1 ADHD

ADHD förekommer hos cirka fem procent av skolbarnen, det är vanligare förekommande bland pojkar än flickor. Dock är troligen andelen flickor vars symtom inte upptäckts ett stort mörkertal. Det finns tre undergrupper till ADHD:

- ADHD dominerad av uppmärksamhetsbrist
- ADHD dominerad av överaktivitet och bristande impulskontroll, samt
- ADHD, kombinerad form av både uppmärksamhetsbrist och överaktivitet (Gillberg, 2005, s.17).

Svårigheterna vid ADHD kan se väldigt olika ut och variera mellan personer och perioder hos en individ. Egenskaper hos barnet som begåvning och uppväxtmiljö avgör vilka följder de grundläggande problemen får. För att få diagnosen ADHD måste problemen vara betydande. De måste även ha uppkommit tidigt, vara bestående och varaktiga. De ska finnas i olika situationer och miljöer, exempelvis både i skola och hemma. De ska också generera i så pass stora svårigheter att barnet inte fungerar för att det ska bli tal om funktionshinder (Hellström, 2008). Detta säger även Beckman och Fernell (2004), för att diagnosen ADHD ska kunna fastställas måste symtomen ha funnits under en längre tid samt att barnet avviker från vad som kan förväntas i relation till utvecklingsnivå, ålder och kön. Dessutom ska detta ge barnet problem i flera sammanhang och miljöer.

Karakteristiskt för ADHD är framför allt uppmärksamhetsstörning/koncentrationssvårigheter, impulsivitet och svårigheter att anpassa sin aktivitetsnivå (Beckman och Fernell 2004).

Uppmärksamhetsproblem kan visa sig på många olika sätt som till exempel: verkar inte lyssna på tilltal, uppfattar inte instruktioner, allmänt slarvig, svårt att komma igång och att barnet är oorganiserat. Flertalet barn med ADHD störs av yttre stimuli som de inte kan avskärma sig ifrån, andra verkar snarare söka stimulans för att de snabbt blir uttråkade. Utmärkande för de flesta med ADHD är att de har bristande uthållighet och svårt att rikta energi för att genomföra en uppgift, särskilt om den inte är motiverande. Att kunna rikta uppmärksamhet mot det som är viktigt samt att sortera bort det som inte är väsentligt är svårt för barn med ADHD (Hellström, 2008).

Det är en vanligt förekommande tro att barn med ADHD är överaktiva, men det är snarare så att de har svårt att anpassa sin aktivitetsnivå till de gällande kraven i situationen. I och med detta blir det istället tal om både över- och underaktivitet (Socialstyrelsen, 2002). Barn med ADHD har svårt att reglera aktivitetsnivå och impulser. Barnets handlande styrs av stimuli och impulser, istället för övervägande och planering som hos barn utan funktionshindret. Impulsiviteten kan visa sig genom att barnet har svårt att planera och styra sina rörelser, det medför problem med motoriken. I situationer som är mindre strukturerade och som kräver självreflektion och eftertanke blir det svårt för impulsiva barn. Barn med ADHD har stora problem med att reglera och kontrollera sin aktivitetsnivå, uppmärksamheten, hindra reaktionen på impulser och stimuli och bevara sin koncentration. Då de har svårt att kontrollera sina impulser känner sig barnen ofta utelämnade till händelseförlopp som de inte har möjlighet att påverka (Hellström, 2008). Enligt Barkley tolkat av Beckman och Fernell (2004) är kärnan i problematiken kring ADHD att impulsiviteten leder till omedelbar handling,

barnet hinner och kan inte reflektera över olika handlingsmöjligheter. Barnet har inget tänkande kring vad som är gynnsamt eller lämpligt och därmed får barnet svårt att inordna sig i grupp eller att följa de normer som finns i samhället. Symtomen varierar i tid och miljö hos individen men också mellan individer, de poängterar att de nästan alltid följs åt av andra svårigheter (Beckman och Fernell, 2004). Andra återkommande problem kan vara svårigheter med kamratrelationer, motoriska svårigheter, perceptionsstörningar, språkproblem, kognitiva problem och inlärningssvårigheter (Socialstyrelsen, 2002).

4.2.2 Symtom – orsaker

ADHD är, enligt insatta forskare, biologiskt betingat. Även ärftlighet spelar en viss roll genom att man ärver gener. Dessa gener styr uppbyggnaden av hjärnans delar. Framför allt handlar det om de gener som styr dopaminförsörjningen i hjärnan (Socialstyrelsen, 2002). Enligt Iglum (2006) finns det när man pratar om genetik vid ADHD två stycken huvudsynsätt, det ena är att tillståndet domineras av en gen som visar om man har tillståndet eller inte. Det andra är att beteendet i sig inte är avvikande utan mäts genom styrka, frekvens, grad och intensitet. Genetiska fynd kan hjälpa till att förstå orsaksmekanismerna hos ADHD. Det ger dock inget slutligt svar på varför det överhuvudtaget har uppkommit enligt Socialstyrelsen (2002). Vidare hävdar Socialstyrelsen att forskning har visat att ADHD är familjär, alltså att det finns i släkten. Dessutom har det visat sig att släktingar till barn med ADHD ofta har andra psykiska problem, exempelvis beteendestörningar. Gener som genom forskning visat sig kunna påverka uppkomsten av ADHD är de som styr försörjningen av dopamin och noradrenalin. Socialstyrelsen (2002) tror att orsaken till ADHD är beroende av flera faktorer som interagerar med varandra, bland annat genetiska, socioemotionella, kognitiva och biokemiska. Det är därför inte sannolikt att det bara skulle vara en orsaksfaktor till exempel en ärftlighet eller en gen. Beckman & Fernell (2004) menar att de typiska symtomen finns hos många barn på grund av dålig uppväxtmiljö eller någon kroppslig sjukdom. Beckman m.fl. (2004) menar att liksom för många andra tillstånd har ADHD ett starkt samband med vilka inre egenskaper som finns hos barnet och vilken miljö barnet befinner sig i. Han menar då att om barnet är i en miljö som är socialt utsatt så blir effekterna av ADHD mer omfattande. Beckman m.fl. hävdar att eftersom diagnosen ADHD bygger på olika observationer och beskrivningar av barnet och huruvida det passar in i omgivningen, kan det bero på vem som ställer diagnosen och även vilken miljö barnet kommer ifrån vid fastställandet av ADHD-diagnosen.

Svårigheterna kan förklaras som en brist i de exekutiva funktionerna. De exekutiva funktionerna ansvarar för impulsreglering, planering, organisation och samordning enligt Hellström (2008). Det kommer ständigt nya rön och teorier kring ADHD. Socialstyrelsen (2002) menar att de som är dominerande nu är bristfällig förmåga till självreglering samt svårigheter att kontrollera och hålla tillbaka beteenden som inte är önskvärda. Istället för att vara en grundorsak så ses uppmärksamhetssvårigheterna som en följd av ovanstående problem. Idag anses det att barn med ADHD har karakteristiska svårigheter i de exekutiva funktionerna. Socialstyrelsens (2002) säger att de exekutiva funktionerna kan förklaras som arbetsminnet. Det innebär att kunna planera, utvärdera, prioritera och reglera de kognitiva funktionerna. Arbetsminnet är inräknat här, det kan förklaras som förmågan att använda tidigare erfarenheter samt att hålla flera saker i huvudet samtidigt (Hellström, 2008). Enligt Beckman m.fl. (2004) så utvecklas arbetsminnet hos människan under de första levnadsåren, det ger underlag för utvecklingen av tänkandet och språket. Hos barn med ADHD är det vanligt att arbetsminnet inte utvecklas i normal takt. Beckman m.fl. (2004) menar att för att kunna hålla information aktuell så länge som möjligt i hjärnan är arbetsminnet basen. Arbetsminnet ser till så man kan planera beteenden, att man kan avgöra vad som är lämpligt eller inte och att se till så att aktuell information hinner överföras till långtidsminnet. Om det

finns svårigheter med uppmärksamhetssystemet kan man inte hålla tankekedjor och sammanhang aktuella länge nog vilket påverkar arbetsminnet.

Riskfaktorer är faktorer som bidrar till störningen medan skyddsfaktorer istället minskar risken. Olika riskfaktorer kan vara närmiljö, biologiska faktorer, familjestruktur eller belastad socioekonomi. Både skydds- och riskfaktorer kan delas in i två kategorier:

- De faktorer som utmärker individen, kan vara ärftlighet, temperament och så vidare
- De faktorer som finns i individens omgivning, exempelvis familjeförhållanden, skolmiljö etcetera (Socialstyrelsen 2002).

De psykiska riskfaktorerna har, genom forskning, visat sig ha stor påverkan på den kroppsliga- och psykiska hälsan. Även föräldrarnas psykiska hälsa har visat sig påverka barnen. Socioekonomiska förhållanden och familjefaktorer har visat sig ha samband med svårighetsgraden av ADHD, dock kan det inte ensamt vara orsaken till uppkomsten. Vidare står att läsa att orsaken till barnens stora variation i problembilden och hur dessa problem utvecklas kan förstås av faktorer som finns i omgivningen (Socialstyrelsen 2002).

4.2.3 Utredning – diagnostik

Utredningen behövs om svårigheterna är så stora att barnen inte fungerar i vardagen. Om föräldrarna misstänker att barnet har någon form av ADHD är det lämpligast att de, i första hand, vänder sig till barnavårdscentralen, skolhälsovården eller barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning, BUP (www.sjukvardsradgivningen.se). Iglum (2006) skriver att den perfekta diagnosen innehåller symtom som är genomgående för alla med samma diagnos, orsaken är densamma och det finns ett utvecklingsförlopp som redan är känt, dessutom vet man vilken behandling som är bäst. Men hon menar att så förhåller det sig inte med en organisk funktionsstörning som diagnosen ADHD innebär.

Fernell (2008) säger att koncentrationssvårigheter blir mer uppenbara vid skolstarten, eftersom det då ställs mer krav på barnet, exempelvis stillasittande under längre perioder, handuppräknings och så vidare. En mer noggrann utredning görs oftast inom skolan vid en EHK där också föräldrarna medverkar. Efter detta möte upprättas ett åtgärdsprogram (se bilaga 2) med hjälp av skolans psykolog, som gör en bedömning av barnet. Testet prövar barnets olika förmågor, exempelvis att planera, abstrakt tänkande, minnesfunktionerna och uppmärksamhet. Sedan informeras föräldrar och man diskuterar hur man ska gå vidare. I de fall föräldrarna godkänner det, och det behövs, så remitteras barnet till andra instanser, till exempel barn- och ungdomspsykiatri (BUP) eller barn- och ungdomsklinik på sjukhus. Det är olika var utredningarna sker runt om i landet. Vid en komplett utredning ingår en läkar- och en psykologbedömning. När remissen är skickad till någon av instanserna genomgår barnet en noggrann utredning som berättar om barnets uppväxtmiljö, sociala omvärld och beteende som man värderar och drar slutsatser utifrån. Utredningens början kan kallas för funktionsutredning, där man ser till barnets beteende och svårigheter. Därefter diskuteras orsaksfaktorer med vårdnadshavare. I denna del tas bland annat ärftlighet upp, läkare genomför en undersökning av barnet, där man också bedömer motorik och utveckling. Man går också igenom olika områden för att se hur barnet fungerar i dessa. Det kan vara motorik, språk, abstrakt och teoretisk tänkande, koncentration och uppmärksamhet, aktivitetsgrad och hur barnet fungerar i samspel med andra och så vidare. Även barnets lärare får ge information via ett särskilt frågeformulär angående barnets beteende i skolan. Utredaren vill också veta vilka åtgärder som satts in i skolan för barnet och hur dessa har fungerat. Teamet kring utredningen består oftast av psykolog, läkare och pedagog, det kan även förekomma andra

yrkesgrupper. Man måste kunna utesluta andra orsaker till uppkomsten av symtomen samtidigt som det är viktigt att kunna uppmärksamma andra tillkommande svårigheter. Det är vanligt förekommande att barnet uppfyller kriterierna för fler än en funktionsdiagnos. Det är viktigt att erbjuda uppföljning då utredningen kan behöva uppdateras för att problembilden kan förändras. Det kan även tillkomma frågeställningar som behöver utredas (Fernell, 2008). Enligt Gillberg (2005) finns det ingen bestämd grupp som kan ställa diagnosen, men tycker att skolläkare, barnneurologer, habiliteringsläkare och barnpsykiatriker borde vara kompetenta nog.

I europeisk forskning är ICD, International Classification of Diseases, den mest använda. Det är också den diagnosmanual som EU rekommenderar, dock är det DSM-IV (se bilaga 3) som används i Sverige inom psykiatrisk forskning och klinisk verksamhet. De symptomkriterier som läkare går efter för att fastställa diagnosen ADHD finns angivna i DSM-IV (Socialstyrelsen, 2002). Detta är den Amerikanska psykiaterföreningens diagnostiska manual (Gillberg, 2005). I manualen skiljer man mellan de som har:

- ADHD med kombinerad problematik
- ADHD med huvudsakligen uppmärksamhetsproblem
- ADHD med huvudsakligen hyperaktivitets- och impulsivitetsproblem (Kadesjö, 2005, s.64).

I DSM-IV finns det angivet hur många symptom som måste förekomma för att en diagnos ska kunna ställas. Dock finns det inte tydligt angivet vilken svårighetsgrad som ska föreligga för att kriteriet ska vara uppfyllt. För att diagnosen ADHD ska ställas enligt DSM-IV ska funktionsnedsättande problem ha funnits innan sju års ålder (Socialstyrelsen, 2002). Iglum (2006) har tolkat Lavigne m.fl. som menar att man i DSM-IV inte strävar efter att ställa en ideal diagnos eftersom människor har olika sätt att reagera på tillstånd, sjukdomar och åkommor. Diagnosmanualen delas in i diagnosgrupper, detta på grund av att vissa diagnoser har flytande gränser även om de definieras var för sig (Iglum, 2006).

Iglum (2006) menar att diagnoserna ADHD och Tourettes syndrom ofta har tilläggsproblem som man inte kan bestämma om de är beroende av varandra, det gör att människor med dessa diagnoser uppträder väldigt olika varandra. Hon hävdar att man ska dela in dem i två grupper:

- Tilläggsproblem som är sekundära till ADHD då ADHD är primärdiagnosen, dessa problem ses som svårigheter som blir till följd av primärdiagnosen. Den primära diagnosen är alltid utgångspunkt och sekundär problem beror på den ursprungliga.
- Komorbida svårigheter är sjukdomar eller tillstånd som förekommer samtidigt hos en person. Som exempel tas det upp att man kan ha ADHD och Tourettes syndrom samtidigt utan att de för den skull är beroende av varandra (Iglum 2006).

Detta hävdar även Hellström (2008 b). De säger att barn med ADHD ofta har andra svårigheter och kombinationer av olika funktionshinder, detta kallas komorbiditet, exempelvis dyslexi, sociala beteendeproblem samt Tourettes- och Aspergers syndrom. Det ska tilläggas att det råder delade meningar om att få en diagnos fastställd. Hjärne och Säljö (2008) har gjort en undersökning gällande elevhälsans arbete. Den visar bland annat, att vissa föräldrar vill ha en diagnos och upplever att de fått mera hjälp från skolan i form av exempelvis assistent och undervisning i specialgrupp, medan vissa inte vill att deras barn ska få en diagnos utan hoppas på att skolans insats ska hjälpa. De ser själva inte att barnet har någon form av problematik.

4.2.4 Behandling – medicinering

Gillberg (2005) skriver att i och med att det inte finns något bot för ADHD så är det inte någon idé att tala om behandling utan om habilitering och åtgärder. Han menar att själva diagnosen ingår i behandlingen då det ökar förståelsen hos barnet och dess omgivning. Däremot finns det väl beprövade sätt att minska och begränsa symtomen. En behandling som dock visat sig effektiv är en kombination av psykosociala interventioner och medicin, även pedagogiska insatser. Det som används är låga doser av centralstimulerande medel som påverkar de signalsubstanser som styr hjärnans impulsöverföring (Fernell, 2004). Det finns två huvudgrupper av mediciner som motverkar de symtom som uppstår vid ADHD. Den största gruppen är centralstimulantia som delas in i två slag; amfetamingruppen, exempelvis Amfetamin och Metamina och metylfenidatgruppen, exempelvis Ritalina och Concerta. Båda sorterna höjer mängden dopamin. Dopaminet har stor betydelse för flera av de funktioner som styrs från hjärnan, däribland koncentration och motivation. Den andra gruppen kallas för Atomoxetin och är inte centralstimulerande. Det påverkar framförallt signalämnet noradrenalin, som hjälper till att stärka uppmärksamhetsförmågan (Fernell, 2004).

Centralstimulerande medel höjer aktiviteten i de dopaminhaltiga nervkretsarna i hjärnan, ökar enligt fysiologiska studier vakenheten i centrala nervsystemet. Detta innebär att förmågan att koncentrera sig höjs, barnet kan då bättre kontrollera sin aktivitetsnivå (Gillberg, 2005).

Gillberg (2005) menar att medicinering med centralstimulerande medel har visat sig ha väldigt positiva effekter vid ADHD. Iglum (2006) refererar till Aabech och Zeiner och menar att de centralstimulerande medicinerna normaliserar impulsstyrningen och hämningmekanismerna i hjärnan, det gör att uppmärksamheten hålls kvar längre. Iglum (2006) menar att det i skolmiljön gör att barnen orkar arbeta längre i sträck med olika uppgifter. Enligt Iglum får barnen en bättre social förmåga då de uppfattar mening och helhet bland sina kamrater, de får en bättre kontroll av yttre stimuli. Hon menar att medicinerna bidrar till att barnen får lättare att hålla kvar uppmärksamheten på det som är relevant i sammanhanget. I Sverige får bara en liten del av barnen med ADHD medicin om man jämför med länder som Australien och USA. Eftersom effekterna är så positiva, enligt Gillberg (2005), så undrar han vidare varför inte alla barn med ADHD behandlas med medicin. Han skriver vidare att det bara finns ett fåtal kliniker i Sverige som har tillstånd att skriva ut recept för kortverkande centralstimulantia. Generellt kan barnpsykologer skriva ut långtidsverkande metylfenidatpreparat. De doser som ges ut är väldigt små, i jämförelse med de doser som tas för att bli hög. Risken för beroende är nästan obefintlig, då doserna är ytterst små och intaget är kontrollerat. Gillberg (2005) skriver vidare att inget talar för att dessa barn löper risk för missbruk senare i livet. De biverkningar som finns är vanligtvis lindriga. Dock kan matlusten försämrans och barnet kan få problem att somna enligt Sjukvårdsrådgivningen (www.sjukvardsradgivningen.se).

4.2.5 Skillnader och likheter mellan pojkar och flickor med ADHD

Enligt den forskning som finns är ADHD två till tre gånger vanligare hos pojkar än hos flickor. Hos pojkarna är det vanligare att ADHD tar sig uttryck i störande beteende som påverkar omgivningen, medan flickor ofta är mer inåtvända med problem som dålig självkänsla och depression. Grundproblemen är det samma men hos flickor visar det sig oftast som koncentrationssvårigheter istället för som hyperaktivitet (www.sjukvardsradgivningen.se). Även Gillberg menar att flickor med ADHD har svårigheter som inte märks lika tydligt som hos pojkar med ADHD. Han skriver att detta beror på att ADHD har olika uttryckssätt och att pojkar är senare i utvecklingen än flickor. Under barndomen orsakar pojkar mycket mer problem än flickor, detta för att de i högre grad har

olika funktionsstörningar och beteende avvikelser. Det är fler antal pojkar som har neuropsykologiska problem än flickor (Gillberg 2005). Flickor har inte ett lika utåtagerande beteende som pojkar med ADHD, istället har de en påtaglig rastlöshet och har svårt att sluta prata. Vissa flickor har kraftiga känslouttryck medan vissa har en inre oro och det visar sig som ångest och depressioner. Det är fler pojkar än flickor bland dem som tar hjälp av barnpsykiatrisk och barnmedicinsk mottagning (Beckman och Fernell, 2004). Enligt socialstyrelsens rapport från 2002 om barn och vuxna med ADHD är det cirka tre gånger så vanligt hos pojkar som hos flickor.

Medan pojkar är mer aggressiva så har flickor mer somatiska problem, som ont i magen och huvudvärk. På grund av de beteendemässiga skillnaderna mellan könen, kan detta ses som en orsak till att fler pojkar har en diagnos. I och med att flickors hyperaktivitet inte är lika tydlig, och att de snarare har svårigheter med uppmärksamheten, något som för det mesta blir uppenbart i samband med skolstart, så får de inte lika ofta en diagnos som pojkar. Som vi tidigare skrivit under rubriken Utredning - Diagnostik så ska funktionsnedsättande svårigheter finnas före sjuårsåldern. Då detta inte är lika tydligt hos flickor som hos pojkar, missar man ofta flickorna, trots att de har lika stora svårigheter som pojkar, bara det att de visar sig på ett annat sätt. Det är också dubbelt så vanligt att pojkar får stödåtgärder än flickor. Det är vanligt att flickor med ADHD har komorbida störningar (Socialstyrelsen 2002).

Iglum (2006) hävdar att Goldstein och Gordon menar att ADHD är ett symptom som har många likheter mellan pojkar och flickor gällande fasen och arten av symtomen men att det kan finnas variationer. Iglum tolkar vidare att Goldstein och Gordon menar att i studien de gjort finns det betydligt fler flickor som har fått diagnosen av den ouppmärksammade typen. Detta tror de beror på att flickor inte i lika stor utsträckning som pojkarna har ett utåtagerande beteende och specifika inlärningssvårigheter. Det gör att flickorna också hamnar längre ner på de olika kriterielistorna för hyperaktivitet men högre upp på kriterielistorna för ouppmärksamhet. Flickorna uppvisar även en större hyperverbalitet än vad pojkarna gör som istället har en mer motorisk hyperaktivitet. Iglum hävdar att Blachman och Hinshaw menar att flickor med ADHD har en problematik som innebär ett socialt hinder och gör att de ofta får en låg status och blir avvisade av andra flickor. Vidare skriver hon att medan pojkar hamnar i slagsmål så argumenterar och opponerar sig flickorna istället (Iglum, 2006).

4.3 Olika perspektiv och synsätt

Det finns flera synsätt på ADHD, vi ska här presentera två olika perspektiv som finns i Sverige idag. Dels är det Christopher Gillberg och Björn Kadesjö som står för ett medicinskt perspektiv, de talar mycket om biologiska och ärftliga orsaker till ADHD. Dels är det Eva Kärfve som ställer sig kritiskt till deras perspektiv och istället hävdar att det finns andra orsaksfaktorer till ADHD som är socialt betingade.

4.3.1 Medicinskt perspektiv

Christopher Gillberg är professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Göteborgs Universitet och St George's Hospital Medical School och vetenskapligt råd vid Socialstyrelsen (www.wikipedia.se). Kadesjö har genomfört en egen undersökning kring ADHD, den så kallade Karlstadstudien. Enligt Gillberg (2005) anses fyra till åtta procent av alla skolbarn i Sverige ha ADHD. Dock är frekvensen av ADHD svår att ange på grund av att diagnoskriterierna har ändrats ett flertal gånger. Kadesjö (2005) säger, även han, att det är svårt att veta hur många procent av barn i skolåldern som har ADHD, då metodik som använts och de barngrupper som undersökts har varit olika under årens lopp. Men han sammanfattar att tre till fem procent av alla barn i skolåldern har ADHD, om man följer kriterierna som

finns i DSM-IV manualen (se bilaga 3). Enligt sin egen studie, Karlstad-studien, där han undersökt cirka 400 barn, uppfyllde 3,7 procent av barnen kriterierna för ADHD, hälften av dem hade även väsentliga svårigheter med motorik (Kadesjö, 2005).

ADHD ses som en störning i den normala utvecklingen. En del av svårigheterna försvinner med åren, medan andra märks relativt sent i barnens utveckling. På grund av detta finns det ingen säkerhet att symtomen kommer att vara samma i olika åldrar. Symtomen växlar från en tid till en annan. Symtomen är också olika hos olika individer (Gillberg, 2005).

Kadesjö (2005) beskriver primära koncentrationssvårigheter som biologiskt betingat. Det innebär problem med att rikta uppmärksamheten och att ignorera oväsentlig stimuli. Sekundära koncentrationssvårigheter är ofta en reaktion på miljöfaktorer. Barn med koncentrationssvårigheter, som ADHD, brukar ofta ha svårigheter med uppmärksamhet, hitta en lämplig aktivitetsnivå och vara mycket impulsiva (Kadesjö, 2005). Aktivitetskontroll, uppmärksamhetsstörning och impuls kontroll är problematiken vid ADHD. Aktivitetskontroll innebär svårigheter med att reglera aktivitetsnivån så att den passar in i den rådande situationen. Vanligt förekommande vid ADHD är växling mellan över- och underaktivitet. Detta kan då ge intryck av att barnet är överaktivt, men om man fördelar de sammanlagda aktiviteterna över en hel dag visare det snarare på en normal nivå eller till och med en låg nivå (Gillberg 2005).

När man talar om uppmärksamhetsstörning menar Gillberg att man sammanfattar det under kategorin exekutiva funktionshinder. Det definieras som de psykiska egenskaper som behövs för att planera över tid för att nå ett mål och detta är något som personer med ADHD problematik har mycket svårt med (Gillberg, 2005). Kadesjö (2005) beskriver, även han, de exekutiva funktionerna. En central del är arbetsminnet som kan liknas vid ett antal korttidsminnesfunktioner. Dessa ser till att man har tillgång till information som hjärnan nyss registrerat samtidigt som den brukar tidigare erfarenheter som behövs när barnet exempelvis ska lösa en uppgift. Kadesjö tar upp teorier kring ADHD och arbetsminnet. En av teorierna som tas upp är formulerad av Thomas Brown och enligt Kadesjö menar han att de uppmärksamsvårigheter som barn med ADHD har kan förklaras av att de ha brister i arbetsminnet. En annan teori som tas upp är den som Russel Barkley utformat som handlar om impulsiviteten, som är en annan del av ADHD. Kadesjö tolkar teorin och säger att orsaken bakom överaktivitet och impulsivitet ligger i en otillräcklig förmåga att hämma impulsen till handling. Barn med ADHD reagerar direkt, när barn utan ADHD har en kort betänketid mellan impuls och handling. Alltså att de hinner tänka på vad som kan bli en följd av deras handling (Kadesjö, 2005).

Gillberg (2005) hävdar i kapitel 10 att forskning kring bakgrundsfaktorerna till ADHD visar att sextio till sjuttio procent är ärftlighet, tjuo till trettio procent är hjärnskada, men att flera fall inom båda grupperna har inslag av båda hjärnskada och ärftlighet. Tio till tjuo procent har en oklar orsak. Senare skriver han att ADHD för det mesta orsakas av ärftliga faktorer och att en nära släkting har haft liknande problematik i fyrtio till sjuttio procent av fallen. Gillberg menar att studier av tvillingar och adoptioner visar att den ärftliga faktorn är av betydelse i många av fallen. Orsaken till hjärnskadan uppkommer oftast under fosterstadiet, och kan då bero på sjukdom hos mamman, såsom diabetes, hjärt- och njursjukdom, medicinering och missbruk. Hög användning av alkohol och rökning är de mest centrala, tänkbara skadefaktorerna. Även mycket förtidig födsel och graviditetsförgiftning kan ge upphov till hjärnskador som leder till ADHD, det är numera en viktig riskfaktor. Han skriver vidare att psykosociala faktorer inte kan ligga till grund för den primära svårigheten, däremot verkar de

ha mycket stor betydelse, ofta avgörande, för utvecklingen av sekundära problem såsom social anpassning. Med sekundära problem menar Gillberg, läs- och skrivsvårigheter, depression och sociala beteendestörningar.

Kadesjö (2005) skriver att vi, för att förstå de bakomliggande problemen hos barn med koncentrationssvårigheter, måste ha kunskaper om hur både psykologiska och biologiska faktorer spelar in, även hur de samverkar. Detta för att det inte är särskilt ovanligt att barn med ADHD har en psykosocialt slitsam uppväxtsituation. Han tycker att man ofta för snabbt går in i en diskussion om åtgärder istället för att försöka förstå vad som orsakat svårigheterna, vilket behövs för att kunna ge barnet rätt hjälp. Att sätta en diagnos, genom att identifiera specificerade symtom, ger en sammanfattning och förklaring av barnets svårigheter samt att det ger en tillhörighet till en grupp där de andra medlemmarna har liknande svårigheter (Kadesjö, 2005).

Gillberg (2005) säger att ADHD är en medicinsk diagnos och att den inte kan ställas utan medverkan av en läkare. För att kunna ställa en diagnos krävs det att tillräckligt med underlag tas fram. Detta ska innehålla undersökningar av läkare och psykolog, en läkarundersökning av barnet med neuropsykologisk undersökning och en neuropsykiatrisk bedömning, läkarundersökningen innefattar också en kroppsundersökning och en motorisk bedömning. Läkarsamtal med vårdnadshavaren används för att ta fram:

- En beskrivning av barnets aktuella beteende, anpassning och psykiska funktioner i övrigt
- En bild av hur barnet utvecklats fram till tidpunkten för undersökningen
- Uppgifter om sjukdom och traumatiska upplevelser av olika slag (Gillberg, 2005, s.107).

Detta kompletteras med frågeformulär om barnets beteende både i hemmet och i skolan. Även släkthistorien måste gås igenom i detalj, då Gillberg menar att det är ärftligt. En noggrann undersökning av detta är avgörande för att ge en rimlig förklaring om orsaken till problemet. Graviditet och förlossning gås igenom. Gillberg menar att detta räcker för att kunna ställa diagnosen.

4.3.2 Sociologiskt perspektiv

Eva Kärfve är docent i sociologi och universitetslektor i sociologi vid Lunds Universitet, samt legitimerad sjuksköterska (www.wikipedia.se).

Hjärnspöken (2001) som Kärfve gett ut är först och främst kritik riktad mot Gillberg och hans medarbetares forskning kring DAMP/ADHD begreppen. Kärfve ställer sig kritisk till Gillberg och forskare som kallar sig neuropsykiatriker. Denna vetenskap utgår från att sjukligheten, exempelvis ADHD, kommer ifrån människans biologi, såsom ärftlighet och hjärnskador. Den förklaringen utesluter miljöfaktorer som möjligt element till barnets svårigheter och beteende. Kärfve anser att ADHD inte bara är biologiskt betingat utan att också annat spelar in, exempelvis miljö och sociala faktorer. Kärfve hävdar att neuropsykiatri kan beskrivas som en psykiatri som tar för givet att mentala störningarna orsakas av och finns hos människan. Hon tycker att detta är en ytterst snäv form av psykiatri. Hon säger att neuropsykiatri arbetar efter följande grundpunkter:

- Medvetandet existerar i första hand som en biprodukt av hjärnans aktivitet.
- Mentala avvikelser härrör från störd hjärnfunktion.

- Analys av konkreta tilldragelser i hjärnan, snarare än av kroppsliga tankeprocesser, ger störst möjlighet att diagnostisera psykiatrisk sjukdom.
- Den mest effektiva behandlingen av psykiatrisk sjukdom åstadkoms genom modifiering av avvikande hjärnfunktioner (s.17).

Ytterligare en teori som Kärffe kritiserar Gillberg för är hjärnskadeteorin. Enligt Kärffe hävdar Gillberg att hyperaktivitet ligger som en dysfunktion i hjärnan, medan Kärffe själv hävdar att hyperaktivitet kan vara psykogen, vilket betyder att den kan framkallas av psyket i samspel med omgivningen. Kärffe säger att den hjälpteori till hyperaktivitetens uppkomst som Gillberg har utformat är uppbyggd på följande sätt: Barn med en skada på hjärnan, såsom ADHD, har även en tilläggsproblematik som gör dem mottagliga för depressioner och egentligen alla psykiska problem. Hon tycker att Gillberg med medarbetare inte kan skilja på de tillfällena där barn har ett psykiskt problem som grund med hyperaktivitet som följd och de som har hyperaktivitet som grundproblem.

Kärffe menar att det är svårt att få fram en procentsats av antalet barn med ADHD som stämmer, på grund av att undersökningar har gjorts på olika sätt och utifrån olika kriterier. Även symtombeskrivningarna skiljer sig åt. Hon menar att resultaten som kommit fram, i de studier som Gillberg genomfört, är tvivelaktiga. Mycket av Kärffes kritik mot Gillberg handlar om hans människosyn, som hon tycker är inskränkt. Hon menar att Gillberg med sina teorier och diagnoser sorterar in människor i fack utan möjlighet till förändring. Kärffe menar att enligt den biologiska synen bara finns två valmöjligheter på hur man sätter krav på barnen, antingen är de för låga eller för höga, detta i sin tur hindrar utvecklingen. Det vilseledande i detta är välvilligheten, i att inte ställa för höga krav, snarare bromsar barnets utveckling. Kärffe tycker istället att man ska anpassa kraven efter barnens förmåga och erfarenheter, då barnet har större möjlighet till utveckling. Diagnosen utvecklar ett testsamhälle som inte låter individen göra egna val. Hon undrar för vem och för vems intresse diagnosen ställs.

Kärffe ställer sig även kritisk till det diagnostiska material som används vid utredningen av ADHD. Dessa mäter bara beteende och ger inga orsaksförklaringar, utan är bara ett sätt att klassificera och förenkla. Symtomen som beskrivs i manualen används inte bara för att urskilja sjukdomar utan också personlighetsdrag, den sociala anpassningen och sorterar av psykosociala situationer. Orsaken till beteendeförändringen, enligt Kärffe, kan bero på flera olika saker. Fler nackdelar som Kärffe ser med Gillbergs forskning är att diagnosen ställs för att vuxna ska få förståelse för barnets svårigheter. Detta är enligt Kärffe typiskt för den neuropsykiatriska tolkningen.

4.3.3 Jämförelse mellan perspektiven

Kärffe skrev sin bok 2001, som en reaktion på Gillbergs första upplaga av sin bok *Ett barn i varje klass*. Gillberg har efter detta reviderat sin bok och gett ut den på nytt med nya infallsvinklar där det verkar som han har tagit hänsyn till Kärffes kritik. Även Kadesjö har omarbetat sin bok ett flertal gånger. Därför skulle man kunna säga att Kärffes bok är något inaktuell. Båda perspektiven tar upp svårigheten med att få fram en säker procentsats på antalet barn med ADHD. Detta på grund av att det används olika material och olika kriterier vid undersökningarna.

De tre har olika bakgrund vilket kan förklara deras olika perspektiv och synsätt på diagnostisering och ADHD. En stor skillnad är just att Gillberg och Kadesjö har ett medicinskt perspektiv där de är inriktade på neuropsykiatri och de biologiska orsakerna till

ADHD. Kärfe däremot har ett sociologiskt perspektiv, där hon tycker att man inte ska förblindas av de biologiska orsakerna, utan se till helheten och undersöka andra möjligheter till uppkomsten av ADHD, såsom miljöfaktorer och uppväxtmiljö. Kärfe tycker att dagens sätt att sätta diagnosen ADHD genom diagnosmanualer är för beteendestyrande och att de istället borde fokusera på de bakomliggande orsakerna vid utredningen. Hon menar att barn kan ha andra svårigheter än ADHD, trots att barnet uppvisar liknande symtom.

Både Gillberg och Kadesjö har genomfört egna studier för att ta reda på hur många barn i skolåldern som har ADHD och hur detta yttrar sig. Kärfe har inte gjort någon egen studie utan tar utgångspunkt i andras undersökningar för att kritisera Gillberg och Kadesjö. Kärfe är också mycket kritisk till den neuropsykiatriska forskningen över huvudtaget och menar att den på grund av sin inriktning på biologiska faktorer helt missar de miljöfaktorer som också kan ligga bakom. Kadesjö hävdar att primära koncentrationssvårigheter är biologiskt betingat men också att det finns något som heter sekundära koncentrationssvårigheter som beror på miljöfaktorer. Kärfe å sin sida hävdar att neuropsykiatri inte kan skilja på psykiska problem med hyperaktivitet som följd och när hyperaktiviteten är grundproblemet. Gillberg och Kadesjö ser ADHD som ett problem som ligger hos barnet och att det i vissa fall måste behandlas med medicin medan Kärfe tycker att problematiken ligger i barnets omgivning.

4.4 Skolans roll

Skolan har en viktig roll när det gäller elever i behov av särskilt stöd. Det är här de ska utvecklas och lära sig. Enligt Lpo 94 ska alla som arbetar i skolan uppmärksamma och hjälpa de elever som är i behov av särskilt stöd. Lärarna ska också i undervisningen utgå från varje elevs förutsättningar, behov och erfarenheter. I SOU 2000:19 går det att läsa att utgångspunkten för att hjälpa elever i behov av särskilt stöd krävs det att skolan skapar en god miljö för lärande, de hänvisar till miljörelaterat förhållningssätt. Eleverna vistas i klassrummet under lång tid det är därför viktigt att de trivs där. Gruppen storlek är av stor betydelse för hur miljön upplevs. Klasstorlekar har inte visat sig ha någon betydelse för att nå målen i skolan om det inte är under 15 stycken. Men det har visat sig ha stor betydelse för pedagogens och elevernas trivsel (SOU 2000:19).

4.4.1 Pedagogiska insatser och bemötande i relation till ADHD

Iglum (2006) tycker det är viktigt att när man som pedagog arbetar med människor så måste man själv fundera över vad man tycker är normalt respektive avvikande. Vi måste först svara på vad som är avvikande för att komma fram till vad vi anser var normalt, begreppen blir beroende av varandra. Vem är det som bestämmer var gränsen går för vad som är accepterat och inte. Vidare skriver hon att det som är avvikande ligger i betraktarens ögon. Iglum menar att vad som betraktas som normalt förändras genom tid, rum och situation. Hon menar att avvikelserna blir fler om vi väljer att inskränka gränsen för det som vi anser normalt, tillåtet och accepterat. Iglum skriver vidare att hur vi uppfattar andra beror på våra egna erfarenheter och vad vi själva har för attityd, norm och moralregler. Hon frågar sig ifall man kan säga att något är normalt när det gäller ett större antal individer i en grupp (Iglum, 2006).

Gillberg (2005) hävdar att det framförallt är i skolan som ADHD blir ett problem, i och med att barnet har svårt att anpassa sin aktivitetsnivå till uppgiften och svårigheter med att kontrollera sina impulser. Det är viktigt att skolhälsovården är väl fungerande eftersom att det ofta är dit man vänder sig när svårigheter hos barnet upptäcks. Pedagoger ska också kunna vända sig till skolhälsovården för att få råd och stöd för att kunna hjälpa barnet. Enligt Gillberg är det viktigt att skolan, både pedagoger och kamrater, är medveten om

problematiken kring ADHD för att kunna hjälpa barnet på bästa sätt. Han menar att dagens skola inte har tillräckligt med kunskap och erfarenhet för att kunna bemöta barn med ADHD på bästa sätt, och att detta är förödande för barnet. I och med detta försämras barnens självbild. Det bästa för barn med ADHD är enskild undervisning eller undervisning i liten grupp. Han motsätter sig dagens mål med inkludering för att detta inte är gynnsamt för barn med ADHD. Om det inte är möjligt med sådan anpassad undervisning är det viktigt att barnet placeras nära läraren, gärna något avskärmat för att förhindra att barnet påverkas av yttre stimuli, såsom som andra elever och inredning i klassrummet (Gillberg, 2005).

Enligt Hellström (2008 a) är det viktigt att det finns rådgivning och utbildning både för pedagoger och för föräldrar. Ju mer man som pedagog vet om ADHD desto bättre redo är man för att stödja barnet och dess utveckling. För att underlätta för barnen kan man använda sig av träning i interaktion med andra, sociala färdigheter, impulskontroll, planering, koncentration och minnesträning. När det gäller skolsituationen är det viktigt att strukturera dagen och att vara tydlig och förutsägbar samt att åskådliggöra arbetsuppgifterna. För pedagogen är det viktigt att man uttrycker sig korfattat och enkelt, det är även viktigt att man uttalar sina förväntningar på barnet samt att man sätter upp tydliga gränser och visar på konsekvenser. Läraren måste ha i åtanke att barnet har sämre uthållighet och ständigt är beroende av motivation och feedback. Andra åtgärder kan vara att viktig information och regler är tydligt formulerade och skrivna på tavlan eller på affischer i klassrummet.

Åtgärdsprogrammet (se bilaga 2) måste ständigt uppdateras, det kan också vara bra att göra en pedagogisk kartläggning för att ta reda på vad som utlöser problemsituationer (Hellström, 2008 a). Ett åtgärdsprogram är enligt SOU 2000:19 till för elever i behov av särskilt stöd. Åtgärdsprogrammet ska innehålla vilka åtgärder för vem, vad som ska göras och vem som har ansvaret, samt vilka mål som ska ha uppnåtts vid en uppföljning. Både elever och föräldrar ska samarbeta med skolan för att nå de uppsatta målen. Enligt Skolverket (2008) så har elevens och vårdnadshavarens delaktighet visat sig ha stor betydelse för utfallet av åtgärderna. När problemformulering och val av insatser beslutas i en dialog ger åtgärderna ett bättre resultat än när det sker utan elevens och vårdnadshavarnas deltagande. Vissa pedagoger finner att det känns fel att man talar om åtgärder för elever som är i behov av särskilt stöd. Vissa menar att det fungerar när svårigheterna är tydliga och det inte finns några känslor inblandade. Eftersom man inte kan bortse från de känslomässiga delarna, att utgår från en mall eller färdigt formulär blir svårt. En fördel är att elevens svårigheter beskrivs och det är bra med uppföljning och utvärdering som kommer med ett åtgärdsprogram menar vissa. Ger en bra struktur till elevvårdens arbete

Kadesjö (2005) menar att barn med ADHD och andra koncentrationssvårigheter behöver tydlighet och struktur för att underlätta inläringen. Barnen har svårigheter att hitta en lämplig aktivitetsnivå, den blir antingen för hög eller för låg, impulsiviteten gör att det blir svårt att lösa uppgifter då barnen har svårt att reda ut och reflektera över vad som är viktigt att förstå. Det finns många intryck kring inläringssituationer, såsom miljö och kamrater. Barn med uppmärksamhetssvårigheter störs av dessa svårigheter och får svårt att fokusera på det som ska göras. Därför måste uppgifter i skolan vara avgränsade, möjliga för barnen att överskåda och få respons på av pedagogen. Han tycker också att barnen behöver någon form av belöningsystem samt att uppgiften varken får vara för lätt eller för svår, utan den ska utgå från barnets förmåga. Pedagogiken ska utgå ifrån barnens aktiva deltagande. Kadesjö tycker också att det är viktigt att pedagogen hjälper barnen att bli medvetna om vad som stör inläringen, de behöver få tid att reflektera över hur de gjort för att färdigställa en uppgift. Det som anses svårast under dagen är de aktiviteter som inte är vuxenledda, exempelvis rasterna.

Dessa situationer är fyllda av stimuli och intryck som barnen själva måste ta ställning till och tolka, något som är mycket svårt för barn med ADHD (Kadesjö, 2005)

Kärfve (2001) menar att segregation inte är en lösning i skolan, istället tycker hon att man ska ställa sig frågan: varför inte alla barn klarar normalundervisningen och de uppsatta målen? Hon menar att man ska fokusera på det enskilda barnet istället för diagnosen. Det är för tidigt att sätta en diagnos på ett barn i sex-sjuårsåldern, på grund av att barnet inte är färdigutvecklat och anpassning från förskola till skola kan ta tid. Kärfve hävdar även att fokus i första hand borde ligga på utvecklingen av den pedagogiska miljön istället för på diagnosen.

4.4.2 Allmänt om elevhälsan

Begreppet hälsa definieras i SOU 2000:19 som ett helhetstänkande som innefattar mer än att man är frisk från sjukdomar. De menar att hälsa är ett välbefinnande fysiskt, psykiskt, känslomässigt och socialt, det måste individen få förståelse för och känna delaktighet i. Rektorn har ansvaret att se till så att elevvårdsverksamheten utformas så att de elever som är i behov av särskilt stöd får det och den hjälp som de behöver (Lpo 94). Processen mot att fastställa en diagnos börjar med att skolan anordnar en elevhälsokonferens, här medverkar föräldrar och skolans företrädare i form av pedagog och experter. På konferensen diskuteras det om elevens utveckling och vad skolan har för resurser och möjligheter att hjälpa eleven eftersom denna inte uppfyller kraven. Om skolan tycker att barnet ska genomgå till exempel en neuropsykiatrisk undersökning måste föräldrarna godkänna detta vid elevvårdskonferensen.

Enligt Hjärne och Säljö (2008) är elevhälsan ett centralt organ i den svenska skolan. Förr i tiden handlade elevhälsa om fysisk hälsa, till exempel att förhindra att eleverna skulle bli undernärda eller att de skulle få vitaminbrist. De verkade också för att motverka hygienbrist. Nu för tiden har begreppet ohälsa förflyttats till olika typer av relationer, psykosociala och pedagogiska problem. Hjärne och Säljö menar att det har att göra med välfärdssamhällets utveckling, men denna utveckling drabbar inte bara skolbarn utan hela befolkningen i allmänhet. Elevhälsoteamets uppgift är att bearbeta, analysera och att fastställa elevhälsoproblem. Enligt Hjärne och Säljö består elevhälsoteamet av representanter från olika professioner, och dessa är: fritidspedagog, förskolpedagog, pedagog, rektor och/eller biträdande rektor, skolkurator, skolpsykolog, skolsköterska, socialsekreterare, specialpedagog, syokonsulent samt talpedagog. Dessa uppräknade är de yrkesgrupper som kan ingå i ett elevhälsoteam men ingen skola har hela denna sammansättning. Författarna poängterar dock att teamens sammansättning kan variera något på grund av lokala förhållanden och skolans storlek, men vanligtvis består de av fem till sex personer. De som ingår är då vanligtvis rektor, skolpsykolog, skolsköterska och specialpedagog och någon eller några från de övriga yrkesgrupperna. Hjärne och Säljö hävdar att tanken med ett elevhälsoteams olika företrädare är att man ska kunna se elevens problem utifrån olika perspektiv, det är rektorn på skolan som sedan tar det slutgiltiga beslutet i elevvårdsutredningen. Det är rektorns skyldighet att arbeta med elevers hälsa i skolan, meningen med elevhälsan är att stärka elevens rätt (Hjärne och Säljö, 2008).

I SOU (2002:121) står det att arbetsprocessen beskrivs kort i fem steg: att uppmärksamma elever i behov av särskilt stöd, utreda, dokumentera, åtgärda samt att följa upp och utvärdera. Elevhälsoteamet träffas oftast varannan vecka då de diskuterar och analyserar elevers problem med att hantera de krav som skolan har. Hjärne och Säljö (2008) menar att själva processen går till så att någon i förväg har uppmärksammat en elev och talat om det för ordföranden, som kallar elevhälsoteamet till ett möte. Under mötet introduceras elevens bakgrund och

problem och elevens företrädare får säga sitt, har eleven varit uppe till diskussion tidigare räcker det med namnet för att diskussionen ska fortsätta. Det är rektor som beslutar om det ska bli någon utredning som ska gå vidare men det är föräldrarna som i sista hand beslutar om de vill att deras barn ska få remiss till andra instanser (Hjörne och Säljö, 2008). Enligt SOU 2000:19 har det skett en ökning av psykosociala och psykomatiska problem och det medför att det ställs högre krav på elevhälsans kompetens. Ökningen har att göra med det omgivande samhällets och skolans ökade krav på eleverna.

4.4.3 Kritik mot elevhälsan

Hjörne och Säljö (2008) menar att de elever som inte kan leva upp till förväntningar som skolan har, marginaliseras och orsaken till detta är olika men gemensamt för dem är att dessa elever inte passar in i ett "vanligt" klassrum. Vad som betecknas som normalt beteende hos elever bestäms av elevhälsoteamets samtal och möten eftersom de har de utredningsmaterial som de tycker är relevanta. Det blir då skolans uppgift att fördela möjligheterna till dem som de anser vara normala och passa in.

Hjörne och Säljö beskriver de kriterier som används av elevhälsan för att bestämma vilka elever som är i behov av särskilt stöd: elever med inlärningssvårigheter av olika slag, elever med funktionsnedsättningar, elever från socialt och på andra sätt utsatta miljöer, elever som utsätts för misshandel, elever som är utagerande och aggressiva, elever som är tysta och passiva, elever med neuropsykiatriska tillstånd, elever som skolkar, elever som har svårigheter att anpassa sig till formerna för undervisningen. Hjörne och Säljö menar att dessa elever har problem ur ett individperspektiv men skolan gör det till ett skolproblem hos eleven. Författarna säger vidare att förutsättningen för elevhälsoteamets möten är att problemet ligger hos eleven som har svårigheter att klara av skolans förväntningar. Författarna säger också att problemen och svårigheterna redan finns när de ska behandlas av elevhälsoteamet, och det är vad experterna har att förhålla sig till. Skolan och undervisningen har gjort vad de kunnat men det är barnen som har problem. Det har då enligt Hjörne och Säljö blivit ett elevproblem istället för skolproblem. De menar att elevhälsoteamets möten präglas av en egen kultur där samtal om barns skolsvårigheter produceras och används. Det är här skolans kunskaper om barns svårigheter dryftas och utvecklas, tyvärr finns det risk att man individualiserar problemet. Författarna menar att de kategorierna som experterna använder för att beskriva elevens svårigheter är negativa och skapar framställningar av en elev som inte kan leva upp till förväntningarna i skolan. Att inte eleven kan det beror för det mest på konstitutionella skäl. Det finns två aspekter av elevproblem. Dels de svårigheter som skolan själva skapar genom sin undervisning och hur verksamheten utformas, dels de problem som enskilda elever har som de fått genom andra omständigheter (Hjörne och Säljö, 2008).

5. Resultatredovisning

Nedan kommer vi att redovisa de tre intervjuer vi gjort, jämföra dem med litteraturgenomgången och jämföra dem med varandra.

5.1 Jämförelse mellan intervju 1 och litteratur

1. Hur beskrivs symtomen vid ADHD?

Carola säger att skolan utgår från kriterier som är uppställda av BUP och Sjukvårdsrådgivningen för att beskriva ADHD. Sjukvårdsrådgivningens kriterier är: Svårigheter med att upprätthålla uppmärksamheten, kontrollera impulser och hitta en aktivitetsnivå som är lagom för en specifik situation (www.sjukvardsradgivningen.se). Carolas egen tolkning är att barn med ADHD har svårt med interaktion och samspel. Hon tycker sig se en ökning av barn med svårigheter som ADHD. Det tror hon är på grund av att människor mår sämre idag än de gjorde för några år sedan. Skolan speglar samhället och eleverna tar efter sina föräldrar. Hjärne och Säljö menar att det har att göra med samhällets utveckling från att ohälsa handlade om till exempel undernäring och vitaminbrist till att man i välfärdssamhället har problem som är psykosociala och relationsmässiga. I teorigenomgången har vi inte funnit några fakta om att det faktiskt skulle ha blivit en ökning av barn med diagnosen ADHD och liknande svårigheter. Varje fall är olika eftersom ADHD kan yttra sig på flera olika sätt. Svårigheterna vid ADHD kan se väldigt olika ut och variera mellan personer och perioder hos en individ (Hellström, 2008b).

Carola upplever att det är fler pojkar än flickor som uppvisar problematiken och har en diagnos. Hon menar att pojkar är mer utåtagerande och lättare uppmärksammas än flickor med problematiken. Vi har funnit samma resultat bland flera, exempelvis Gillberg (2005) hävdar att flickor med ADHD har svårigheter som inte märks lika tydligt som hos pojkar. Han menar att det har att göra med att de har olika uttryckssätt. Det är enligt honom också fler antal pojkar som har neuropsykologiska problem än flickor. Carola berättar att hon brukar ha samtal med flickgrupper på skolan, där konflikter har uppstått på grund av att det är samma tjej som är orsak till problemet. Flickor med ADHD missförstår och kan inte läsa av sina kamrater enligt Carola. Vi har funnit samma i vår genomgång där Iglum (2006) hävdar att flickor med ADHD har en problematik som innebär ett socialt hinder och gör att de ofta får en låg status och blir avvisade av andra flickor. Vidare skriver hon att medan pojkar hamnar i slagsmål så argumenterar och opponerar sig flickorna istället

2. Hur går utredningen till från upptäckt till att diagnosen ställs?

Carola säger att det börjar med att pedagogen tar upp svårigheterna med föräldrarna på ett utvecklingssamtal och upprättar ett åtgärdsprogram. Det kan även vara så att föräldrarna upptäcker problemet först. Om föräldrarna tillåter görs en anmälan till EHT. Under en period observerar Carola och specialpedagog eleven i klassen. Samma resultat har vi funnit i Beckman m.fl. (2004) som hävdar att diagnosen ADHD bygger på olika observationer och beskrivningar av barnet och hur det passar in i sin omgivning. Specialpedagogen gör ett WISC- test sedan bedömer EHT hur utredningen ska gå vidare. Om eleven ska remitteras vidare till BUP bestämmer föräldrarna som kallas till ett EHK. Enligt Fernell (2008) görs utredningen inom skolan vid en EHK där föräldrarna medverkar. Ett test prövar elevens olika förmågor, exempelvis att planera, abstrakt tänkande, minnesfunktionerna och uppmärksamhet, efter det presenteras resultaten för föräldrarna. Man diskuterar hur man ska gå vidare och det upprättas ett åtgärdsprogram med hjälp av skolans psykolog, som gör en bedömning av barnet. I de fall föräldrarna godkänner det och det behövs, skickas en remiss till BUP eller barn- och ungdomsklinik på sjukhuset.

3. För vem ställs diagnosen?

Carola säger att situationen för eleven inte förändras med eller utan diagnos av skolans personal. Däremot kan det vara en lättnad för föräldrarna, som ofta tar på sig skulden för barnets beteende. Diagnosen kan också ge orsaksförklaringar till föräldrarna till de andra barnen i klassen. Det kan vara bra för vissa föräldrar att få mera kunskap om barnets problematik. Tideman, Rosenqvist, Lansheim, Ranagården och Jacobsson (2004) redovisar i sin intervjustudie att flera föräldrar upplever att de lättare får stöd och hjälp för sina barn med en diagnos, när det gäller specialpedagogik eftersom resurserna är så begränsade.

4. Vilka konsekvenser får diagnosen för det pedagogiska arbetet i klassen och för eleven?

Konsekvenserna enligt Carola blir att man som pedagog hela tiden måste ligga steget före. Eftersom elever med ADHD och liknande svårigheter måste ha struktur och rutiner i sin skolgång menar hon att det krävs planering. Det krävs att eleven har en bestämd plats i klassrummet och att det är ständig föräldrakontakt, så de kan påminna barnet om läxor och liknande. Vid utflykter och liknande krävs det att eleven förbereds så man kan undvika impulsstyrda handlingar. I vår teorigenomgång hittar vi det samma, Hellström (2008 a) menar att desto mer man som pedagog vet om ADHD desto bättre redo är man för att stödja barnet och dess utveckling. För att underlätta för barnen kan man använda sig av träning i interaktion med andra, sociala färdigheter, impuls kontroll, planering, koncentration och minne träning. Vidare säger samma författare att när det gäller skolsituationen är det viktigt att strukturera dagen och att vara tydlig och förutsägbar samt att åskådliggöra arbetsuppgifterna. Pedagogen måste ha i åtanke att barnet har sämre uthållighet och ständigt är beroende av motivation och feedback. Även miljön är viktig för barnet enligt Hellström (2008 a). Placering nära läraren, avgränsad plats, ta bort onödig stimuli är några av de åtgärder som kan förbättra barnets inlärningsproblem. Andra åtgärder kan vara att viktig information och regler är tydligt formulerade och skrivna på tavlan eller på affischer i klassrummet.

Carola hävdar att det inte sker någon exkludering på skolan. De vill undvika specialgrupper där eleven tas ut ur klassrummet, det har att göra med inkluderingslagen. Vi har inte funnit någon information om inkluderingslagen, däremot finns det rekommendationer som Skolverket har gett ut, som indikerar på att det inte ska förekomma särskilda undervisningsgrupper. Skolverket rekommenderar att skolan ska sträva efter att eleven inte ska tas ut ur den grupp eller klass som den tillhör. En undervisning utanför sin ordinarie klass eller grupp inverkar på elevens vardagliga kamratumgänge. Skolverket menar enligt 5 kap. 5 § grundskoleförordningen att vid eventuell placering i en enskild grupp så är det placeringens varaktighet som är den avgörande. Men att eleven arbetar tillfälligt eller vid enstaka tillfällen utanför klassen innebär inte en placering i en särskild undervisningsgrupp. På Carolas skola finns ett rum som kallas för "Oasen" dit elever kan gå för att få lugn och ro och extra hjälp av pedagoger. Enligt Hjärne och Säljö (2008) finns det lösningar för elever med svårigheter genom olika former av särskilda undervisningsgrupper, det beror på var man befinner sig i landet, exempel är "Oasen", "Paradiset", "ADHD-grupp". Författarna menar att dessa har i uppdrag att ta hand om de elever som inte passar in i det vanliga klassrummet.

5.2 Jämförelse mellan intervju 2 och litteratur

1. Hur beskrivs symtomen vid ADHD?

Sara beskriver ADHD som en beteendediagnos med en problematik som innefattar koncentrationssvårigheter, problem med de exekutiva funktionerna, uppmärksamhetssvårigheter och motorikproblem, det kan vara med eller utan hyperaktivitet. Vi har funnit samma resultat i vår teorigenomgång där Hellström (2008 b) hävdar att svårigheterna vid ADHD kan förklaras som en brist i de exekutiva funktionerna. De exekutiva funktionerna ansvarar för impulsreglering, planering, organisation och samordning. Idag anses det att barn med ADHD har karakteristiska svårigheter i de exekutiva funktionerna enligt Socialstyrelsen (2002). Barnen har svårt att anpassa sin aktivitetsnivå till de gällande kraven i situationen. I och med detta blir det istället tal om både över- och underaktivitet (Socialstyrelsen, 2002).

Sara säger vidare att kriterierna för diagnosen finns i en manual som läkare följer för att kunna ställa diagnosen. I denna finns angivelser för hur länge symtomen ska ha funnits. Vår teorigenomgång visar att den manual som används av svenska läkare är DSM-IV (se bilaga 3). Sara anser att det finns betydligt fler pojkar som har en ställd diagnos på grund av att de i större utsträckning visar de typiska dragen. Flickor är inte lika utåtagerande, vilket vår teorigenomgång har visat. Sara menar att antalet ADHD-diagnoser har ökat i Göteborg, jämfört med resten av Sverige för att Gillberg har sitt säte här. Detta har vi dock inte funnit några bevis för i vår teorigenomgång.

Sara ställer sig kritisk till att ADHD bara skulle ha biologiska orsaker. Det finns idag många barn som har en bristfällig uppväxtmiljö, och hon tror att detta kan vara en bidragande orsak till att problematiken har ökat. Sara tror inte heller att man idag tar så stor hänsyn till sociala orsaksfaktorer. Detta är en ståndpunkt hon delar med Kärfve som arbetar utifrån ett sociologiskt perspektiv. Det perspektivet innebär utifrån vår teorigenomgång att man utgår från att miljöfaktorer bidrar till barns svårigheter. Kärfve (2001) menar att problematiken inte bara orsakas och finns hos människan utan att uppväxtmiljö och sociala faktorer är av stor betydelse vid utredning av ADHD. Vi har även funnit i Beckman m.fl. (2004) att om barnet är i en miljö som är socialt utsatt så blir effekterna av ADHD mer uttalad, han räknar även in vilken miljö barnet kommer ifrån. Beckman & Fernell (2004) menar att de typiska symtomen finns hos många barn på grund av dålig uppväxtmiljö eller någon kroppslig sjukdom. Sara spekulerar om flera orsaksfaktorer såsom förtidig födsel och miljöfaktorer. Detta tas även upp i vår teorigenomgång som möjliga orsaksfaktorer Dahlström (2008) menar att förlossningsskador, påfrestningar på barnet under graviditet eller i spädbarnsåldern kan vara bidragande faktorer till ADHD.

2. Hur går utredningen till från upptäckt till att diagnosen ställts?

Enligt Sara kan en utredning börja med att antingen pedagogen slår larm till EHT, eller att föräldrarna själva tar kontakt med läkare som i sin tur kontaktar EHT. Pedagogen tar i första hand kontakt med elevens föräldrar för att upprätta ett åtgärdsprogram. Enligt Fernell (2008) görs en mer noggrann utredning oftast inom skolan vid en EHK där också föräldrarna medverkar. Efter detta möte upprättas ett åtgärdsprogram med hjälp av skolans psykolog, som gör en bedömning av barnet. Om föräldrarna vill gå vidare tar pedagogen upp det till EHT. Vi har i vår litteraturgenomgång benämnt vilka som ingår i ett EHT och det är enligt Hjärne och Säljö (2008) vanligtvis rektor, skolpsykolog, skolsköterska och specialpedagog i vissa fall även kurator, skolläkare och pedagog. Sammansättningen kan variera något beroende på var man befinner sig i landet. Sara säger att de på EHT pratar om vilka svårigheter eleven har och hur de ska gå vidare. Sara får göra ett begåvningsstest på eleven. Enligt Fernell (2008) prövar testet barnets olika förmågor exempelvis att planera, abstrakt tänkande, minnesfunktionerna och uppmärksamhet. Baserat på detta test och ett intervjuformulär som föräldrarna får fylla i,

tar läkaren, i samråd med föräldrarna, beslut om eleven ska få en remiss till BUP. BUP är de som slutligen avgör om eleven ska gå vidare i utredningen. Sara påpekar att det inte finns någon behandling, förutom medicinering, av ADHD. Den behandling vi har funnit förutom medicinering i vår litteraturgenomgång är pedagogiska åtgärder men dessa är oftast redan tillsatta innan det ens görs någon utredning. Gillberg (2005) menar att i och med att det inte finns något bot för ADHD så ska man tala om habilitering och åtgärder istället för behandling. Han menar att få diagnosen ingår i behandlingen då den ökar förståelsen hos barnet och dess omgivning.

3. För vem ställs diagnosen?

Sara tror att en diagnos kan vara bra för barn, men framförallt för föräldrar. Vissa känner sig tryggare med att få en diagnos i och med att de då får reda på vad det beror på. De behöver inte känna någon skuld i att deras barn är annorlunda. Några föräldrar tycker att det är bra för då kan deras barn få mer hjälp. Däremot finns det andra föräldrar som inte är intresserade av en diagnos. De menar att det är fortfarande samma barn som innan med eller utan diagnos och tycker att det räcker med skolans åtgärder. Hjørne och Säljö säger att i en fallstudie de har gjort, kände föräldrarna att de fick en bättre kontakt med skolans personal och att barnet fick bättre hjälp i form av speciella åtgärder som ska gynna eleven.

4. Vilka konsekvenser får diagnosen för det pedagogiska arbetet i klassen och för eleven med diagnosen?

Sara säger att efter att diagnosen är ställd är det skolan som får ta hand om eleverna. Det hör inte till vanligheten att pedagoger får gå på utbildning bara för att de fått en elev med diagnos i klassen. Sara säger att pedagogerna redan innan eleven fått sin diagnos har satt in olika åtgärder för att hjälpa barnet. Det är vanligt att pedagogerna själva söker information om de vill veta mer om den särskilda diagnosen, om de inte redan har tidigare erfarenheter av elever med ADHD. Enligt Gillberg (2005) är det viktigt att skolan, både pedagoger och kamrater, är medveten om problematiken kring ADHD för att kunna hjälpa barnet på bästa sätt. Sara säger att pedagogerna också kan få stöd och handledning av skolpsykolog, specialpedagog och Specialpedagogiska skolmyndigheten¹. Fernell (2008) menar att det är viktigt att skolhälsovården är väl fungerande eftersom att det ofta är dit man vänder sig när svårigheter hos barnet upptäcks. Pedagoger ska också kunna vända sig till skolhälsovården för att få råd och stöd för att kunna hjälpa barnet. Det är viktigt att det finns rådgivning och utbildning både för pedagoger och för föräldrar. Desto mer man som pedagog vet om ADHD desto bättre redo är man för att stödja barnet och dess utveckling.

5.3 Jämförelse mellan intervju 3 och litteratur

1. Hur beskrivs symtomen vid ADHD?

¹ Specialpedagogiska skolmyndigheten har som huvudsyfte att ge alla möjlighet att nå målen med sin utbildning. Det gör de genom att bidra med läromedel och att driva specialgrupper för vissa elever med specialpedagogiskt utgångsläge.

Johan menar att om man ska beskriva symtomen utifrån ett skolperspektiv är det okoncentration, hyperaktivitet och uppmärksamhetsstörning. Barn med ADHD har enligt Hellström (2008 b) stora problem med att reglera och kontrollera sin aktivitetsnivå, uppmärksamheten, hindra reaktionen på impulser och stimuli och bevara sin koncentration. Han säger att på hans skola är de inte intresserade av att få diagnoser ställda. Men visst finns det elever som uppfyller kriterierna, pedagogerna som både har erfarenhet och kunskap om ämnet skulle kunna ställa en diagnos. Istället använder de kunskap och erfarenhet till att hjälpa elever som har svårigheter.

Johan menar att det är fler pojkar än flickor som uppvisar svårigheterna eller har diagnosen ADHD. Däremot tror han att det beror på att de inte har så stor kunskap om flickor med ADHD, pojkarna är lättare att upptäcka eftersom de är mera utåtagerande. I vår teorigenomgång hittar vi samma resultat. Enligt Socialstyrelsen (2002) beror det på att de beteendemässiga skillnaderna mellan könen, kan ses som en orsak till att fler pojkar har en diagnos. I och med att flickors hyperaktivitet inte är lika tydlig, och att de snarare har svårigheter med uppmärksamheten, något som för det mesta blir uppenbart i samband med skolstart, så får de inte lika ofta en diagnos som pojkar. Johan tror att hos de flickor med självskadesymtom finns ADHD symtom inblandat. I vår litteraturgenomgång menar Sjukvårdsrådgivningen att hos pojkarna är det vanligare att ADHD tar sig i uttryck som störande beteende som påverkar omgivningen, medan flickor ofta är mer inåtvända med problem som dålig självkänsla och depression. Men Johan menar att flickorna börjar ta mera plats och efterlikna pojkarnas beteende vilket han tror beror på att könsrollerna håller på att raderas ut mer och mer. Vidare säger Johan att ADHD problematiken ofta ligger i sociala faktorer inverkan. Det är viktigt att se eleverna ur ett helhetsperspektiv. Ibland kan det vara familjeförhållanden som är dåliga och istället för att föräldrarna inte tar sitt ansvar sätts det en diagnos. Kärffe (2001) är inne på samma spår och menar det är viktigt att inte bara ta hänsyn till biologiska faktorer utan att sociala faktorer och uppväxtmiljö spelar in vid ADHD.

2. Hur går utredningen till från upptäckt till att diagnosen ställts?

Skolan har en elevhälsoplan som steg för steg beskriver hur en utredning ska gå till. Oftast är det pedagogen som upptäcker att en elev har svårigheter med koncentration och/eller hyperaktivitet, då vänder den sig till övriga i arbetslaget först och främst. Föräldrarna informeras på ett utvecklingssamtal och tillsammans upprättar de ett åtgärdsprogram. Ett åtgärdsprogram är enligt Johan det första steget i en utredning. Föräldrar och skolans personal träffas i ett EHK och diskuterar elevens svårigheter. Vi har funnit samma sak i vår litteraturgenomgång, Fernell (2008) menar att processen mot att fastställa en diagnos börjar med att skolan anordnar en elevhälsokonferens, här medverkar föräldrar och skolans företrädare i form av pedagog och experter. På konferensen diskuteras det om elevens utveckling och vad skolan har för resurser och möjligheter att hjälpa eleven eftersom denna inte uppfyller kraven. Om skolan tycker att barnet ska genomgå till exempel en neuropsykiatrisk undersökning måste föräldrarna godkänna detta vid elevvårdskonferensen. Efter EHK görs en anmälan till EHT. Johan har olika begåvningsstester som han utför och i samråd med skolpsykolog och EHT beslutar de hur man ska gå vidare. Det varierar vart ärendet remitteras beroende på elevens behov. Vanligtvis är det EfUS, Ågrenska, BUP eller BNK som får ta hand om ärendet. I slutändan är det föräldrarna som bestämmer om de vill att barnet ska få en diagnos. Fernell (2008) menar att efter EHT beslutat, informeras föräldrar och man diskuterar hur man ska gå vidare. I de fall föräldrarna godkänner det, och det behövs, så remitteras barnet till andra instanser, till exempel barn- och ungdomspsykiatri (BUP) eller barn- och ungdomsklinik på sjukhus. Det är olika var utredningarna sker runt om i landet.

3. För vem ställs diagnosen?

Som har framgått av intervjun har Johan och hans kollegor inget större intresse av att få en diagnos ställd. Han har inget direkt svar på för vem en diagnos ställs för, men tror att det är bra för vissa föräldrar som slipper känna skuld. Johan tycker att föräldrarna däremot borde känna skuld. Det är viktigt att se eleven ur ett helhetsperspektiv och då är det viktigt att omgivningen samarbetar. I vår litteraturgenomgång har vi funnit att varje elev har ett IUP som berättar om elevens skolgång både socialt och kunskapsmässigt. En IUP är enligt SOU 2000:19 en skriftlig dokumentation som är individuell och en beskrivning av elevens skolgång, lärande och egna tankar, den uppdateras i samband med utvecklingssamtal. Den innehåller de insatser som skolan, eleven och föräldrarna ska ansvara för. Om det finns ett eller ska upprättas ett åtgärdsprogram ska det också finnas med i utvecklingsplanen. Johan påpekar även att det är viktigt att eleven bemöts på samma sätt som innan en eventuell diagnos är ställd.

4. Vilka konsekvenser får diagnosen för det pedagogiska arbetet i klassen och för eleven med diagnosen?

Johan tycker inte att en diagnos ska få några konsekvenser för eleven, varken från klasskamrater eller från pedagog. Däremot kan en pedagog som får en elev med ADHD svårigheter fördjupa sig i ämnet för att på bästa sätt bemöta eleven. Johan själv kan handleda pedagoger om ämnet och de kan även få handledning utifrån av föreläsare och konsulenter. Detsamma har vi funnit i vår litteraturgenomgång där bland andra Hellström (2008 a) säger att desto mer man som pedagog vet om ADHD desto bättre redo är man för att stödja barnet och dess utveckling.

I sitt arbete som specialpedagog arbetar han i olika klasser ibland med enskilda elever och ibland i tillfälliga undervisningsgrupper. Det är dock inga fasta grupper utan varierar i och med inkluderingslagen. Vi har som sagt inte hittat någon inkluderingslag men däremot rekommendationer från skolverket som indikerar på att det inte ska förekomma särskilda undervisningsgrupper. Skolverket rekommenderar att skolan ska sträva efter att eleven inte ska tas ut ur den grupp eller klass som den tillhör. En undervisning utanför sin ordinarie klass eller grupp inverkar på elevens vardagliga kamratumgänge. Skolverket menar enligt 5 kap. 5 § grundskoleförordningen att vid eventuell placering i en enskild grupp så är det placeringens varaktighet som är den avgörande. Men att eleven arbetar tillfälligt eller vid enstaka tillfällen utanför klassen innebär inte en placering i en särskild undervisningsgrupp. BNK har kritiserat skolan för att de jobbar mot exkludering och menar att det är ett omodernt arbetssätt och att vissa behöver ha enskild undervisning. Detta tankesätt har vi funnit i Gillberg i vår teorigenomgång. Gillberg (2005) menar att det bästa för barn med ADHD är enskild undervisning eller undervisning i liten grupp. Han motsätter sig dagens mål med inkludering för att detta inte är gynnsamt för barn med ADHD.

5.4 Jämförelse mellan intervjuerna

När det gäller att beskriva utmärkande drag vid ADHD svarar både Johan och Sara att det är koncentrationssvårigheter, uppmärksamhetsstörning och hyperaktivitet. Carola svarar däremot

att hon upplever att det är svårigheter främst i det sociala samspelet med andra. Alla tre är överens om att det yttrar sig olika från individ till individ. Johan och Sara ser ut ett sociologiskt perspektiv där miljö och uppväxt är betydande faktorer för elevernas beteende och hur de mår i skolan. Johan och Sara menar att symtomen vid ADHD visar samma för de elever som har svåra hemförhållanden eller har det för tillfället. Även Carola säger att hur föräldrarna och samhället är speglar hur barnen mår både i skolan och hemma.

Alla tre är överens om att det är fler pojkar än flickor som har diagnosen ADHD eller liknande svårigheter. Det yttrar sig olika, pojkar är mer utåtagerande än flickorna och därmed lättare att upptäcka. Johan upplever man vet för lite om flickornas problematik och hur det yttrar sig. Dessutom har Carola erfarenheten att flickor med ADHD har lätt att missförstå sina kamrater och därmed får svårt med interaktionen med andra flickor.

Alla tre beskriver samma mönster från upptäckt till diagnos. Det börjar med att pedagogen slår larm, föräldrarna informeras och det upprättas ett åtgärdsprogram. Sedan görs en anmälan till EHT och de beslutar om ärendet ska gå vidare till antingen BUP, BNK eller Ågrenska. De poängterar att ingenting kan ske utan föräldrarnas medgivande. När vi frågar för vem en diagnos ställs svarar alla tre att det främst är för föräldrarnas skull. Det är bra för föräldrarna som får en förklaring till varför barnen betar sig som de gör. Föräldrarna slipper dessutom känna skuld. Diagnosen ger dem mer hjälp och de kan försvara sig inför andra i omgivningen. Både Sara och Johan hävdar att det ställs fler diagnoser i Göteborg än i övriga landet på grund av Gillbergs fäste i Göteborg. (Vi har tagit upp Gillberg i vår litteraturgenomgång, hans forskning har ett biologiskt perspektiv.)

När det gäller de pedagogiska konsekvenser som en diagnos medför är alla eniga om att det inte ska förändra synen på eleven, det är samma före som efter. Alla tre menar att det finns rådgivning och konsultation för pedagogerna om det behövs för bemötandet av elever med ADHD. Det kan de få internt på skolan eller med hjälp utifrån. Både Johan och Carola är eniga om att i och med inkluderingslagen ska ingen undervisning ske i en särskild grupp. Carola, Sara och Johan har olika befattningar och ingår i ett EHT, trots detta har de liknande syn och svar på de frågor vi har ställt

6. Slutdiskussion

Syftet med studien är att undersöka hur skolpersonal i elevhälsoteam för årskurs f-5 beskriver processen från upptäckt fram till att diagnosen ADHD ställs och vilka konsekvenser

diagnosen får i det pedagogiska arbetet i skolan. Det vi har fått fram från vår undersökning och litteraturgenomgång är att en diagnos både kan hjälpa och stjälpa elever. Utifrån detta och vår egen erfarenhet har vi insett att en diagnos endast beskriver ett antal symtom och inte berättar hur eleven är som person. Däremot kan en diagnos ändra ett barns självbild och omgivningens uppfattning av barnet. Enligt vissa författare i vår teorigenomgång, exempelvis Gillberg (2005), ska en diagnos bidra till att eleven och föräldrarna får mer stöd i skolan. Vår egen erfarenhet och det vi fått fram utifrån intervjuerna säger oss däremot att skolan har satt in pedagogiska åtgärder och upprättat åtgärdsprogram redan när svårigheterna upptäcktes. Det är viktigt att poängtera att det är vi som finns i barnens omgivning som har ansvaret för att se och bekräfta dem. Vi pedagoger, och föräldrar, ansvarar för att upptäcka barnens svårigheter för att kunna ge rätt stöd och hjälpa dem att klara sin skolgång.

Genom litteraturgenomgång och intervjuer får vi svar på våra fyra frågeställningar. Det som mest kommer att diskuteras i det här avsnittet är fråga 3: För vem ställs diagnosen? Och fråga 4: Vilka konsekvenser får diagnosen för det pedagogiska arbetet i klassen och för eleven med diagnos. Här kommer även andra saker att problematiseras.

Vad är det då som avgör om ett barn har svårigheter? Dels kan det vara att de har svårigheter med att uppnå målen. Dels är det vi som arbetar i skolan som dömer och bedömer barnen, beroende på vad vi anser vara normalt och avvikande. Först får man som pedagog själv bestämma vad man tycker är normalt för att komma fram till vad som avviker från det. Detta avgörs oftast utifrån våra tidigare erfarenheter, upplevelser och tankar. Lika viktigt är det att ha i åtanke att barn handlar utifrån samma premisser. I en klass med tjugofem elever har man också tjugofem olika individer med egna tankar kring normalt och avvikande. Iglum (2006) har liknande tankegångar och säger även hon att vad som är normalt ligger i betraktarens öga. De elever som har svårt att leva upp till de förväntningar som skolan har, får stora svårigheter att passa in i det ”normala” klassrummet. Enligt Hjärne och Säljö (2008) bestämmer elevhälsoteamet vad som betecknas som normalt beteende för en elev, på sin skola, under sina möten och samtal. De har sitt perspektiv och synsätt, detta påverkas av deras tidigare erfarenheter om vad som är normalt och avvikande. Vi tror dock att man kan bli ensidig i sitt tänkande i sin profession. Vi tror att det tyvärr kan bli så att man försöker få till diagnoser trots att det inte alltid behövs, man ser inte till helheten. Eleven kanske visar ADHD liknande symtom på grund av saker som händer i dess omgivning just då. Dessa symtom kanske bara finns under en viss period och sedan försvinner när eleven mår bättre. Och då sitter eleven där med en diagnos som är helt onödig och bestående, om inte en ny utredning görs.

Gillberg (2005) säger att ADHD symtom kan försvinna eller reduceras över tid. Beror detta då på att eleven har hamnat i en positiv och förstående miljö efter diagnosen, eller beror det på att krisen har gått över? Som vi sett i våra intervjuer finns det personer i EHT som hellre undviker diagnoser för att de tycker att dessa varken gör från eller till. De menar att skolan redan tidigt sätter in resurser och åtgärder för eleven med svårigheter. Medan andra gör tvärtom och vill ha en diagnos då de tycker att det är det bästa för barnet. Då vi ska sträva efter en skola för alla, där eleverna är integrerade i klassen oavsett svårigheter, så måste vi pedagoger kunna se alla elever. Enligt Lpo 94 ska undervisningen anpassas för varje individ och dess förutsättningar. Så om vi pedagoger följer vårt uppdrag så vore diagnosen ADHD ganska onödig. Dock kvarstår problemet med stora klasser och små resurser. Detta gör att det är mycket svårt att fullfölja uppdraget på bästa sätt, och förhoppningsvis det sättet som vi vill arbeta på. Vi tycker att i den optimala skolan skulle det vara små klasser, bra resurser och stor personaltäthet. Enligt en undersökning i SOU 2000:19 har det visat sig att en klassammansättning på mindre än femton elever har en positiv inverkan på inlärningen av

matematik och svenska. Det ökar också trivseln för elever och pedagoger. Pedagogerna har då lättare att uppmärksamma elever med svårigheter och har då större möjlighet att underlätta skolgången för eleven. Det blir då lättare att upptäcka flickornas problematik som inte syns lika lätt i en större grupp. Vi tror dock att detta arbetssätt inte bara gynnar de elever som har svårigheter utan alla elever. Vi tycker att det är viktigt att det är professionella pedagoger som arbetar efter insikten att det inte är eleven det är fel på. Det är viktigt att reflektera över sitt eget arbete och förhållningssätt till eleverna under tidens gång. Detta på grund av att de elever och klasser vi möter är olika från gång till gång. Därför är det angeläget att vi anpassar vår undervisning efter de elever som vi har just nu. Vi tycker också att det är viktigt att pedagogerna arbetar och lägger upp sin undervisning på så sätt att den gynnar alla, även elever utan svårigheter.

Enligt vår respondent Johan är det viktigt att ha en helhetssyn på barnen. Det som händer hemma speglas hos barnen i skolan. Därför är det viktigt att samverka mellan elev, pedagoger, föräldrar och ledning fungerar bra. Detta tar även Lpo 94 upp genom att säga att skolan och vårdnadshavare har ett gemensamt ansvar att skapa de bästa, möjliga, förutsättningarna för elevers lärande och utveckling. Uppdraget och ansvaret ligger mer och mer på skolan och dess personal eftersom barn tillbringar sin tid i skolan. I vår undersökning har alla tre respondenterna svarat att det är för föräldrarnas skull som en diagnos ställs. Det ger föräldrarna ett svar på varför barnen uppträder som de gör och ett svar till andra i omgivningen som undrar varför barnen beter sig på ett visst sätt. Föräldrarna kan ofta känna skuld och att det är deras fel vilket de vill slippa. I vissa fall kanske det vore bra att de gjorde det. Gillberg (2005) och Kärfve (2001) säger att symtomen kan minska eller försvinna helt om barnen är i en förstående och tillåtande miljö. Så om barnet har haft stora svårigheter innan diagnosen kan det bero på omgivningens oförståelse och då har ju föräldrarna skuld till barnens svårigheter. Det kan vara bra för pedagogerna i vissa fall att få en diagnos ställd för att de då kan inhämta kunskap så att de kan bemöta eleverna på bästa sätt. SOU 2000:19 ger dagens diagnoser kritik och menar att de bara bygger på frågor som svarar på hur barnet agerar och att det läggs för lite fokus på varför barnet agerar på ett visst sätt. De menar även att elevvården blir mer och mer beroende av barnpsykiatrins diagnoser.

Vi tycker att det är viktigt att elevhälsans uppgift blir att förklara bakgrunden till elevens svårigheter för pedagoger, föräldrar, skolkamraters föräldrar och övrig personal i barnens omgivning. Även SOU 2000:19 menar att elevhälsan ska vara en integrerad del i hela skolans verksamhet och att de inte ska ha en särskild uppgift vid sidan av. Det är viktigt att eleven ses ur ett helhetsperspektiv.

I vår undersökning får vi reda på hur man går till väga från att man upptäcker svårigheter hos en elev till att en diagnos ställs. Vi frågar även respondenterna vilka pedagogiska konsekvenser en diagnos innebär. Men vad händer efter att diagnosen är ställd för eleven och dess omgivning? Egentligen händer det inte så mycket enligt de intervjuer vi gjort. Pedagogerna och skolan har redan upprättat ett åtgärdsprogram och vidtagit andra pedagogiska åtgärder. Enligt alla respondenterna ska en diagnos inte förändra skolans syn på eleverna. Det gör att vi undrar vad för nytta ADHD-diagnosen har. Att hämta kunskap om olika svårigheter borde ligga i alla pedagogers intresse, det ska inte en diagnos behöva medföra.

Det finns inget som kan bota ADHD, utifrån vad vi vet idag, men det finns preparat som kan minska symtomen. När det gäller medicinering så är det inte många av de barn som blir diagnostiserad med ADHD som faktiskt blir medicinerade. Både Gillberg (2005) och Iglum (2006) talar om medicinering och beskriver vad den gör. Medicinen gör att barnen lättare kan

koncentrera sig och klarar på så sätt av skolan bättre. De doser som ges är så liten så det finns ingen risk för beroende. Barnen som blir medicinerade är också övervakade av läkare. Ändå kan vi tycka att det är en drastisk metod att ge barn medicin för att ändra ett beteende som, enligt ovanstående författare och även andra, kan minska och försvinna tack vare en förstående omgivning. Det vi kan undra över är hur det kan vara rättfärdigt att ge barn preparat, som amfetamin, som är olagliga och ger de som missbrukar det stora problem. Två av respondenterna pratar om medicinering och säger att medicin kan vara bra för de elever som har så stora problem med sin ADHD att de måste medicineras för att kunna fungera normalt. Dock gäller detta ett fåtal elever. Om det är så att en elev behöver medicin för att kunna fungera i vardagen så hoppas vi att skolan redan prövat alla tänkbara metoder för att hjälpa eleven. Vi skulle gärna se att det i framtiden finns alternativ och att medicinering helt undviks.

Enligt SOU 2000:19 finns det bråkiga, besvärliga, skrikiga och högljudda elever, de är nästan ingen vuxen som orkar med dem, men de måste finnas vuxna som visar dem alternativ till beteendet. I en skola för alla måste skolan erbjuda dessa elever professionella pedagoger som arbetar efter insikten att det inte är eleverna det är fel på. Alla som går i skolan behöver stöd för sitt lärande. Vissa behöver mer stöd än andra och har enligt lag rätt till det. Detta stöd grundas på en bedömning av det behov som föreligger. Utifrån ett miljörelaterat tankesätt är behoven olika för olika elever och det beror på vilket bemötande, situation och ämne det gäller.

Som avslutning till denna studie väljer vi att använda samma mening som finns i inledningen. Detta för att vi tycker att elever ska få en likvärdig utbildning oavsett svårigheter. Det är även viktigt för oss att pedagoger har med sig detta när de arbetar. Enligt Lpo 94 ska skolan ta hänsyn och anpassa undervisningen till elevers olika behov och förutsättningar, de har också ett ansvar för de elever som på grund av olika anledningar har problem med att nå målen i undervisningen.

7. Referenslista

Referenserna är satta under rubriker beroende på var vi har tagit dem ifrån.

7.1 Litteratur

- Beckman, Vanna (i red.), Eriksson, Elias, Fernell, Elisabeth, Heilig, Markus, Hellström, Agneta, Beckman m.fl., Martin, Kadesjö, Björn, Levander, Sten och Rasmussen, Kirsten. (2004). *ADHD/DAMP – En uppdatering*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlström, Kerstin. (2008). *Neuropsykiatriska funktionshinder*. Faktablad 1:1, utgivet av Riksförbundet Attention i oktober 2008.
- Fernell, Elisabeth. (2004). *Medicinsk behandling vid ADHD*. Faktablad 2:3, utgivet av Riksförbundet Attention i januari 2004.
- Fernell, Elisabeth. (2008). *Utredning vid misstanke om utvecklingsavvikelser hos barn och ungdomar*. Faktablad 1:3, utgivet av Riksförbundet Attention i oktober 2008.
- Gillberg, Christopher. (2005). *Ett barn i varje klass om ADHD och DAMP*. Stockholm: Cura
- Hellström, Agneta. (2008 a). *Barn/elever med ADHD – Några råd till pedagoger*. Faktablad 2:3, utgivet av Riksförbundet Attention i september 2008.
- Hellström, Agneta. (2008 b). *Vad är ADHD?* Faktablad 2:1, utgivet av Riksförbundet Attention i september 2008.
- Hjärne, Eva och Säljö, Roger. (2008). *Att platsa i en skola för alla. Elevhälsa och förhandling om normalitet i den svenska skolan*. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.
- Iglum Rönhovde, Lisbeth. (2006). *Om de bara kunde skärpa sig!: om barn och ungdomar med DAMP/MBD, AD/HD och Tourettes syndrom*. Lund: Studentlitteratur.
- Kadesjö, Björn. (2005). *Barn med koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber.
- Kärfve, Eva. (2001). *Hjärnspöken. DAMP och hotet mot folkhälsan*. Eslöv: Brutus Östlings Bokförlag Symposion AB.
- Skolverkets Allmänna råd. 2008. *Allmänna råd för arbete med åtgärdsprogram*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2000:19. *Från dubbla spår till elevhälsa i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Socialstyrelsen. 2002. *ADHD hos barn och vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Tideman, Magnus, Rosenqvist, Jerry, Ranagård, Lisbeth och Jacobsson, Katharina. (2004). *Den stora utmaningen: om att se olikhet som resurs i skolan: en studie om "elever i behov av särskilt stöd" och definitionen av normalitet och avvikelse i skolan*. Halmstad: Halmstad Tryckeri AB.
- Utbildningsdepartementet. (1994). *Läroplan för det obligatoriska skolväsendet och de frivilliga skolformerna. Lpo 94*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

7.2 Internetadresser

Utbildningsdepartementet, ändrad 2008. *Svensk författningssamling. Skollagen*.
Hämtat den 21 november 2008, från
http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&dok_id=SFS1985:1100&rm=1985&bet=1985:1100

Christopher Gillberg
Hämtat 26 november 2008, från
http://sv.wikipedia.org/wiki/Christopher_Gillberg

Eva Kärfve
Hämtat 26 november 2008, från
http://sv.wikipedia.org/wiki/Eva_K%C3%A4rfve

Kadesjö, Björn. (2008). *ADHD/Översikt*
Hämtat 8 december 2008, från
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/allakapitel.asp?CategoryID=26790&AllChap=True>

Redaktör Maria Bellinder, senast uppdaterad 2008-08-27. *Välkommen till EfUS*.
Hämtat 12 december 2008, från
<http://www5.goteborg.se/prod/linnestaden/dalis2.nsf/535e371e7fd657aec1256a5c0045675f/d4e51f2d5dc8bdaac12570ac004d32a9!OpenDocument>

Ågrenska
Hämtat 12 december 2008, från
<http://www.agrenska.se/Toppmeny-1/>

Specialpedagogiska skolmyndigheten, uppdaterad 2008.
Hämtat 12 december 2008 från
<http://www.spsm.se/Om-oss/>

WISC-test
Västerbro, Nina. (2008). *Att genomföra intelligenstest*.
Hämtat 12 december 2008, från
http://www.habilitering.nu/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/annorlunda_tankande/intelligens_och_begavningsprofiler/att_genomfora_intelligenstest/index.html

Medicinsk diagnostik
Hämtat 18 december 2008, från
http://sv.wikipedia.org/wiki/Medicinsk_diagnostik

Socialkurator
Hämtat 18 december 2008, från
<http://sv.wikipedia.org/wiki/Socialkurator>

Specialpedagog
Hämtat 18 december 2008, från
<http://sv.wikipedia.org/wiki/Specialpedagog>

Utredning

Hämtat 18 december 2008, från

<http://sv.wikipedia.org/wiki/Utredning>

8. Bilagor

Bilaga 1

Centrala ord:

- **Barn och elever** i vår undersökning gäller åldrarna fem till tolv år.
- **Diagnos** innebär att en patients symtom tolkas i en sammanfattning (<http://wikipedia.org>).
- **Elevhälsan** ansvarar för elevers välbefinnande.
- Med **En skola för alla** menas att alla elever ska vara inkluderade i undervisningen trots sina olikheter och eventuella svårigheter.
- **Skolkurator** arbetar psykosocialt och hjälper de barn som har problem hemma eller i skolan. Barnen behöver ingen tillåtelse från vårdnadshavare för att tala med en kurator (<http://wikipedia.org>).
- **Skolperspektiv** hur skolan ser på olika företeelser.
- **Skolpsykolog** en psykolog som arbetar på en skola.
- **Specialpedagog** arbetar med barn, unga och vuxna i behov av särskilt stöd (<http://wikipedia.org>).
- **Utredning** är, i den här studien av betydelsen, ett projekt som syftar till att sammanställa information kring en elevs svårigheter (<http://wikipedia.org>).
- **Åtgärdsprogram** upprättas om en elev har sådana svårigheter att hon eller han inte klarar av att nå målen i undervisningen.

Förkortningar som används

- **ADHD** står för Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- **BNK** står för Barnneurologiska kliniken
- **BUP** står för Barn- och Ungdomspsykiatri
- **DSM-IV** står för Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition
- **EHK** står för Elevhälsokonferens
- **EHT** står för Elevhälsoteam
- **IUP** står för Individuell utvecklingsplan

Bilaga 2

Detta är ett exempel på hur ett åtgärdsprogram kan se ut. Detta har vi fått av specialpedagogen Johan, som vi intervjuat.

Åtgärdsprogram

För elev:

Klass/hemvist:

Giltigt från:

Utarbetat av:

Starka sidor:

Långsiktiga mål:

Kortsiktiga mål:

ÅTGÄRDER (huvudansvariga inom parantes)

Organisationsnivå: Följa upp, utvärdera och revidera skolan elevhälsoplan.
Erbjuda lärare/arbetslag handledning vid behov. (Rektor)
EHT deltar regelbundet i arbetslagens konferenser. (EHT)
Arbeta för att i första hand finna lösningar för elever i behov av särskilt stöd inom arbetslagen. (Arbetslaget)
Alla lärare som arbetar med X ska både muntligt och skriftligt delges åtgärdsprogrammet. (Namn)

Gruppenivå: ()

Individnivå: ()

Hemmet: ()

UPPFÖLJNING: ()

UTVÄRDERING: Nästa utvecklingssamtal 0000-00-00

Utskrivet av:

Bilaga 3

Detta är taget från Gillberg, 2005, sidorna 18-19.

Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning) enligt DSM-IV

A. Antingen 1) eller 2):

1) Minst sex av följande nio symtom 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 i 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 (t 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 symtom på **hyperaktivitet-impulsivitet** (varav sex symtom 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 still
- b) Lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på 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

- g) Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- h) Har ofta svårt att vänta på sin tur
- i) Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t ex kastar sig in i andras samtal eller lekar)

B. Vissa funktionshinderande symtom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet förelåg före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symtomen föreligger inom minst två områden (t ex i skolan/på arbetet eller i hemmet).

- D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbetet 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 (t ex förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom eller personlighetsstörning).**

BILAGA 4

Intervjufrågor

Syftet med studien är att undersöka hur skolpersonal för årskurs f-5 beskriver processen fram till att diagnosen ADHD ställs och vilka konsekvenser diagnosen får i det pedagogiska arbetet i skolan.

Syftet preciseras i följande frågeställningar:

1. Hur beskrivs diagnosen ADHD?
2. Hur går utredningen till från upptäckt till att diagnos ställs?
3. För vem är diagnosen bra?
4. Vilka konsekvenser får diagnosen för det pedagogiska arbetet i klassen/gruppen och för eleven med diagnos?

Följdfrågor:

1. a. Hur skulle du beskriva diagnosen?
b. Hur upplever du diagnosen bland de elever som har den på skolan?
c. Upplever du att det är fler pojkar än flickor som har diagnosen eller problematiken?
Varför, varför inte?
2. a. Hur uppmärksammas det att en elev har behov av en eventuell utredning?
b. Vilka, på skolan, är inblandade i utredningen?
c. Använder ni något speciellt material, exempelvis test? Vad i så fall?
d. Vad är det som avgör om eleven får gå vidare, till att slutligen få diagnosen?
e. Hur går elevvårdskonferensen till? Vilka är med?
3. a. Vem/Vilka har användning av diagnosen?
b. Vad används den till?
c. Är det bra för eleven? Varför?
d. Är det bra för skolan? Varför?
4. a. Anpassas studierna efter eleven?
b. Får pedagogen någon form av utbildning för att på bästa sätt hjälpa eleven? Vad i sådana fall?
c. Hur påverkas klassen i övrigt?
d. Det sättet som rekommenderas för att arbeta med barn med ADHD (exempelvis mindre klasser osv.) skulle inte det egentligen gynna alla elever oavsett om de har en diagnos eller inte?

BILAGA 5

Hej vi är två studenter som läser den sista kursen på Lärarprogrammet på Göteborgs Universitet. Just nu håller vi på med vårt examensarbete som handlar om hur diagnostiseringen av ADHD går till utifrån ett skolperspektiv. Vårt syfte är att undersöka hur skolpersonal för årskurs F-5 beskriver/uppfattar processen från att eleven uppmärksammas till att diagnosen ställs och vilka pedagogiska konsekvenser diagnosen får i det pedagogiska arbetet.

Vår önskan är att få intervjua några personer ur elevvårdsteamet, då helst specialpedagog, skolpsykolog, skolläkare eller kurator. Vi skulle även vilja intervjua några lärare som har barn med diagnosen ADHD i sin klass.

Intervjuerna kommer att ta cirka en timma, och vi kan göra dem både individuellt eller gruppvis, om personalen vill göra den tillsammans.

Använder ni något särskilt material under processen eller i klassrummet när diagnosen väl är ställd, så vore vi mycket tacksamma om vi fick ta del av det.

Examensarbetet ska vara färdigt den 7 januari och vi önskar att få göra intervjuerna under vecka 48, 49 och 50 för att ha tid att bearbeta och analysera dem.

Vi är mycket tacksamma för svar

Angelica Palm

E-mail: guspalm47@student.gu.se

Telefon: 0762-34 30 93

Isabella Anderson

E-mail: gusisab86@student.gu.se

Telefon: 0707-202553