



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Diagnosen som finns men inte syns

-En kvalitativ studie om hur professionella förhåller sig och arbetar med  
underdiagnosen ADD

Molly Moberg och Maria Åkerlund

Kandidatuppsats SOPA63  
VT16  
Handledare: Anders Östnäs  
Examinator: Marta Kolankiewicz

# Abstract

Authors: Molly Moberg och Maria Åkerlund  
Title: The diagnosis that exist but are invisible  
Supervisor: Anders Östnäs  
Assessor: Marta Kolankiewicz

The aim of the study was to examine how professionals in the Child and Youth Psychiatry work and relate to the diagnosis of ADD. ADD is included in the diagnosis of ADHD according to the diagnostic manual DSM 5 and is described as ADHD predominantly inattentive form. Research shows that ADD is less observed in relation to ADHD. The research questions in the study are: How do the professionals understand the diagnosis ADD? What do the professionals think of the diagnosis ADD and are there any specific interventions related to the diagnosis? Do they see any connections to the diagnosis in relation to gender? We conducted qualitative interviews with professionals in Child and Youth Psychiatry who work with the diagnosis and treatment of ADD. We analysed our data using the theories of social constructivism and gender. The study results showed that ADD is difficult to identify because of its symptoms, which can result in misdiagnosis and incorrect treatment. According to the professionals ADD needs to be developed with more specific interventions which are connected to non-hyperactive behaviour. Boys are overrepresented in the ADHD diagnosis but professionals have seen a change during recent years. Professionals are more aware that the symptoms are different according to gender, but girls are still underrepresented in the diagnosis of ADHD. Because of the difference in symptoms the professionals believe that girls should be compared with girls and boys with boys. Finally, our study shows that ADD specific symptoms need further attention and the gender differences need to be better observed.

Keywords: ADHD, ADD, Attention Deficit Disorder, social constructivism, gender, Child and Youth Psychiatry, BUP, Sweden.

Sökord: ADHD, ADD, socialkonstruktivism, genus, Barn och ungdomspsykiatri, BUP, Sverige.

## Förord

Vi vill rikta ett stort tack till den personal inom Barn och ungdomspsykiatri som tog sig tid för våra intervjuer. Er medverkan har betytt mycket för oss! Vi vill även tacka vår handledare Anders Östnäs för positiv feedback och goda råd på vägen.

Slutligen vill vi också tacka varandra för ett utomordentligt bra samarbete och alla goda skratt vi delat ihop!

Molly & Maria

Lunds universitet 2016

## **Förkortningar**

**ADD** - Attention deficit disorder

**ADHD**- Attention deficit hyperactivity disorder

**BUP** - Barn och ungdomspsykiatri

**DAMP**- Deficits in attention, motor control and perception

**DSM**- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**HSL**-Hälsa och sjukvårdslagen

**MBD** -Minimal brain dysfunction

**SCT** –Sluggish cognitive tempo

# Innehållsförteckning

FÖRKORTNINGAR .....	4
<b>1. PROBLEMFÖRMULERING .....</b>	<b>7</b>
1.1 SYFTE .....	8
1.2 FRÅGESTÄLLNINGAR .....	8
<b>2. DEFINITION .....</b>	<b>9</b>
2.1 ADHD/ADD .....	9
2.2 SKILLNADER MELLAN KOMBINERAD OCH OUPPMÄRKSAM FORM .....	10
<b>3.0 BUP SOM VERKSAMHET .....</b>	<b>11</b>
3.1 INLEDNING .....	11
3.2 HUR FUNGERAR BUP .....	11
3.3 DIAGNOSTISERING .....	12
<b>4. TEORI.....</b>	<b>12</b>
4.1 INLEDNING .....	12
4.2. SOCIALKONSTRUKTIVISM .....	13
4.2.1 Externalisering.....	13
4.2.2 Objektivisering.....	14
4.2.3 Internalisering .....	14
4.3 GENUS .....	14
<b>5. KUNSKAPSLÄGET INOM ADHD OCH ADD .....</b>	<b>15</b>
5.1 INLEDNING .....	15
5.2 TIDIGARE I HISTORIEN .....	15
5.2.1 Striden mellan det genetiska och det sociala .....	16
5.3 VETENSKAPLIG FORSKNING.....	17
5.3.1 Forskning från USA.....	18
5.3.2 Forskningens öga på genus.....	19
<b>6. METOD .....</b>	<b>21</b>
6.1 VAL AV METOD .....	21
6.2 METODENS FÖRTJÄNSTER OCH BEGRÄNSNINGAR .....	22
6.3 URVAL .....	23
6.4 METODENS TILLFÖRLITLIGHET .....	23
6.5 ANALYS .....	24
6.6 BEARBETNING .....	24
6.7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	25
6.8 ARBETSFÖRDELNING.....	26
<b>7. RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>26</b>
7.1 INLEDNING .....	26
7.2 DIAGNOSTISERING .....	26
7.2.1 Uppfattning av diagnostisering.....	26
7.3 UPPFATTNING AV ADD .....	27
7.3.1 De professionellas uppfattningar av diagnosen .....	27
7.3.2 ADD som egen diagnos eller ADD inkluderat i ADHD?.....	28
7.3.3 De olika orsaksfaktorerna.....	30
7.3.4 Diagnostisering av ADD i förhållande till ADHD.....	32
7.4 BEDÖMNING.....	33
7.4.1 Kaos i familjen och skolan=ADD?.....	33
7.4.2 ADD och annan problematik? .....	34
7.5 INTERVENTIONER .....	36
7.5.1 Jobba med familj och skola.....	36
7.5.2 Samma behandling som ADHD eller specifik för ADD?.....	37

7.6 KÖN.....	39
7.6.1 ADHD och ADD i förhållande till kön, hur ser det ut?.....	39
7.6.2 Interventionsval i förhållande till kön.....	41
<b>8. SAMMANFATTNING .....</b>	<b>43</b>
<b>9. SLUTDISKUSSION .....</b>	<b>44</b>
<b>10. REFERENSLISTA .....</b>	<b>47</b>
BILAGA 1.....	51
BILAGA 2.....	52
BILAGA 3.....	54

## 1. Problemformulering

Diagnostisering av ADHD har länge varit ett omtalat ämne i samhällsdebatten. Diskussionen har förts kring att överdiagnostisering sker och att diagnostisering görs på lösa grunder. Det har även diskuterats att diagnosen upptäcks för sent och vilka konsekvenser det kan medföra för individen (Lassinantti 2014). Enligt Socialstyrelsen (2014) är ADHD en vanlig diagnos bland unga, ca fem procent av barnen i skolåldern uppskattas ha ADHD. I diagnostiseringshandboken DSM 5 kategoriseras ADHD inom tre undergrupper. Huvudsakligen ouppmärksam, huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv samt ouppmärksam och hyperaktiv-impulsiv i kombination (DSM 5). Den hyperaktivt-impulsiva och kombinerade formen av diagnosen benämns i vardagligt tal som ADHD och den ouppmärksamma för ADD (Attention Deficit Disorder) ADD beskrivs närmare på följande sätt:

“ADHD i huvudsakligen ouppmärksam form, som innebär att barnet har stora uppmärksamhetsproblem men få eller inga symptom på överaktivitet och impulsivitet. Barnet är snarare passivt och inåtvänt”

(Socialstyrelsen 2014)

Lassinantti (2014) beskriver att det finns en problematik kring att ADD är en underdiagnos till ADHD som gör att ADD ofta kommer i skymundan i förhållande till den breda ADHD-diagnosen. Hon beskriver även att det finns för lite forskning på underdiagnosen ADD i förhållande till den stora mängd forskning som finns kring ADHD. Den forskning som finns kring ADHD beskriver hyperaktivitet som en viktig del av diagnosen vilket underdiagnosen ADD saknar (Lassinantti 2014). Idag pågår det en diskussion kring huruvida ADD bör stå som en enskild diagnos eller inkluderas i ADHD. Russel Barkley (2012) är den forskaren som drivit debatten och belyser att symptomen skiljer från de andra ADHD-gruppernas. Han anser att ADD bör stå som en självständig diagnos med namnet *Sluggish cognitive tempo* (Barkley 2012).

En ytterligare aspekt av problemet är de könsskillnader som uppmärksammas i diagnostisering av ADHD. Enligt Kopp (2010) har flickor tenderat att bli

felbedömda i förhållande till pojkar på grund av att deras symptom skiljer sig (Kopp 2010). Flickors symptom passar inte in i den hyperaktiva formen av ADHD och på så sätt relateras flickors problematik med ADD (Lassinantti 2014).

Barn och ungdomspsykiatri har ett ansvar att bedöma, behandla och förebygga psykisk ohälsa (Eklind 2014). Det barnpsykiatriska arbetet styrs av Hälso och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) vilket är en ramlag som medför stort handlingsutrymme hos de professionella (Blomqvist 2012). Det krävs en balansgång i de professionellas bedömningar i vilka som ska inkluderas eller exkluderas in i diagnosen. I bedömningarna sker det ett samarbete mellan professionella av olika bakgrund och utbildning där av vikt att forskningen inom denna underdiagnos till ADHD uppmärksammas inom det sociala arbetet. Det finns även en kunskapslucka för ADHD inom det samhällsvetenskapliga området då merparten av den forskning som gjorts på diagnosen är medicinskt orienterad (Lassinantti 2014). Att utveckla forskning inom underdiagnosen ADD kan hjälpa professionella att förebygga problematik hos patienterna och ge adekvat behandling utifrån individens svårigheter. Eftersom att symptomen i ADD inte syns utåt och skiljer sig åt från den hyperaktivt-impulsiva och kombinerade formen kan det resultera i att man inte får den hjälp man behöver eller att man får fel hjälp. Det är av vikt att man belyser underdiagnosen ytterligare för att kunna hjälpa dem som inte syns.

## **1.1 Syfte**

Syftet med vår studie är att undersöka hur professionella på BUP förhåller sig och arbetar med underdiagnosen ADD.

## **1.2 Frågeställningar**

-Hur uppfattar de professionella underdiagnosen ADD?

-Hur tänker de professionella kring diagnostisering av ADD och finns det specifika interventioner kopplade till underdiagnosen?

-Ser de professionella några kopplingar till hur underdiagnosen uppmärksammas i relation till kön?



## 2. Definition

### 2.1 ADHD/ADD

Diagnosen ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) innebär att man har problematik med att fokusera sin uppmärksamhet, hantera sin aktivitetsnivå och styra sina impulser (Socialstyrelsen 2014). ADHD är inte en sjukdom utan en funktionsnedsättning. Diagnosen har sin debut i barnåren (SBU 2013). För att ett barn ska få diagnostiseras med ADHD ska det finnas en stor problematik i förhållande till barnets ålder. Problematiken ska ha varit pågående under en längre tid och vara synlig i flera miljöer kring barnet (Socialstyrelsen 2014).

Omfattningen av diagnosen ser olika ut från individ till individ. Det beräknas att cirka tre till fyra procent av Sveriges vuxna befolkning har ADHD. Av barn i skolåldern så påstås det att tre till tio procent har diagnosen (SBU 2013).

Diagnosen ADHD kan se olika ut beroende på vilka symptom som finns hos barnet. Vilka svårigheter som dominerar kan ändra sig under uppväxten. Man brukar skilja mellan tre former av ADHD:

- *ADHD, kombinerad form innebär att barnet har stora uppmärksamhetsproblem och är mycket överaktivt och impulsivt. Den kombinerade formen av adhd är vanligast*
- *ADHD, huvudsakligen ouppmärksam form innebär att barnet har stora uppmärksamhets- problem men få eller inga symtom på över- aktivitet och impulsivitet. Barnet är snarare passivt och inåtvänt. I vardagligt tal använder man ibland förkortningen add för denna form av adhd.*
- *ADHD, huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv form innebär att barnet är mycket överaktivt och impulsivt men har få eller inga symptom på uppmärksamhetsproblem.* (Socialstyrelsen 2014)

Ett symptom som ofta förknippas med ADHD är uppmärksamhetsproblematik kombinerat med hyperaktivitet-impulsivitet. De individer som har denna

kombination inkluderas i den största gruppen inom ADHD. Gruppen kallas mer specifikt för ADHD av kombinerad typ. De två andra grupperna är en med endast hyperaktivitet-impulsivitet och en med endast uppmärksamhetsproblem. Den grupp med endast uppmärksamhetsproblematik kallas för ADHD med huvudsakligen bristande uppmärksamhet, eller ADD i vardagligt tal (Westholm 2012). Vi har i uppsatsen valt att använda oss av ADD som begrepp för att särskilja gruppen ifrån de övriga grupperna inom ADHD. Inom BUP använder sig professionella av diagnoshandboken DSM 5 vid diagnostisering av ADHD (Se bilaga 3).

## 2.2 Skillnader mellan kombinerad och ouppmärksam form

För att förtydliga skillnaderna i problematik mellan kombinerad ADHD och ADD redovisar vi nedan en jämförelse från Socialstyrelsen (2002)

	ADHD (med huvudsakligen uppmärksamhetsproblem)	ADHD (av kombinerad typ)
Symtomatologi	Uppmärksamhetsproblem med passivitet, oföretagsamhet, dagdrömande beteende. Inåtvända problem är vanligare.	Impulsivt snabbt och överaktivt handlande, svårigheter att inhibera handlingar. Mer av utagerande, trotsigt och aggressivt beteende.
Familjeproblem	Oftare skol- och inlärningssvårigheter hos familjemedlemmar.	Oftare antisocial problematik hos någon av föräldrarna.
Kamratrelationer	Social isolering, vanligt att kamrater är ointresserade ("peer neglect").	Ofta i öppna kamratkonflikter. Stöts ut aktivt av kamrater.
Skolprestationer	Mer av inlärningssvårigheter.	Vanligare med social skolproblematik, anpassningsproblem, placering i specialklass etc.
Neuropsykologi	Bristande exekutiva funktioner med nedsatt automatiseringsförmåga och arbetsminne. Något lägre begåvning.	Bristande exekutiva funktioner med impuls kontrollproblem.
Prognos	Oklart (få data).	Stor risk för negativt förlopp med framför allt antisocial problematik.

(Socialstyrelsen 2002)

## **3.0 BUP som verksamhet**

### **3.1 Inledning**

I 3.2 går vi igenom BUP som verksamhet och hur de professionella arbetar inom barn och ungdomspsykiatri. För att förstå hur de professionella förhåller sig till ADD kommer vi nedan att klargöra hur det professionella arbetet på BUP ser ut. I 3.3 tar vi upp fenomenet diagnostisering eftersom att det är en stor del av BUPs arbete.

### **3.2 Hur fungerar BUP**

Barn och ungdomspsykiatri är en specialistverksamhet som vänder sig till barn och ungdomar med psykiska besvär (Blomqvist 2012). På BUP arbetar man med funktionsnedsättningar, psykiska sjukdomar och mental ohälsa. Åldrarna hos patienterna skiljer sig från spädbarnsålder upp till arton år (Gillberg, Råstam & Fernell 2015). De professionellas uppgift på BUP är att bedöma, behandla och förebygga psykisk ohälsa (Eklind 2014). Det barnpsykiatriska arbetet styrs av Hälso och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) vilket är en ramlag som medför stort handlingsutrymme hos de professionella (Blomqvist 2012).

BUP ses som en människobehandlande organisation som är till för att skydda människors välfärd. De professionella har ansvaret över att bedöma vilka som ska inkluderas respektive exkluderas för att få ta del av verksamhetens interventioner (Blomqvist 2012). På BUP kretsar arbetet främst kring bedömningar. Genom att använda diagnostiska instrument bedömer man om ett barn har rätt till insats på BUP eller inte. Insatserna som används anpassas efter barnets problematik, men även samhällets och den professionellas värderingar av problematiken (ibid). Om barnet bedöms ha psykiatriska problem har hen rätt till insats på BUP. De professionella på BUP har därmed handlingsutrymmet och makten att besluta om barnet har rätt till insats (ibid). På BUP finns det vårdprogram om hur vissa diagnoser och problematik skall behandlas. Trots att specifika vårdprogram finns har de professionella ett stort handlingsutrymme och möjlighet att välja behandlingsmetod utifrån sig själv som professionell. På så vis blir den professionellas egen syn på problematiken avgörande i metodvalet (ibid).

De professionella inom BUP har på så sett stor makt att beskriva vad som är normalt respektive onormalt i utvecklingen hos ett barn. BUP är en av de organisationer som skapar samhällets normer (Blomqvist 2012). På BUP arbetar bland annat läkare, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och behandlingsassistenter (Eklind 2014). BUP är en organisation som innehåller ett tvärprofessionellt team med olika typer av professioner som har specifika uppgifter utifrån profession. Ett sådant tvärprofessionellt team som finns inom en och samma verksamhet benämns mer specifikt för ett interprofessionellt team. De har tillsammans ett gemensamt uppdrag och därmed är samarbetet mellan professioner mycket viktigt. Det psykologiska, sociologiska och det medicinska perspektiven möts i arbetet och respektive kunskapsområde är viktigt att ha med i de bedömningar som genomförs (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008).

### **3.3 Diagnostisering**

En som har skrivit om diagnosens betydelse är Karin Johannison (2006) professor i idé och lärdoms historia. Hon skriver att diagnos kan både medföra negativa och positiva aspekter. Diagnosen kan fungera som en tröst och som en avlastning från ansvar och ångest men även medföra stigmatisering, utanförskap och förlust (Johannisson 2006). En diagnos kan även vara en vinst och på så sätt ge individen rätt till samhällets stöd och vård men även som ett värde för vad som kan uppfattas som acceptabelt och rimligt (ibid). Johannisson anser att en diagnos utan ett namn är hemlös och att diagnosen inte finns för än vi bekräftat den och är överens om det. Framförallt finns inte diagnosen förrän vi har namngett den (ibid). En diagnos är ett sätt för oss människor att förhålla oss till och förstå ett beteende som avviker från normen (ibid).

## **4. Teori**

### **4.1 Inledning**

Vi har valt att använda oss av socialkonstruktivism och genus i vår uppsats. Socialkonstruktivismen valde vi utefter att vi förstått att diagnostisering är

komplex och utefter den stora debatten om överdiagnostisering av ADHD och vilka som ska inkluderas respektive exkluderas in i diagnosen. Genus valde vi utefter att den forskning som genomförts inom ADHD främst handlar om pojkar och deras bekymmer. Utefter våra respondenters svar och den forskning vi tittat på förstår vi vikten av att man behöver belysa båda köns olika symptom. Genus och den socialkonstruktivistiska teorin hjälper oss att belysa problematiken i vår analys.

## **4.2. Socialkonstruktivism**

Den socialkonstruktivistiska teorin hävdar att våra upplevelser om omvärlden är socialt konstruerade och att det är vi människor som skapar den genom interaktion med varandra (Wenneberg 2000). Kunskap och handlingar anses inte vara naturliga utan de är konstruerade av människan för att nå en förståelse i samhället (ibid). I den sociala interaktionen mellan människor förändras verkligheten ständigt. Det medför att individens självbild förändras utifrån vilka förväntningar omgivningen har kring om hur man bör vara, den samhällsenliga normen (ibid). Samhällets behov att diagnostisera människor med avvikande beteende kan ses som ett socialt konstruerat fenomen. Utifrån den socialkonstruktivistiska teorin så har samhället skapat behovet av att diagnostisera olika beteende för skapa förståelse och struktur (ibid). Vetenskapsteoretikerna Berger och Luckmann väljer att förklara socialkonstruktivism utifrån en tresidig modell där de tre begreppen externalisering, objektivering och internalisering diskuteras (ibid).

### **4.2.1 Externalisering**

Människor har en benägenhet att skapa normer och vanor för att kategorisera och skapa ordning i samhället. De normer och vanor skapas genom att människor utbyter kunskap med varandra. Socialkonstruktivismen ifrågasätter det naturliga och menar på att det är vi människor som skapar de normer och förställningar som finns i samhället. Externalisering betyder att de vanor och normer som skapats sprider sig i samhället mellan människor (Wenneberg 2010:71).

#### **4.2.2 Objektivisering**

Vi människor föds som oskrivna blad och vår sociala verklighet existerar utav oss människor, vilket kallas för objektivisering (Wenneberg 2010:72).

Socialkonstruktivismen hävdar även att det inte finns någon objektiv kunskap, allt som vi upplever och tänker är beroende av den miljö och tid vi lever i (Beckman 2007:267). Barnet föds utan kunskap och utan referensramar. Barnet har inget val än att ta in de normer som människor redan skapat i samhället (ibid).

#### **4.2.3 Internalisering**

När vi sedan tar in de normer som skapas kallas det för internalisering. När vi lär in normerna kallas det för primär och sekundär socialisation. Det innebär att vi som barn påbörjar processen att ta in de normer och föreställningar som finns. Genom processen blir människan till en social produkt (Wenneberg 2010:74). Människans sätt att se på avvikande beteende kan förklaras utifrån de normer som vi människor skapat.

### **4.3 Genus**

Genus handlar om hur kön konstrueras i relationer och inom sociala sammanhang i form av makt och hierarkier (Hovellius & Johansson 2004). Utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv så sägs det att individen föds in i förväntningar om hur en kvinna respektive man ska och bör vara (Barron 2004).

Genusteoretiska forskare diskuterar de föreställningar som finns i samhället kring könen, vilket benämns som dikotoma föreställningar. De skapar en generell bild av vad som ska förväntas av en man respektive kvinna (Risberg 2004:50).

Individer fostras in i könsroller. Om en person har fått ett kön manifesterat så har omgivningen förväntningar på att individen ska bete sig antingen maskulint eller feminint. Det är på så sätt omgivningen som påverkar konstruktionen av kön (Giddens 1998). I interaktionen i samhället påverkas människan utifrån vilket kön hen har. I hemmet, skolan och andra miljöer påverkas individen utifrån andras förväntningar på hen. Individen har förmåga att leva upp till förväntningar genom att vara könstypisk, att ingå i den så kallade könsnormen. I könsnormen förväntas pojkar att ta plats och synas medan flickor är mer reserverade (Risberg 2004). De könsstereotypa föreställningar om hur kvinnor och män bör vara benämns för

genusbias (Risberg 2004:98-99). Inom medicinen finns en stark genusbias. Genusanalys inom medicinska fältet innebär att man tittar på hur kvinnliga och manliga patienters olika sjukdomssymtom, svårigheter eller färdigheter skiljer sig åt (Hamberg 2004).

Genom att använda sig av ett genusteoretiskt perspektiv i analys av medicinska verksamheter kan man påverka forskningen kring hur kvinnor respektive mäns hälsotillstånd skiljer sig från varandra (Risberg 2004). Inom psykiatrin så har genusfrågor kommit i skymundan då dess praktik främst är präglad av den medicinska traditionen. Läkaren har inom psykiatrin huvudansvaret vilket har gjort att det medicinska perspektivet har prioriteras. Eftersom den medicinska traditionen dominerar inom psykiatrin så har de psykiska sjukdomarnas fördelning utifrån kön sällan ifrågasatts vilket är viktigt belysa i framtiden (Blennow 2004).

## **5. Kunskapsläget inom ADHD och ADD**

### **5.1 Inledning**

Under följande avsnitt kommer vi att titta på den historia och forskning som gjorts inom ADHD/ADD. 5.2 behandlar ADHDs historia och utvecklingen av diagnosen. Tillsammans med 5.2.1 redovisar vi konflikten mellan Christoffer Gillberg och Eva Kärfve där det olika orsaksfaktorerna till diagnosen diskuteras. I 5.3 summerar vi den vetenskapliga forskning som är gjord inom området. I 5.3.2 redovisar vi den forskning kring ADHD/ADD som genomförts inom genusområdet för att knyta an till vår analys. Vi har fått titta på forskning inom ADHD eftersom att den forskning som finns på ADD är ytterst bristfällig.

### **5.2 Tidigare i historien**

Historien om ADHD går långt tillbaka i tiden. Under 1700-talet beskrev den skotske läkaren Alexander Crichton att barn som hade en oförmåga att koncentrera sig skulle benämnas med "mental rastlöshet" (Danielsson 2011). Den första att benämna symtombilden av ADHD var barnläkaren George Frederic Still (Carlberg 2014). Gruppen han beskrev var normalbegåvade men rastlösa och

hade problem med uppmärksamhet. Barnen han tittade på hade antingen neurologiska skador, kom från svåra familjeförhållanden eller inget utav det (ibid).

1968 införs begreppet *Hyperkinetic reation of childhood* i diagnosmanualen DSM. Begreppet skulle lyfta fram betydelsen av familjeförhållanden i barndomen som orsak till diagnosen (Danielsson 2011). De barn som drabbats av hjärnhinneinflammation under 1900-talet uppvisade även samma beteende som barnen som George hade undersökt. De barn som överlevde epidemin konstaterades senare med beteendeproblem som kom att kallas för *Minimal brian damage* (Beckman 2007). Den nya termen MBD föddes. Termen Damage ersattes senare med dysfunction eftersom att barnen med problematiken uppvisade liknande beteende även om de var påverkade av andra faktorer. 1980 i DSM III benämns diagnosen som ADD där hyperaktivitetssymptomen var en underkategori (Carlberg 2014). Det som händer år 1987 är att diagnoserna slopas ihop och benämns tillsammans som ADHD. ADD ändrar sitt namn till *ADHD med huvudsakligen ouppmärksamform* och är än idag en underdiagnos inom ADHD (Danielsson 2011).

### **5.2.1 Striden mellan det genetiska och det sociala**

Under 1980-talet genomfördes en studie av läkaren Christoffer Gillberg där han och hans kollega Peder Rasmussen fick i uppdrag att undersöka hur många barn i Sverige som hade MBD (Johnsdotter & Aje Carlbom 2010). Studien så kallad Göteborgstudien genomfördes under 15 år och under studiens gång avskaffades MBD-diagnosen internationellt och ersattes med ADHD (ibid). Studien som Gillberg gjorde har blivit starkt ifrågasatt och påverkar än idag diskussionen om ADHD.

En som ifrågasatte Gillbergs forskning var sociologen Eva Kärfve. År 2000 skulle Socialstyrelsen publicera ett dokument angående kunskapsläget om ADHD med Gillbergs forskning som grund. Kärfve påpekade att Gillbergs forskning innehöll metodologiska fel och stämde inte överens med internationella forskning som gjorts. Kärfve (2000) släppte boken *Hjärnspöken, DAMP och hotet mot*



*folkhälsan* i syftet att låta Socialstyrelsen förstå att Gillbergs forskning var amatörmässigt utförd och inte borde användas i riktlinjer till Socialstyrelsen (Johnsdotter & Carlbom 2010). Gillberg och Rasmussen blev anmälda för oredlighet i forskning och motsägelsefulla uppgifter i deras resultat. Även senare när Kärfve begärde ut deras material för att göra en egen analys hade Gillberg förstört sitt material till pappersstrimlor (ibid).

Diskussionen handlade främst om orsakerna till ADHD. Kärfve påpekade att de psykosociala faktorerna påverkar oss avsevärt i hur vi mår, beter oss och hur vi reagerar (Beckman 2007). Skillnaden om vi drabbas av psykisk sjukdom har att göra med att vi individer har olika sårbarhet inför påfrestningar. Kärfve diskuterar även överdiagnostisering av diagnosen och menar på att barn som upplever hektiska morgnar, röriga lektioner och lunchraster med bråk inte har diagnosen ADHD. Barnens beteende kan ändras med hjälp av strukturella förändringar av miljön (ibid). Skillnaden i konflikten var att Christoffer Gillberg enbart fokuserade på de genetiska och biologiska orsakerna till diagnosen. Gillberg menade på att ADHD bottnade i olika hjärnskadefaktorer och att diagnosen var neuropsykiatrisk (Kärfve 2000). Diskussionen om ADHD har längre varit omdiskuterad och många olika professioner har medverkat i konflikten mellan Gillberg och Kärfve.

### **5.3 Vetenskaplig forskning**

En som ifrågasätter den neuropsykiatriska forskningen av ADHD är Tomas Ljungberg (2008). I hans bok *AD/HD i nytt ljus* beskriver han att de biologiska faktorerna inte är den främsta orsaken till att en individ diagnostiseras med ADHD. Han menar istället att diagnosen måste ses utifrån ett psykosocialt perspektiv, att barn som har ADHD generellt kommer från mer socialt utsatta och stressade familjesammanhang. Med det psykosociala perspektivet menar han att anknytningen och samspelet som föräldrarna har till barnet påverkar barnets beteende (ibid). Han menar även att man bör se uppkomsten av ADHD utifrån en stress-sårbarhetsmodell som betyder att individer har olika grader av biologisk "sårbarhet" som ger större risk att få diagnosen. Därmed påverkas även barnet

med sin sårbarhet av sin omgivning och vilken grad av stress som hen utsätts för (ibid).

Enligt Björn Kadesjö i Vanna Beckmans (2007) bok *ADHD/DAMP- en uppdatering* redovisas den aktuella forskningen kring ADHD. Kadesjö anser att barnets ”sociala dimension” spelar en viktig roll i vem som skall inkluderas respektive exkluderas in i ADHD diagnosen. Om barnets symptom är så pass stora att vardagslivet och personer i hans omgivning blir påverkat av dessa symptom så finns det behov av diagnostisering. En individ kan uppnå alla kriterier för att kategoriseras in i ADHD diagnosen men om individen själv, anhöriga och den professionella som ställer diagnosen anser att symptomen ej utgör ett problem i vardagen så finns det ingen anledning att ställa den (Beckman 2007).

### **5.3.1 Forskning från USA**

En annan som genomfört forskning inom ADHD är den amerikanske psykologen Russel A Barkley (2012). I hans artikel *Distinguishing, sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults* beskriver han svårigheten mellan ADD och ADHD av kombinerad typ är att de liknar och överlappar varandra. Barkley anser att ADD är en samlingsbeteckning och huvudsakligen består av tre ganska olika kategorier (Barkley 2012). Den första av kategorierna är där individen uppfyller alla kriterierna för uppmärksamhetsstörning, men även uppvisar en lindrigare form av hyperaktivitet. Enligt Barkley bör kategorin ses som ADHD av kombinerad form. Den andra gruppen enligt Barkley är de individer som fått den kombinerade typen av ADHD i barndomen men som vuxen inte uppfyller de kriterierna som finns för hyperaktivitet. Vilket gör att individen diagnostiseras med ADD istället. Barkley anser att beteendet egentligen borde tillhöra den kombinerade ADHD-gruppen (ibid). Den tredje och sista gruppen som Barkley kom fram till är den egentliga ADD-diagnosen och bör framställas som en helt fristående diagnos. Diagnosen blev kallad *Sluggish Cognitive tempo (STC)*. Individernas typiska drag inom gruppen är bristande energiflöde, långsamt arbetstempo, social tillbakadragenhet och dagdrömmeri. Barkley ansåg att de individer har en helt annan problematik och bör inte innefattas inom diagnosen ADHD. Individernas symptom var annorlunda än de som ingick i kriterierna enligt DSM för ADHD (ibid).

Russel A Barkley (2014) har även i artikeln *Sluggish Cognitive Tempo (Concentration Deficit Disorder): Current Status, Future Directions, and a Plea to Change the Name* beskrivit att SCT bör ses som en separat diagnos på grund av dess unika symptom som skiljer sig från den kombinerade och hyperaktiva formen av ADHD. Han har i sina undersökningar av barn i USA sett ett större sammanhang mellan SCT och socialt utsatta familjer i förhållande till ADHD av kombinerad typ. Barkley har i sin forskning även konstaterat att de som har SCT har specifik social problematik som skiljer sig från ADHD i förhållande till hyperaktiv och kombinerad form. I hans forskning beskriver han även att neurobiologiska och genetiska faktorer har mindre betydelse i SCT. Angående forskning om behandlingsmetoder som specifikt inriktar sig på SCT-symtom så anser han att det finns ont om det. Många behandlas istället för ADHD och för symptom som inkluderar hyperaktivitet. Han anser att behandlingsmetoder som inte funkar på ADHD inte bör uteslutas som behandlingsmetod för SCT på grund av att symptomen är så olika. Framtida forskning bör belysa det ytterligare (ibid).

### **5.3.2 Forskningens öga på genus**

En som forskat på ADHD är barnläkaren Patricia O. Quinn (2005). I hennes artikel *Treating Adolescent Girls and Women With ADHD: Gender-Specific Issues* visar på att flickor med ADHD uppvisar andra symptom än det hyperaktiva. Symptomen går i led med ADD-kriterierna och visar på att flickor med ADHD inte uppvisar det hyperaktiva beteendet. Något som hon även tydliggör i sin forskning är att flickor ofta behandlas för depression innan de får sin diagnos fastställd. Hon diskuterar att flickors symptom är så pass olika från pojkars vilket gör att det är viktigt att behandlingen anpassas mer utifrån de symptom som existerar i kombination av diagnosen. Hon anser att professionella bör bli mer medvetna om hur ADHD varierar utifrån kön och utvecklingsstadium. Hon anser även att det bör uppkomma specifika kriterier och riktlinjer som kan leda till en rättvis diagnostisering (Quinn 2005).

En rapport utgiven av SBU (2005) *ADHD hos flickor- En inventering av det vetenskapliga underlaget* redovisar även att depression hos flickor med ADHD är vanligt. Den redovisar även att kunskapsläget har ökat kring flickors problematik,

men inte tillräckligt. Rapporten redovisar även att det är mindre antal flickor som behandlas för diagnosen i förhållande till pojkar, trots att det har skett en ökning den senaste tiden. I rapporten redovisas även vad som behöver utvecklas inom forskningen av ADHD hos flickor. Bland annat att studier behövs som fastställer eventuellt värde av könsspecifika diagnoskriterier (SBU 2005).

I Kitty Lassinantti (2014) avhandling *Diagnosens dilemman* beskrivs hur kvinnor med ADHD ser på sin diagnos. Hon belyser bland annat hur det har skapats en "ADHD-identitet" där ADD inte passar in i den mall och de förväntningar som ställs på individer med diagnosen. Kring identiteten så förväntas man vara initiativrik och aktiv vilket kvinnor med underdiagnosen ADD inte ser sig själva som. De beskriver sig själva istället som tillbakadragna och att de har svårt att komma igång med saker. På så anser kvinnorna med underdiagnosen att de inte passar in i de förväntningar som finns i förhållande till ADHD. En annan aspekt som Lassinantti beskriver i sin avhandling är hur den hyperaktiva formen av ADHD beskrivs vara en diagnos som förknippas med manlighet och hur flickor med ADHD ofta förknippas med underdiagnosen ADD. Hon tydliggör att underdiagnosen har fått kön och att symptomen av underdiagnosen beskrivs som typiskt kvinnliga. Hon beskriver att det finns en problematik kring att ADD är en underdiagnos till ADHD vilket gör att den ofta kommer i skymundan och att då flickor blir drabbade. Hon beskriver även att det finns för lite forskning på underdiagnosen ADD i förhållande till den stora mängd forskning som finns kring ADHD. Den forskning som finns kring ADHD beskriver enligt henne ofta hyperaktivitet som en viktig del av diagnosen vilket underdiagnosen ADD saknar (Lassinantti 2014).

I barnpsykiatrikern Svenny Kopps (2010) avhandling *Girls With Social And/Or Attention Impairments* belyser hon flickor med ADHD. Forskningsresultatet visar på att flickor med både ADHD och autism ofta feldiagnostiseras inom BUP (Kopp 2010). Studien genomfördes på 100 flickor som sökt hjälp kring svårigheter med social interaktion eller koncentration. När flickorna sökte hjälp fick det ingen adekvat diagnos. Senare visade det sig att nästan hälften av dem hade ADHD eller autism. En av tio flickor hade sedan innan haft problem som diagnostiseras som depression, ångest, relationsproblem i familjen och

koncentrationssvårigheter (ibid). Hon ansåg att om flickornas problematik upptäckts tidigare hade man kunnat undvika ytterligare problematik (ibid).

## **6. Metod**

### **6.1 Val av metod**

Vi har i vår uppsats valt att använda oss av en kvalitativ metod. En av huvudorsakerna till att vi har valt att studera utifrån den kvalitativa metoden är att vi vill nå en förståelse i samhället och dess strukturer (Meeuwisse et al.2008).Varför vi valt den kvalitativa metoden framför den kvantitativa är för att vi vill undersöka förhållningssätt och interventioner vilket ger oss en bättre metod genom den kvalitativa ansatsen (Bryman 2011). Vi har valt att använda oss av semistrukturerade intervjuer då vi anser att de passar bra in i vårt syfte och frågeställningar.

Genom att använda oss av den kvalitativa metoden har vi fått möjlighet att få personliga och öppna svar från våra respondenter, vilket den kvantitativa metoden inte kan tillföra (Bryman 2010). Vi har valt att göra semistrukturerade intervjuer av professionella inom Barn och ungdomspsykiatri. Genom att undersöka hur de olika professionella förhåller sig och arbetar med underdiagnosen ADD belyser vi förhållningssätt och interventioner.

Att använda semistrukturerade intervjuer gav oss en chans till att ställa följdfrågor till de professionella. Genom att använda semistrukturerade intervjuer kan intervjuaren ta vara på något intressant som respondenten berättat och spinna vidare på det (Bryman 2011). Eftersom vi genomförde intervjuer av olika professioner inom ett interprofessionellt team var vi flexibla i våra frågeställningar. Flexibiliteten gav varje respondent utifrån profession en rättvis bild av sina argument och svar. Vi använde oss av en låg grad standardisering där vi formulerar frågorna och ställer dem i den ordningen som visar sig passa bäst för våra respondenter (Patel & Davidson 2011).Vi använder oss av en

socialkonstruktivistisk grund i analysen av vår uppsats för att undersöka hur professionella formar normer kring diagnosen. Vi kommer även att titta på empirin ur ett genusperspektiv för att se hur kön produceras i diagnostisering av ADD.

## **6.2 Metodens förtjänster och begränsningar**

Den kritik som är riktad till den kvalitativa metoden är att den är starkt bunden till forskaren som gör undersökningen. Det är forskaren som i sin undersökning bestämmer vad i empirin som skall uppmärksammas utifrån sina egna intressen (Bryman 2011). Vi var under vår undersökning medvetna om den kritik till metoden som finns och gick in med ett neutralt förhållningssätt i hela processen. Respondenter som deltar i en kvalitativ undersökning kan till stor grad påverkas utav forskaren själv. Kön, ålder och personlighet forskaren har kan spela en viktig roll. Det finns även kritik riktad till den kvalitativa metoden för att den endast är kopplad till det specifika fall som undersöks och inte går att generalisera till andra fall (Meeuwisse et al. 2008). Vi har varit medvetna om begränsningarna som den kvalitativa metoden tillför och genom medvetenhet har vi varit tydliga med att redovisa vad begränsningarna gör med vår undersökning. Vi har varit tydliga med att undersökningen är kopplad till de verksamheter inom Region Skåne där intervjuerna är genomförda och därmed inte generaliserbar på andra BUP-verksamheter i Sverige.

Genom kvalitativa intervjuer kan forskaren få reda på intervjupersonens erfarenheter, uppfattningar och synsätt av olika ämnen eller fenomen (Bryman 2011). Kvalitativa intervjuer ger även möjligheten att upprepas med samma intervjuperson (Bryman 2011). I början ansåg vi att var en fördelaktig kvalitet i vår metod, men under processens gång så behövde vi inte göra om någon av intervjuerna. I kvalitativa intervjuer där forskaren träffar respondenten fysiskt finns möjligheten att tolka kroppsspråk och gester för att kunna förstärka ord och utläggningar (Meeuwisse et al. 2008). Vi var medvetna om att kroppsspråk kan tolkas på olika sätt från person till person. För att inte bli subjektiva i vår tolkning var vi försiktiga med det.

### **6.3 Urval**

För att svara på vår studie har vi valt ett målstyrt urval eftersom vi vill undersöka de professionellas förhållningsätt och arbetsmetoder. Urvalet hjälpte oss att välja ut de specifika personerna vi behövde för att svara på vår studie (Bryman 2011). Vår studie är ett icke-sannolikhetsurval då vi själv valt respondenterna med syfte att få in relevant information (ibid). Vi kontaktade professionella på BUP Skåne via mail och telefon. Kriteriet vi hade var att personalen jobbade med diagnostisering eller behandling av ADD. Studien genomfördes på Barn och ungdomspsykiatri eftersom att det är de som möter och arbetar med patienter som har ADD. Vi genomförde sex intervjuer. Verksamheterna ligger inom Region Skåne och har liknande riktlinjer och arbetsmetoder vilket gjorde det relevant för oss att titta på verksamheter samma regionen.

Vi har valt att inte formulera deras specifika profession i vår analys då vi vill få en övergripande bild av hur personalen förhåller sig och arbetar med ADD. Utifrån vårt syfte är det inte av intresse att jämföra hur de olika professionerna förhåller sig och arbetar med diagnosen utan vill se en övergripande bild av hur kunskapen ser ut hos personalen på BUP.

### **6.4 Metodens tillförlitlighet**

När man diskuterar metodens tillförlitlighet nämns främst begreppen reliabilitet och validitet. Extern reliabilitet innebär möjligheten att uppnå samma resultat vid upprepande. Inom den kvalitativa metoden är det svårt eftersom en specifik situation inte går att "frysa" (Bryman 2011:352). I vår undersökning har vi varit medvetna om att det är svårt att uppnå samma resultat vid ett upprepande. Varje intervju är unik och på så sätt är de knuten till det rådande tillfälle då intervjun ägde rum. Vi har ökat reliabiliteten genom att utföra intervjuerna så tätt inpå varandra som möjligt. Intern reliabilitet handlar om att forskarna ska komma överens om hur det ska tolka sin empiri (ibid:352). Vi båda har tillsammans medverkat i analysen av empirin och på så vis anser vi att reliabiliteten har ökat.

Validitet är när man undersöker det man påstås undersöka. Det bör finnas en god

överensstämmelse mellan det forskaren observerar och vilka teoretiska resonemang som hen använder sig utav. Det kallas mer specifikt för intern validitet (Bryman 2011:352). Angående den aspekten har vi varit tydliga i vår undersökning att redovisa de teoretiska utgångspunkter som vi använt oss av i analysen av empirin. Extern validitet handlar om hur resultaten i undersökningen kan generaliseras till andra liknade sammanhang, något som är svårt inom den kvalitativa forskningen (ibid). Ahrne och Svensson (2015) beskriver att kvalitativa studier är svåra att generalisera till andra miljöer därav bör man göra flertalet undersökningar i liknade verksamheter på olika orter. I och med att vår undersökning är tämligen liten och tidsbegränsad så har vi varit tydliga med att den är knuten till de BUP-verksamheter inom Region Skåne vi undersökt. Eftersom det finns en regionalt uppdrag och verksamheterna styrs av en och samma organisation.

## **6.5 Analys**

När man genomför en samhällsvetenskaplig analys använder man sig av det tre begreppen sortera, reducera och argumentera (Rennstam & Wästerfors 2015). Sortering av materialet är nödvändigt för att skapa ordning inför sin analys och reduceringen av materialet handlar om att forskaren ska lyckas reducera sitt material rätt utan att ta bort text eller nyanser som är viktiga för studien (ibid). Argumentationen handlar om att man ska kunna argumentera för sin tes på ett bra sätt och att använda befintlig teori med tidigare forskning som skiljer sig från andra forskare. På så sätt blir studien ett mer självständigt bidrag (ibid).

## **6.6 Bearbetning**

De intervjuer vi har genomfört har vi valt att transkribera. Vi använde oss av kodning för att hitta relevanta teman. I processen har vi varit medvetna om att transkribering är tids- och arbetskrävande (Patel & Davidson 2010) och vi avsatte tid till det. När man arbetar med kvalitativa analyser är det bra att påbörja analysen redan när man samlar in materialet då det hjälper att ha det färskt i minnet (ibid) vilket vi gjorde. Analysen ska vara tillgänglig för läsaren och den ska vara lagom varvad med citat och kommentarer. Vi har använt oss av avidentifierade namn i analysen då vi valt att respondenterna ska förbli anonyma.



Vi valde att koda vår empiri utifrån teman. De teman vi valde var diagnostisering, uppfattningar om ADD, bedömningar, interventioner och kön. Vi valde att skriva ut intervjuerna för att lättare få en överblick över materialet. Vi använde oss av olika markeringspennor för att smidigt och lätt dela upp texten i olika teman. Efter vi var klara med indelningen tog vi ut relevanta citat som passade in i de olika teman och utifrån de skapade vi underrubriker inom rubrikerna. Vid analysen var det smidigt att leta i de material vi skrivit ut och det hjälpte oss att sortera. Efter vi tittat på de svar vi fått i intervjuerna och skrivit ner de som var viktigast började vi väva in tidigare forskning och teori.

Vi har valt att koda vårt material under tidens gång för att på så sätt öka förståelsen för vår data (Bryman 2011). En kritik som den kvalitativa analysen har är att man genom kodning tar ut specifika citat och textdelar som kan sakna viktiga aspekter eller det specifika sammanhanget. Citat kan då tolkas på fel sätt, de citat som saknar sin sociala situation kan tolkas olika av olika läsare (ibid). Vi har varit försiktiga när vi plockade ut citat ut texten för att inte låta citatet mista sitt sammanhang och tolkas på fel sätt.

## **6.7 Etiska överväganden**

Noggrannhet och tydlighet dominerar inom den samhällsvetenskapliga forskningen och det finns fyra grundläggande kriterier man måste beakta i sin forskning. Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Innan man börjar sin forskning måste deltagaren bli informerad om vad forskningen innebär för att bestämma om man vill medverka eller ej. På de sättet hänger informationskravet och samtyckeskravet ihop (Kalman & Lövgren 2012). Vi har i vår uppsats kontaktat möjliga respondenter via mail eller telefon där vi har informerat på ett grundligt sett om vår studie (se Bilaga 1). Respondenterna har under intervjuerna blivit informerade om att de har haft möjlighet till att avbryta när de vill.

Konfidentialitetskravet handlar om att vi ska skydda människors integritet. De material vi fått in när vi gjort våra intervjuer har vi undanhållit för obehöriga. Genom att vi informerat om konfidentialitetskravet har det gett intervjun en chans att bli bättre då respondenten känner tillit till intervjuaren (Kalman & Lövgren

2012). Vi har använt oss av oidentifierade namn. Vi har då valt att benämna alla våra intervjupersoner för Respondent och har även valt att använda oss av siffror på dem för att på största sätt garantera anonymitet. Respondenterna garanteras då anonymitet genom att endast benämnas med ett gemensamt namn. Att insamlad data inte ska visas för obehöriga innebär att vår data inte får användas till annat än den är sagd att användas till, så kallat nyttjandekravet. Deltagarna i studien ska kunna känna tillit och en tro på att de uppgifter som lämnas hanteras rätt.

## **6.8 Arbetsfördelning**

Vi har till största del skrivit uppsatsen tillsammans. Vi har genom vårt samarbete haft möjlighet till reflektion och diskussion, vilket båda har tyckt varit givande. Genom att kommunicera har vi tilldelat varandra en jämn arbetsfördelning samtidigt som vi har varit delaktiga i varandras texter genom hela processen.

## **7. Resultat och Analys**

### **7.1 Inledning**

För att ge en bättre presentation av vårt resultat och analys har vi valt att skriva delarna tillsammans. Vi har vävt in både teori och tidigare forskning i redovisningen av empirin för att ge en bättre och mer följsam analys. För att få en bra struktur utgår vi från de huvudteman som finns i vår intervjuguide och som vi utvecklat i redovisningen av resultatet. Det bidrar till en djupare förståelse för våra respondenters svar och en bättre analys.

### **7.2 Diagnostisering**

#### **7.2.1 Uppfattning av diagnostisering**

För att få en förståelse för hur professionella förhåller sig till underdiagnosen ADD tar vi vår utgångspunkt i hur professionella uppfattar diagnostisering. Hur professionella förhåller sig och tänker kring diagnostisering generellt kan påverka diagnostiseringen av ADD. Vi har förstått genom våra intervjuer att frågan om diagnostisering är komplex. Samtliga svar tar sin utgångspunkt i att diagnostisering handlar om många olika faktorer. Nedan kommer några citat från

respondenterna avseende hur de uppfattar diagnostisering.

Jag uppfattar diagnostisering som både bra och dåligt, ibland kan jag tycka att man är lite snabb med diagnostisering när det gäller barn. Det är som att man måste sätta en stämpel i pannan när man faktiskt ser att barnet lever i en rätt kaotisk situation som de förväntas hantera. Att de agerar på de sätt de gör för att det är ett sätt för dem att hantera tillvaron (Respondent 1).

Jag tycker personligen eller det är ju säkert många som tycker det att de är ju inte alltid är säkert med diagnoser. Alltså det ger inte sådär jättemycket vägledning faktiskt för det är så många andra faktorer som spelar in (Respondent 3).

En diagnos är som en sorts sorteringsverksamhet, syftet är ju att man ska ha nytta av den när man planerar stödåtgärder och behandling, det ska vara användbart (Respondent 6).

Som vår empiri visar kan diagnostisering beskrivas och ses på olika sätt. Våra respondenters svar kan kopplas till socialkonstruktivismen. Respondent 6 beskriver att en diagnos är en sorts sorteringsverksamhet. Diagnosen har skapats i ett samhälle som vill sätta människor i fack för att skapa ordning. Den kunskap som finns är inte naturlig utan är skapad utav människan för att nå en förståelse (Wenneberg 2010). Att diagnostisera människor som uppvisar ett beteende som avviker från normen kan ses som ett socialt konstruerat fenomen.

## **7.3 Uppfattning av ADD**

### **7.3.1 De Professionellas uppfattningar av diagnosen**

De professionellas svar om uppfattningar och orsaker varierar stort där vi landar i att diagnostisering av ADD inte är helt lätt. De professionellas beskrivning av diagnosen är likartad. Flertal av respondenterna beskriver ADD som ADHD utan hyperaktivitet.

“Den klassiska dagdrömmaren som inte hänger med för att tankarna glider iväg och att man har svårigheter med att styra sin uppmärksamhet” (Respondent 6)

Respondent 5 förklarar att problematiken med ADD är att den ibland kan uppfattas som en slasktratts diagnos eftersom att den rymmer mer än bara problem med uppmärksamhet. Symptomen för ADD kan enligt hen ibland liknas med autistiska drag. Hen beskriver att man stundtals misstänker att det är ADD eftersom att personen är skenbart socialt fungerande, senare kan de visa sig att individen har väldigt svårt att sätta sig in i andra perspektiv. Respondenten förklarar den gråzon där det kan vara svårt att särskilja vilken diagnos individen har. Det svåra enligt hen är att man ibland inte vet vart man ska dra gränsen från de som har diagnosen eller de som uppvisar beteende som en reaktion på exempelvis en stökig familjesituation .

Forskning vi tittat på visar att ADD är svåradiagnostiserad eftersom att den innehåller symptom som kan likna andra diagnoser. Quinns (2005) forskning visar på att diagnosen är svår att upptäcka eftersom att den inte visar på det hyperaktiva beteendet (Quinn 2005). Forskning pekar på att ADD är en dold diagnos som kommer i skymundan från huvuddiagnosen ADHD (Lassinantti 2014). De professionellas uppfattningar om underdiagnosen kan även förklaras utifrån det socialkonstruktivistiska perspektivet. Vi människor föds som oskrivna blad och vår sociala verklighet existerar inte utan oss människor (Wenneberg 2010). De professionellas kunskap och uppfattning av diagnosen är något samhället har skapat. Vidare kan även BUP som verksam bidragit till den professionellas syn på underdiagnosen. Att någon beskriver en person med ADD som en klassisk dagdrömmare kan beror på att den professionella mött en individ med de symptomen. En annan professionell har kanske mött en annan individ med andra symptom inom gruppen. Den socialkonstruktivistiska synen förklarar att den professionella fått sina uppfattningar genom samhället (ibid) och genom de individer de har träffat. Det blir på det sättet en subjektiv bedömning som skiljer sig från professionell till professionell.

### **7.3.2 ADD som egen diagnos eller ADD inkluderat i ADHD?**

Utifrån vår empiri finner vi även att en del av respondenterna upplever en problematik med att ADD står som undergrupp till ADHD. Respondent 6 är inspirerad av forskaren Russel Barkley och håller med om att barn med ADD

skiljer sig mycket från barn med ADHD.

”När man träffar barn med ADD känner man att de är rätt annorlunda än de med ADHD, det kan finnas en poäng med att se det som en helt egen diagnos”

(Respondent 6)

Andra svar vi fått in säger att det skulle varit två olika diagnoser eftersom att det är skillnad i hur man fungerar. Respondent 5 förklarar att de som får ADD inte får en ADHD-diagnos. Hen beskriver att det är olika diagnoskoder och det är väldigt tydligt i diagnosjournalen om en person ska få ADHD eller ADD. Den ledande forskningen som gjorts inom ADD är gjord av Russel Barkley (2012). Barkley kallar diagnosen *Sluggish cognitive tempo* och enligt hans forskning bör diagnosen inte vara en undergrupp till ADHD. SCT har unika symptom som skiljer sig från den kombinerade och endast hyperaktiva formen av ADHD (ibid). Om man tittar på våra respondenters svar ser vi att de till viss del håller med i den forskning som Barkley gjort.

Resterande respondenter ser däremot att ADD ska inkluderas i ADHD-diagnosen. Respondent 2 svarar att ADD är en del av ADHD-diagnosen. Respondent 4 tycker att det är till fördel att man lyft in den i ADHD-spektrat för att man då tittar mer på den. Hen beskriver att när man går igenom diagnoskriterierna så måste man titta på ouppmärksamhetsdelen i manualen för att veta vilken ADHD grupp det handlar om. Vi har fått in delade svar av om diagnosen ska ses som självständig eller inte. Vi funderade över vad det gör att man har olika uppfattningar om underdiagnosen. Ser man olika på diagnosen från början och hur påverkar det diagnostiseringen av patienterna?

Även om de professionella har diagnoshandboken DSM som sin manual att gå efter kan det finnas en variation i vem som bli diagnostiserad och inte. Vi tror även att det finns en påverkan av den professionellas kunskap och att tiden man varit yrkesverksam spelar stor roll för hur man förhåller sig kring underdiagnosen. Diagnoshandboken är skriven utefter olika beteenden som avviker från normen. Enligt socialkonstruktivismen är diagnoshandboken något vi har skapat efter de normer som finns (Wenneberg 2010). Det är en manual där vi skrivit in beteenden

som samhället inte tycker är normalt och som samhället tycker bör kategoriseras. Det är en manual som samhället skapat för att nå en förståelse.

### **7.3.3 De olika orsaksfaktorena**

Vidare undersökte vi vad de professionella ansåg var uppkomsten till ADD. Genom den forskning vi har tittat på finns det en rad olika faktorer som påverkar. Flertalet av våra respondenter håller med i frågan om att det finns olika faktorer som samverkar. Respondent 2 svarar att det både kan vara ärftligt men att miljöfaktorerna påverkar extremt mycket. Hen berättar att det ändå är en neuropsykiatrisk diagnos och att ens bekymmer ska ha funnits med från barndomen. Hen berättar även att man måste hitta kärnan i det hela, handlar det om neuropsykiatriska bekymmer eller om handlar det om att barnet far illa.

”Hade föräldrarna haft strategier att hantera sitt barn beteende eller hade skolan haft mindre klasser så kanske inte diagnosen hade behövts” (Respondent 2)

Respondent 4 förespråkar det biologiska och att det är en neuropsykiatrisk diagnos. Hen uppger att det finns en miljöpåverkan utifrån men funderar även kring att barn som far illa påverkas rent funktionellt. Hen berättar att om man varit utsatt för brister i omsorgen eller genomgått ett långvarigt trauma kan man visa samma symptom som man uppvisar inom ADHD-grupperna.

Respondent 1 svarar att uppkomsten av ADD både är biologiskt och att man även påverkas av miljön. Hen tror att det ligger i hur familjen kan stötta upp och göra anpassningar och att vissa familjer har helt andra förutsättningar än andra.

Respondent 3 är väldigt kluven i frågan och tror det kan påverkas av många olika faktorer. Hen tänker i stress-sårbarhetsmodell och att alla har olika förutsättningar. Hen funderar på om det är en slags samverkan mellan miljön och individens känslighet och tycker att det är problematiskt med att kalla det neuropsykiatriskt bekymmer.

Vi vet ju inte inte att det är neuropsykiatriskt, alltså vi har ju inte sett att det finns något neurologiskt. Hela det neurobegreppet implicerar ju att det finns någonting som handlar om orsaken som vi faktiskt inte vet. Det tycker jag är

jätteproblematiskt överhuvudtaget med ADHD och ADD. Jag tycker att man implicerar saker som vi faktiskt inte vet och det tycker inte jag är okej (Respondent 3).

Respondent 6 beskriver att ADD är ett multifaktoriellt tillstånd och att det finns många orsaksfaktorer. Idag ser man inom forskning på flera olika bakgrundsfaktorer. Hen funderar på att man i framtiden inte kommer ha ADHD-diagnosen på samma sätt. Kunskapen kommer förhoppningsvis öka och att man kommer hitta andra orsaksfaktorer. Hen beskriver att forskning visat på att släktskapet och genetiken spelar en stor roll.

Ny forskning har även visat på att miljö och gener samspelar med varandra och viss miljö kan t.ex. stänga av gener och som inte ens kommer till uttryck. Genen finns där men uttrycks inte och det är en miljöfaktor som har påverkat den. Så då får ju miljön en styrande verkan på genetiken. (Respondent 6)

Trots att vi fått olika svar från våra respondenter finns det ändå vissa likheter. Problematiken ligger i att det inte finns ett gemensamt svar. Man har genom forskning hittat olika faktorer som påverkar. Konflikten mellan Gillberg och Kärfve handlade om två olika orsaksfaktorer. Kärfve diskuterade att barns beteende kan ändras med hjälp av strukturella förändringar av miljön (Beckman 2007). Vilket en del av våra respondenter höll med om.

Socialkonstruktivismen ifrågasätter det naturliga och menar på att det är vi människor som har skapat diagnosen. Spridningen av diagnosen kan ses genom socialkonstruktivismens tre begrepp externalisering, objektifiering och internalisering. Vi har skapat en vana att sätta människor som avviker från normen i fack. Dessa vanor sprider sen sedan som ringar på vattnet och förs vidare i samhället (Wenneberg 2000). Kärfve ifrågasätter även den överdiagnostisering som görs idag och menar på att det är inte konstigt att barn agerar som de gör om de upplever hektiska morgnar och röriga lektioner. Ljungberg (2008) förespråkar Kärfves spår och betonar att anknytningen och samspelet mellan föräldrar och barn påverkar barnets beteende. Precis som Respondent 3 pratar Ljungberg om att individer har olika grader av biologisk

sårbarhet och att det finns individer som har större risk att få diagnosen. Omgivningen och barn som växer upp i socialt utsatta och stressade familjesammanhang har en annan sårbarhet och påverkas av stressen, vilket leder till att man lättare utvecklar diagnosen (ibid). En sak som framkom i Barkleys (2014) forskning var att de biologiska faktorerna hade mindre betydelse i SCT än i den generella ADHD-diagnosen och att de psykosociala faktorerna hade störst betydelse för gruppen. Ingen av respondenterna diskuterade att de psykosociala faktorerna har en större påverkan inom ADD. Kan det bero på att orsaksfaktorerna är ofullständigt utredda? Och behöver man titta specifikt på vilka faktorer som skiljer sig åt mellan ADD och ADHD?

#### **7.3.4 Diagnostisering av ADD i förhållande till ADHD**

När vi frågade om diagnostisering av ADD i förhållande till ADHD fick vi delade svar. De svar som skiljde sig från de andra var Respondent 1 och 6.

“ADD är svårare att upptäcka och därför diagnostiseras det inte lika ofta i förhållande till hur många som faktiskt har det. Man missar det lättare och det dröjer kanske längre tid innan man hittar de” (Respondent 6)

“ADD-barnen har en massa bekymmer och kanske lite mer försvinner”  
(Respondent 1)

Vi ser från våra svar att ADD är svårare att upptäcka. Den syns inte utåt och därför upptäcks den senare än de som uppvisar det hyperaktiva beteendet (Quinn 2005). Forskning pekar även på att ADD är en dold diagnos som kommer i skymundan från huvuddiagnosen ADHD (Lassinantti 2014).

Socialkonstruktivismen svarar på frågan genom begreppet internalisering (Wenneberg 2010). Det är vi som lärt in de föreställningar som finns inom ADHD. Normen för ADHD talar för det hyperaktiva beteendet. Individer med ADD syns inte lika tydligt och behöver uppmärksammas för att samhället ska upptäcka dem så som man upptäcker ADHD. Normerna för diagnosen behöver ändras. För att normerna ska spridas krävs det att de professionella och forskarna tittar vidare på ADD och tar fram ny kunskap som bidrar till att man kan hjälpa fler individer med ADD.



## 7.4 Bedömning

### 7.4.1 Kaos i familjen och skolan=ADD?

Alla sex respondenterna är eniga om att det sociala sammanhanget kring barnet kan påverka. Barnets reaktion på omgivningen kan göra att barnet uppvisar symptom som kan likna ADHD.

De beskriver även att det i vissa fall inte kan sätta diagnosen på grund av att sammanhanget ser för stökigt ut. Vilket oftast gör att man väntar med att diagnostisera trots att man är övertygad att det kommer urarta i en diagnos. Men frågan är då, är det det barnets reaktioner på dess omgivning som gör att barnet når upp till kriterierna. Hur bedömer man som professionell det?

Respondent 1 beskriver att när man misstänker ADD ser man oftast tydliga problem hemma och i skolan. Hen beskriver även att de barn som lever i stökiga familjesituationer får ofta vänta på utredning eftersom att man inte kan ge en rättvis bild i en kaosartad familjesituation. De barn som utreds senare får ofta ADHD eller ADD. Hen beskriver att det finns en fördel att man väntar på grund av den kaotiska situation runtomkring, dock att det kan bli en nackdel för individen att bli diagnostiserad för sent.

Det kan vara lite svårt att särskilja där det ibland finns dem som har det stökigt i familjen och att de känner att tankarna vandrar iväg lätt. Då måste man sortera ut lite, eftersom koncentrationen kanske inte är det primära. Utan att det kanske helt enkelt handlar om familjesituationen (Respondent 5).

Respondent 3 beskriver att ibland arbetar man mycket med ett barn som uppfyller kriterierna men trots det urartar det inte i diagnos. Barnets beteende kan bero på andra saker så som exempelvis omgivningen. Hen beskriver även att bedömningen av ADD oftast är en längre process än i den hyperaktiva och kombinerade formen av ADHD. Hen anser att man i utredningen kopplar det hyperaktiva beteendet direkt till ADHD när det kanske inte alls handlar om det. Man behöver enligt hen reda i det mera och jobba med relationer. Man behöver även arbeta tillsammans med skolan och efter det eventuellt tänka kring diagnostisering.

Forskaren Tomas Ljungberg (2008) beskriver att barn som har ADHD generellt kommer från mer socialt utsatta och stressade familjesammanhang (Ljungberg 2008). Forskaren Russel Barkley (2014) som tittat specifikt på gruppen ADD hos barn har sett ett större sammanhang mellan socialt utsatta familjer i förhållande till ADHD av kombinerad och hyperaktiv typ (Barkley 2014). Enligt Björn Kadesjö (2007) så bör barnets ”sociala dimension” spela en viktig roll i de professionella bedömningarna gällande vilka som ska skall inkluderas respektive exkluderas in i ADHD-diagnosen. Om symptomen är så pass stora att vardagslivet och personer i barnets omgivning blir påverkade då finns det behov att ställa diagnosen (Kadesjö 2007).

Det blir då viktigt för de professionella i bedömningen av ADHD och ADD att se den ”sociala dimensionen” om det ska diagnostiseras eller om det inte behövs. Utifrån det socialkonstruktivistiska perspektivet så blir det upp till den professionella att anse vad som är accepterat i barnet och dess system. För att på så sätt göra en bedömning i vad som anses vara normalt eller ej i sammanhanget (Wenneberg 2010). Vad som då kan bli en svårighet som visade sig i våra respondenters svar var att barn från kaosartade familjer hade större benägenhet att få diagnosen på grund av att deras symptom var en reaktion på omgivningen. Utifrån det socialkonstruktivistiska perspektivet så skapas diagnosen i den sociala interaktionen mellan människor (Wenneberg 2010) och av hur barnets familjesituation ser ut. Är det rättvist att bedöma en diagnos utifrån ens sociala tillvaro när man lever i en kaotisk situation? Hade inte vem som helst uppvisat symptomen om de växt upp i en kaosartad familj? Det var något som flertalet av våra respondenter var eniga om att det är i bedömningar med familjer som är mer kaosartade svårt att rensa ut vad som är en reaktion på miljön och vad som faktiskt är biologiskt.

#### **7.4.2 ADD och annan problematik?**

Av svaren från våra respondenter så finns det kopplingar mellan ADD och annan typ av problematik såsom depression, aspergers och lågbegåvning. Antingen att

det har funnits misstankar kring problematiken innan underdiagnosen fastställts men även att det har framkommit senare.

Man märker inte dem med ADD så mycket, och då märker man inte deras problem heller. Men sen om de blir ordentligt deprimerade istället så börjar omgivningen, föräldrar och lärare reagera. Om man hjälper ungdomen med en depression så bör man tänka om hon har ADHD eller ADD också (Respondent 6).

Respondent 4 beskriver att de som har ADD oftast får pålagringar av psykisk ohälsa som är relaterat till underdiagnosen. Behandlingen anpassas enligt hen utifrån det med. Respondent 3 beskriver även att hen har mött patienter med diagnosen depression som senare utretts för ADD. Det är något som forskaren Patricia Quinn (2005) tittat vidare på. Hennes forskning tyder på att ett vanligt fel som upptäcks är att kvinnor med ADHD ofta behandlas för depression innan de får sin diagnos (Quinn 2005).

Utifrån det socialkonstruktivistiska perspektivet skulle man kunna se detta som en vanlig faktor i skapandet av vad som ska ingå och inte ska ingå i en diagnos, en typ av externalisering (Wenneberg 2010) om vad som är normen inom ADHD. Trots att bedömningsverktygen ofta är välutvecklade så finns det alltid beteenden som liknar eller faller utanför "ramarna" av en diagnos. Föreställningarna av ADHD är tydligt sammankopplat med det hyperaktiva beteendet. Det introverta beteendet ingår inte i de generella föreställningar som finns kring diagnosen men börjar enligt respondenterna bli mer och mer bli accepterat. Det uppfattas av flertalet av våra respondenter att det är lätt att felbedöma och behandla för exempelvis depression istället. Barnpsykiatrikern Svenny Kopp (2010) visar med sin forskning att många som blivit diagnostiserade med ADHD hade sedan tidigare diagnostiserats för depression, ångest, familjerelationsproblem och koncentrationssvårigheter. Forskningsrapporten från SBU (2005) tydliggör även att depression är förekommande hos många flickor med diagnosen. Utifrån det socialkonstruktivistiska perspektivet visar forskningen och vår empiri på hur den generella bilden kring ADHD ser ut. Att det än idag är svårt att uppmärksamma de som faller utanför normen för ADHD och uppfattningen att alla med ADHD är

hyperaktiva. Därav blir individer diagnostiserade för exempelvis depression istället.

## **7.5 Interventioner**

### **7.5.1 Jobba med familj och skola**

Alla respondenterna är eniga om att det är viktigt i interventionerna att involvera hela systemet kring barnet, framförallt föräldrarna. Det finns standardiserade strategiutbildningar på BUP som föräldrarna och barn kan få ta del av på mottagningarna. De utbildningarna är dock riktade till alla tre ADHD-grupperna, något som redovisas mer ingående under nästkommande rubrik 7.5.2.

Respondent 1 beskriver att de interventioner som används på hans mottagning är att i ett tidigt skede informera om diagnosen och sen utifrån det hittar man hjälpmedel som kan underlätta i vardagen. Fokus ligger ofta på föräldrasystemet. Även respondent 2 beskriver hur viktigt det är att jobba med familjen och hur de ska bemöta problematiken.

Föräldern får gå en utbildning om ADHD där man lär sig hur man ska bemöta problematiken. Sen är det ju skolmötena. De är ju de största arenorna som barnen faktiskt befinner sig på (Respondent 2).

I det tidigare kunskapsläget kring ADHD som vi tittat närmre på menar Ljungberg (2008) att man bör se diagnosen utifrån ett psykosocialt perspektiv. Han anser att familjen är en viktig aspekt i barnets liv och där blir barn som kommer från kaosartade familjer mer utsatta (Ljungberg 2008). Utifrån det socialkonstruktivistiska begreppet objektifiering (Wenneberg 2010) kan det dock bli svårt att jobba med socialt utsatta familjer och barn. Barnet har byggt upp sina ramar och normer utifrån familjesammanhanget. Familjen och barnet kan uppfatta sin situation som hållbar och fungerande medan BUP uppfattar situationen som ohållbar. Föreställningarna om hur en normal familj ska bete sig blir svåra att förhålla sig till som professionell. Personal på BUP påverkas av de normer som finns i samhället och arbetet med socialt utsatta familjer kan därmed präglas utav dem. Det blir även svårt för den professionella att bedöma det som diskuteras

i 7.5.1, att om barnet kommer från en kaosartad familj så har hen lättare att nå upp till diagnosens kriterier än om hen kommer från en “normal” familj. Men hur ska man kunna bedöma det och utifrån vilka ramar? Hur ska man kunna jobba med en familj som inte kan stötta sitt barn när familjesituationen är kaosartad? Det kan resultera till att interventionerna inte ger det stöd som det är tänkt att ge.

Respondent 6 beskriver även att det är viktigt att gå in och jobba med skolan, specifikt vid ADD. Hen anser att det då behövs en annan typ av pedagogik med kortare uppgifter och mera strategier från läraren som kan hjälpa barnet att strukturera upp sina uppgifter. Hen beskriver dock att det kan vara svårt för läraren att uppmärksamma det och uttrycker att om läraren inte märker barnets problem så blir det ofta att barnet ej får den hjälp som krävs. Vilket kan påverka längre fram i skolresultat. Det kan utifrån det socialkonstruktivistiska perspektivet bli något som behöver impliceras i skolans värld, att man uppmärksammar de som har svårt med koncentrationen och strukturen. Det krävs en typ av internalisering (Wenneberg 2010) av problematiken i skolans värld för att kunna belysa de med ADD mer och på vilket sett hur deras symptom yttrar sig.

### **7.5.2 Samma behandling som ADHD eller specifik för ADD?**

Enligt forskaren Russel Barkley (2014) så bör man utveckla specifika interventioner som är kopplade till undergruppen ADD, eller *Sluggish cognitive tempo* som han själv benämner gruppen. Forskaren anser att det behöver utvecklas behandlingsmetoder som specifikt inriktar sig på SCT-symptomen. Han problematiserar att många med SCT istället behandlas för ADHD och för symptom som inkluderar hyperaktivitet (Barkley 2014). De familjeutbildningar som finns på de professionellas BUP-mottagningar är oftast standardiserade för alla tre ADHD-grupperna. Även om ADD nämns i utbildningen så ligger en hel del fokus på det hyperaktiva beteendet. Några av våra respondenter tog upp det och problematiserade det. Ett par ansåg att de behövde möjligheten att jobba mer med individanpassade interventioner istället.

Respondent 2 och 4 ansåg att interventionerna bör bli mer anpassade utifrån hur det specifika barnets situation ser ut och inte utifrån vilken ADHD-grupp barnet ingår i. Deras önskemål var att man bör individanpassa interventionerna och jobba

mer med det enskilda barnet och familjen. Just för att ADHD-problematiken ser så olika ut från individ till individ. Respondent 5 och 6 beskriver att det kan uppstå svårigheter i de gemensamma utbildningar som BUP har då materialet fokuserar en hel del på det hyperaktiva beteendet. Vilket kan göra att föräldrar till barn med ADD kan känna sig förbisedda.

Det som en del föräldrar tycker som har barn med ADD är att eftersom informationen riktar sig till både ungdomar med ADHD och ADD. De hade velat ha mer specifik information om ADD. Det har vi funderat över, och det finns på ADHD-center i Stockholm. Vi har funderat på hur det fungerar för dem, och om vi kanske kan ta hit det (Respondent 5).

Det skulle utifrån det socialkonstruktivistiska perspektivet beskrivas som att undergruppen har svårt att kategoriseras in i den norm som finns kring det hyperaktiva beteendet. Undergruppen ADD har svårt att leva upp till de förväntningar som finns kring ADHD-diagnosen generellt. Är man inte synbart hyperaktiv utåt så kan det bli komplicerat att definiera sig som en som är utåt sett mer annorlunda än en själv. Det kan på så sätt göra att barnen med ADD objektifieras (Wenneberg 2000) in i en diagnos som inte stämmer överens med barnets specifika symptom. Det kan göra att barnet anammar symptomen i den hyperaktiva form av diagnosen utan att barnet har problem kring hyperaktivitet. Därmed kanske det skulle vara av vikt att ha riktade utbildningar till undergruppen.

Respondent 6 beskriver att de personer som identifieras i den "renodlade ADD-gruppen" så kallade SCT som forskaren Russel Barkley (2014) beskriver att med dem behöver tänka annorlunda i behandling av ADD. Hen beskriver att individerna med ADD behöver få hjälp i vardagen med att få sociala kontakter och aktiveras, som en slags draghjälp. Medan gruppen med kombinerad och hyperaktiv ADHD snarare behöver dämpas. Även om respondenterna har olika uppfattning hur man ska behandla och uppmärksamma underdiagnosen så är de eniga om att det krävs mer resurser för att de ska kunna jobba med mer omfattade insatser. Det är ett avgörande problem i frågan.

Respondent 6 beskriver att ADD är en minoritetsgrupp som har kommit på kant inom ADHD och att man egentligen behöver fokusera mer på specifika interventioner för undergruppen, men också hur man uppmärksammar ADD.

Man skulle behöva instrument för att modifiera bättre för att kunna fokusera på det som inte syns i diagnosen. Det är något för framtiden för att öka fokus för den gruppen. I vissa studier har man uteslutit dem. Men eftersom man studerat den stora gruppen så vet man inte, men det blir renare om man tar bort dem  
(Respondent 6).

Enligt det socialkonstruktivistiska perspektivet behöver det externaliseras (Wenneberg 2010) i hur ADD ska uppmärksammas för att kunna definiera underdiagnosen tydligare. Behövs det då som Barkley (2014) menar att ADD bör bli en avskild diagnos för att kunna externaliseras in i samhället?

## **7.6 Kön**

### **7.6.1 ADHD och ADD i förhållande till kön, hur ser det ut?**

Alla respondenterna är eniga om att det upplever att det är mest killar som blir diagnostiserade med ADHD på BUP. Några av dem har uppfattat att det på senaste tiden skett en ökning med tjejer som utreds för diagnosen men att det fortfarande är främst killar som kommer till utredning på BUP. Respondenterna tror även att de professionella har blivit mer medvetna om hur det typiska icke hyperaktiva beteendet yttrar sig. Därav har de sett allt fler flickor som utreds för ADHD, då främst ADD. Det finns även tydliga förändringar i de remitteringarna som kommer till BUP, allt fler flickor remitteras.

Jag tänker att ADHD kan vara en könad diagnos. Jag tänker att det hänger ihop med förväntade könsroller. Det är i regel tjejer som kommer med renodlade ADD-frågeställningar. Jag tänker att pojkar förstås utifrån hyperaktivitet och att det ofta är dem man fångar upp i tid (Respondent 4).

Respondent 5 beskriver att det generellt är betydligt fler pojkar som får ADHD-diagnosen. Hen har dock uppfattat att flickor blivit mer uppmärksammade den senaste tiden. Enligt hen beror det på att professionella fått bredare kunskap om hur flickors symptom är annorlunda än pojkars. Hen beskriver att flickors symptom kan vara mer inre rastlöshet och att tankarna lättare flyger iväg. Hen beskriver även att flickor ofta inte har påtagliga problem med ett utåtagerande beteende. Respondent 4 och 5 svar kan på så vis förstås utifrån de skilda symptom som pojkar respektive flickor uppvisar. Respondent 4 beskriver att det handlar om förväntade könsroller. Respondent 3 beskriver även att pojkar över lag utreds i en tidigare ålder, medan flickor kommer till utredning senare.

“Med de mindre barnen upplever jag att det är väldigt tufft för tjejerna eftersom att deras beteende är mindre acceptabelt på något sätt än pojkars. Att pojkar är vilda kan vi acceptera”(Respondent 3)

Lassinantti (2014) skriver i sin avhandling att kvinnor med ADHD upplever att det har skapats en ”ADHD-identitet” där ADD inte passar in i den mall och de förväntningar som ställs på individer med diagnosen. Kvinnor är överrepresenterade i denna grupp. Hon beskriver även i sin forskning hur den hyperaktiva formen av ADHD beskrivs vara en diagnos som förknippas med manlighet och hur flickor med ADHD förknippas med ADD. Hon tydliggör att underdiagnosen har fått kön och att symptomen av den beskrivs som typiskt kvinnliga (Lassinantti 2014). Utifrån genusperspektivet kan man se att intervjupersonerna beskriver att tjejers beteende kopplas ihop med de könsrollsrelaterade beteende som tjejer respektive pojkar har i samhället.

Flickor uppfattas som mindre hyperaktiva utåt sett vilket i sin tur gör att de uppmärksammas olika utifrån kön. Utifrån genusperspektivet börjar normen vidgas i samhället kring vad som anses vara normalt och inte inom ADHD-diagnosen. Diagnostiseringen av ADHD hos flickor blir mer och mer normaliserad. Dock så visar vår empiri att professionella skiljer pojkars och flickors symptom åt i diagnosen. De professionellas generella bild är att flickor



oftast placeras in i ADD. Risberg (2004) skulle beskriva det utifrån att det finns “dikotoma föreställningar” i samhället som säger vad som förväntas av en man respektive kvinna. Har underdiagnosen blivit uppmärksammat på grund av att man sett olika könsskillnader i symptomen eller har man faktiskt uppmärksammat andra symptom av diagnosen generellt?

Respondent 6 uttrycker att det är svårare att uppmärksamma flickor på grund av att deras beteende inte yttrar sig på samma sätt. Hen beskriver att det kan bli en problematik kring att använda samma kriterier för både pojkar och flickor. Hen anser därmed att pojkar bör jämföras med pojkar i samma ålder och flickor med flickor.

Flickor borde på så sätt jämföras med flickor, som en flicka i en viss ålder, ska då jämföras men en flicka utan en diagnos i samma ålder. Inte med en pojke i samma ålder. Därför att flickor och pojkar är ganska olika, tex när det gäller att flickor är före i sin sociala utveckling och kanske på så vis döljer sina symptom bättre  
(Respondent 6).

Det som Respondent 6 problematiserar gör även SBU (2005) i sin rapport. Rapporten tar upp att det eventuellt bör skapas könsspecifika diagnoskriterier för flickor respektive pojkar. Genusbias inom den medicinska traditionen handlar om att man tittar på hur kvinnliga respektive manliga sjukdomstillstånd eller svårigheter skiljer sig åt (Risberg 2004). I framtiden bör man fördjupa sig ytterligare i hur problematiken skiljer sig mellan könen för att kunna uppmärksamma flickor lättare. Blir det en rättvis bedömning om man förknippar flickor med ADD och pojkar med ADHD? Hur påverkas de individer som faller utanför genusbiasen?

### **7.6.2 Interventionsval i förhållande till kön**

Gällande interventionsval är respondenterna eniga om att det man inte väljer interventioner utifrån kön. I många fall finns det ett samband mellan vilket kön man har och hur ens sociala sammanhang ser ut. Det finns könsroller i samhället som avspeglar barnets problematik och symptom. Pojkar och flickor har olika

platser i samhället och förväntningarna på hur man ska vara som pojke respektive flicka påverkar individen. Därför kan kön påverka interventionsvalen.

Sammanhanget kan se väldigt olika ut utifrån kön. Hos flickor i tonåren är det vanligare med självskadebeteende eller att de har varit utsatta för sexuella övergrepp så då blir det mer sånt fokus i behandlingen. Medan pojkar kan fokus mer vara kriminalitet och droger och så. Men jag tänker mer att de speglar det sammanhang de är i och var de befinner sig i samhället (Respondent 3).

Det som Respondent 3 beskriver skulle det genom ett genusperspektiv kunna beskrivas att kön skapas i det sociala rummet utifrån makt och hierarkier. Där har kvinnor än idag en lägre position och är mer utsatta (Hovellius & Johansson 2004). Att individer utifrån sitt kön får en viss plats i samhället kan resultera i vissa typer av färdigheter och svårigheter. De dikotoma föreställningar som Risberg (2004) beskriver är en del av varför problematiken kan skilja sig åt mellan könen. Det är på grund av att män och kvinnor bemöts olika i samhället. Är det ett ytterligare tecken på att underdiagnosen formas och skapas i samhället och handlar det på så vis egentligen enbart om psykosociala faktorer? Det är en intressant aspekt av ADHD-diagnosen som kan tala för att den inte bara bottnar i neurologiska faktorer.

Respondent 4 beskriver att det finns skillnader i behandling då det finns annan problematik vid sidan om som skiljer sig en hel del mellan könen. Hen beskriver att flickor ofta får ångestproblematik och depression och att man ofta väljer interventioner utefter den problematiken. Respondent 6 beskriver att det dock är viktigt att inte fokusera alltför mycket på depressionen. Om ADD är grundproblematiken och man lägger interventionerna riktat mot depressionen kan det resultera i att individen utvecklar större problematik. Det belyser även forskarna Quinn (2005) och Kopp (2010) att flickor ofta felbehandlas för annan problematik, exempelvis depression innan de får sin ADHD-diagnos. På grund av att deras symptom visar sig vara annorlunda än den kombinerade och hyperaktiva formen av ADHD-diagnosen.

## 8. Sammanfattning

Genom vår empiri fick vi liknande svar om hur de professionella beskriver ADD. Flertalet svarade att det är den klassiska dagdrömmaren som har svårigheter med att styra sin uppmärksamhet. Problematiken ligger i att ADD är svårdiagnostiserad eftersom att symptomen både är svåra att upptäcka men även för att diagnosen rymmer andra symptom som liknar andra diagnoser. Gränserna är diffusa vilket gör att det är svårt att avgränsa. Samtliga sex respondenter var eniga om att ADD är tydligt sammankopplat med depression. Antingen att patienterna har haft frågeställningar kring depression och behandlats för det innan de blev utredda för ADD, men även att de har fått depressionsymptom efter de fått sin diagnos.

Vår empiri visar även på att det finns en problematik med att ADD står som undergrupp till ADHD. Barnen med ADD är annorlunda än de med den hyperaktiva och kombinerade form av ADHD och en del respondenter tyckte att ADD skulle stå som separat diagnos. De professionella beskrev att föräldrar till barn med ADD önskat mer anpassade interventioner för den specifika undergruppen. De interventioner som finns idag på BUP är ofta riktade till alla tre undergrupper av ADHD. Något som två av våra respondenter och även forskaren Barkley (2014) anser är att det behöver utformas interventioner riktat specifikt för ADD. Just för att beteendet och symptomen yttrar sig på ett annat sätt än den hyperaktiva och kombinerade formen av ADHD .

Forskningens olika svar på orsaksfaktorer visar sig även i våra respondenters svar. Både arv och de psykosociala faktorerna har diskuterats. Samtliga gav oss svaret på att det sker ett samspel mellan de olika faktorerna och att det är svårt att veta exakt vad det beror på. Precis som diskussionen mellan Gillberg och Kärfeve (2000) märkte vi att våra svar hade olika inriktningar. Även om de professionella svarade att det fanns ett samband kunde vi märka att hade olika tankar kring vilket perspektiv som spelade störst roll. En del tyckte att diagnosen var neuropsykiatrisk medan en annan inte höll med. Precis som forskning har de professionella olika sätt att se och förstå diagnosen på. De som ansåg att det psykosociala perspektivet spelade stor roll problematiserade bedömningarna man gör i kaosartade familjer. Utifrån våra respondenters svar så är det en svår balans i

hur man ska förhålla sig och involvera barnets sociala situation i bedömningen av en ADD diagnos.

De professionella uppfattar att medvetenheten på BUP kring hur diagnosen yttrar sig utifrån kön har ökat. På senaste tiden har de upplevt att det skett en ökning gällande utredning av flickor med frågeställningar kring ADD, men det är fortfarande pojkar som är överrepresenterade i den hyperaktiva och kombinerade formen av ADHD. Flertalet av respondenterna upplever att flickornas problematik ofta diagnosernas i tonåren då symptomen yttrar sig genom depression eller att de har svårt med koncentrationen. En av de professionella beskriver att man bör i bedömningarna jämföra flickor med flickor och pojkar med pojkar eftersom att de utvecklas i olika takt och uppvisar olika symptom.

Gällande interventionsval så är respondenterna eniga om att man inte väljer behandling utifrån kön, dock har det framkommit att kön spelar roll. Symptomen yttrar sig olika och utefter om individen har ytterligare problematik anpassar man interventionerna utifrån den. En av respondenterna tror att det handlar om sammanhanget som barnet befinner sig i och att pojkar och flickor har skilda positioner i samhället.

## **9. Slutdiskussion**

Våra föreställningar av underdiagnosen fick vi genom tidigare forskning och genom egna uppfattningar. Vi blev intresserade av att undersöka ADD eftersom att det står som en undergrupp och att diagnostisering av ADHD-grupperna i sig är komplexa. Vi har förstått att föreställningar och förhållningsätt till ADD är olikartade och är inte förvånade över de svar vi fått in. Vi har kommit fram till att det finns olika sätt att se och förstå ADHD-diagnosen, vilket i sig gör att ADD-gruppen är än svårare att greppa. Symptomen är svår att upptäcka och individer med problematiken kan lätt dölja beteendet vilket kan resultera i att man inte får hjälp eller får fel hjälp. Två av våra respondenter ansåg som Barkley (2012) att ADD bör stå som en separat diagnos. Flertal av respondenterna ansåg även att det bör finnas mer specifika interventioner för ADD än de som finns idag.

Våra uppfattningar är att ett par av de professionella i intervjuerna benämner undergruppen ADD med samlingsnamnet ADHD. Trots att underdiagnosen idag definieras i diagnosmanualen DSM 5 som ADHD i huvudsakligen ouppmärksamform (DSM 5) så kan det enligt oss medföra svårigheter för individen då hen inkluderas i det hyperaktiva beteendet. Påverkas individerna av att professionella benämner ADD som ADHD? Kan det vara så att individer som endast har ADD skapar föreställningar att leva upp till det hyperaktiva beteendet.

ADHD-diagnosens utveckling har skilt sig åt sedan lång tid tillbaka. ADD har sedan tidigare stått som egen diagnos och det var inte för än i den uppdaterade versionen av DSM III som man valde att lägga ADD som undergrupp till ADHD eftersom att båda innefattar symptom som rör ouppmärksamhet och koncentrationssvårigheter (Carlberg 2014). I framtiden kan man ifrågasätta om ADD bör stå som egen diagnos. Man kan även ifrågasätta om det kommer bidra till förändring om ADD står ensam? Vi anser att socialkonstruktivismens svar på frågan är att det är samhället som utvecklar och skapar underdiagnosens utveckling. Nya beteenden kommer kanske att dyka upp och kategoriseras in i nya versioner i DSM. Om ADD skulle utvecklas till en egen diagnos så kanske man skulle titta mer på de andra symptom som individer med ADD uppvisat och inkludera dem i den självständiga diagnosen? Eventuellt hade individer som idag inte passat in i ADHD-gruppen fått ADD och därmed lett till ännu en ny problematik i vem som ska diagnostiseras och inte. Tillslut kanske det blir att samhället börjar diagnostisera fler beteenden och synen på normen ändras?

En annan intressant aspekt vi observerat under uppsatsen gång är att det fanns en skillnad på hur de professionellas uppfattning såg ut kring ADD i förhållande till hur länge de varit yrkesverksamma. Vi uppfattade att de nyanställda la mer vikt vid diagnoshandboken DSM och såg den som ett tydligt arbetsredskap i diagnostisering. De som varit yrkesverksamma under en längre tid handlade mer utifrån tidigare erfarenheter och professionell kunskap. Kan det vara så att de professionella bedömer olika utifrån den kunskap man besitter och hur länge man varit yrkesverksam?

En av våra respondenter tillsammans med rapporten från SBU (2005) poängterar att det bör skapas könsspecifika diagnoskriterier då symptomen mellan pojkar och flickor skiljer sig åt. Kommer det underlätta för flickor? Eller blir det att man återskapar och förstärker de dikotoma föreställningar som finns enligt genusteorin (Risberg 2004). Blir det en ojämnställd uppdelning av könen som kan leda till att de könsföreställningar som finns i samhället förstärks? När vi diskuterade kön med våra respondenter fick vi fram intressanta åsikter gäller interventiosval. En av våra respondenter svarade att man ibland behandlar olika utifrån kön på grund av att flickor och pojkar har olika positioner i samhället. Hen beskriver att flickor med diagnosen ofta behandlats för problematik som självskadebeteende eller sexuella övergrepp. Pojkars problematik handlar mer om missbruk och kriminalitet och därför ser behandlingen olika ut trots att individerna har samma diagnos. Det vi reflekterade över var om flickors och pojkars olika positioner och problematik skiljer sig åt då blir ett bevis på att de psykosociala faktorerna är en extra betydande faktor som bör beaktas i framtida forskning.

Vi har fått fram att de psykosociala orsaksfaktorerna behöver lyftas fram ytterligare utifrån att vår empiri belyser att de könsliga skillnader som finns handlar om att pojkar och flickor har olika positioner i samhället. Positionerna gör att flickor respektive pojkar har olika problematik förknippat med diagnosen. Den sociala rollen och symptomen skiljer sig åt mellan könen. Därför tyder det på att den psykosociala faktorn är betydande. Utifrån våra empiri och den forskning vi tittat på behöver forskning inom ADD utvecklas för att hjälpa de individer med problematiken rätt. Behöver undergruppen ADD bli en självständig grupp för att utifrån ett genusperspektiv skapa en rättvis och jämställd bedömning av de könsliga skillnader i symptom som uppvisats i vår undersökning? Det krävs ytterligare forskning för att få svar på den frågan.

## 10. Referenslista

ADHD-center (2012) *ADHD med huvudsakligen bristande uppmärksamhet-ADD*. Fakta blad: Stockholms landsting.

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011). I *Handbok i kvalitativa metoder*. I: Rennstam, Jens & David, Wästerfors (red): Att analysera kvalitativt material. Malmö: Liber

American Psychiatric Association (2014) *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press

Barkley, Russel A (2012). 'Distinguishing, sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults', *Journal Of Abnormal Psychology*, 121, 4, pp 978-990, PsycARTICLES, EBSCO host, (Hämtad 160404).

Barkley, Russel A (2014). 'Sluggish cognitive tempo (Concentration Deficit Disorder?): Current status, future directions, and a plea to change the name', *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 42, 1, p. 117-125, Scopus®, EBSCOhost, (Hämtad 160418).

Barron, Karin (2004). *Genus och funktionshinder*. I Barron, K (red) *Genus och funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur AB.

Beckman, Vanna (2007). *Strider under hjärnåldern, - om adhd, biologism, sociologism*. Pavus Utbildning AB: Enskededalen.

Blennow, Inger (2004). *De osynliga könet inom psykiatrin*. I: Birgitta Hovellius & Eva Johansson (Red.) *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur AB.

Blomqvist, Camilla (2012). *Samarbete med förhinder - om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj*. University of Gothenburg (Elektronisk)  
Tillgänglig: <http://hdl.handle.net/2077/29248> (Hämtad 160313)

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Carlberg, Ingrid (2014). En diagnos det stormat kring- Adhd i ett historiskt perspektiv. Rapport: Socialstyrelsen

Eklind, Maria (2014). Psykiatri Skåne, en del av region skåne;BUP Vår verksamhet.(Elektronisk)Tillgänglig:<https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Barn--Ungdomspsykiatri/Vad-ar-BUP1/Var-verksamhet/> (Hämtad 160402)

Danielsson, Ola (2011). Forskare försöker bryta onda cirklar: diagnos som väcker känslor. Medicinsk Vetenskap nr 1:16-17.

Giddens, Anthony (1998). *Sociologi*. Studentlitteratur: Lund.

Gillberg, Christopher, Råstam, Maria & Fernell, Elisabeth (red.) (2015). *Barn- och ungdomspsykiatri*. 3., rev. utg. Stockholm: Natur & kultur.

Hamberg, Katarina (2004). Genus, medicin och risken för biologisk determinism.I: Birgitta Hovellius & Eva Johansson (Red.) *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hovellius,Birgitta & Johansson, Eva E (2004). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur AB.

HSL 1982:763. Hälsa och sjukvårdslagen.



Johannisson, Karin (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I: Hallerstedt, G (red.) *Diagnosens makt - om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB. S. 29-41

Johansdotter, Sara & Carlbom, Aje (2010). *Goda sanningar? Debattklimatet och den kritiska forskningens villkor*. Lund: Nordic Academic Press.

Kadesjö, Björn (2007). *Epidemiologi och psykosociala faktorer*. I: Beckman, Vanna (red.) *ADHD/DAMP*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kalman, Hildur & Lövgren, Veronica (red.) (2012). *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups.

Kopp, Svenny (2010). *Girls With Social And/Or Attention Impairments*, n.p.: Göteborg : Institute of Neuroscience and Physiology, Child and Adolescent Psychiatry, University of Gothenburg 2010, EBSCOhost, (Hämtad 160502)

Kärfve, Eva (2000). *Hjärnspöken, Damp och hotet mot folkhälsan*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion AB.

Lassinantti, Kitty (2014). *Diagnosens dilemman. Identitet, anpassning och motstånd hos kvinnor med ADHD*. Sociologiska institutionen: Uppsala universitet. (Elektronisk) Tillgänglig:<http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:750762/FULLTEXT02.pdf> (Hämtad 160304)

Ljungberg, Tomas (2008). *AD/HD i nytt ljus*. Nyköping: Tomas Ljungberg & Exiris.

Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans & Eliasson-Lappalainen, Rosmari & Jacobsson, Katarina (red) (2008). *Forskningsmetodik för socialvetare*. Natur och Kultur.

Patel, Runa. & Davidson, Bo. (1994). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

- Quinn, Patricia O (2005). 'Treating adolescent girls and women with ADHD: Gender-Specific issues', *Journal Of Clinical Psychology*, 61, 5, pp. 579-587, Academic Search Complete, EBSCOhost, (Hämtad 160510)
- Risberg, Gunilla (2004). Hur skapas "Kvinnligt" och "Manligt"?- Teorier om konstruktionen av kön med doktorn som exempel.I: Birgitta Hovellius & Eva Johansson (Red.) *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Risberg, Gunilla (2004). Genusbias i medicinen I: Birgitta Hovellius & Eva Johansson (Red.) *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen (2002). ADHD hos barn och vuxna. Rapport: Stockholm. Modintryck.
- Socialstyrelsen (2014). Kort om ADHD hos barn och ungdomar. Rapport: Stockholm. Edita Bobergs- Tryck.
- Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, SBU. (2005). ADHD hos flickor. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Rapport nr 174:Stockholm.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). ADHD diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet.Rapport nr 217:Stockholm.
- Svensson, Kerstin & Johnsson, Eva & Laanemets, Leili (2008). *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wenneberg, Søren Barlebo (2010). *Socialkonstruktivism: positioner, problem och perspektiv*.Malmö: Liber.

## **Bilaga 1**

### **Infobrev**

Hej

Vi är två socionomstudenter från Lunds universitet som är intresserade av psykisk ohälsa hos barn och unga.

Nu under våren skriver vi vår c-uppsats och vill undersöka professionellas förhållningsätt/ erfarenheter av underdiagnosen ADD. Vi har valt att rikta oss till olika professioner på BUP i hela Skåne. Den tidigare forskningen vi har tittat på visar att ADD är svårare att upptäcka än ADHD för att det inte finns någon symptom på överaktivitet och impulsivitet. Vi vill därför undersöka hur professionella tänker kring diagnostisering av ADHD/ADD, vilka som ska inkluderas respektive exkluderas och vilka interventioner som används.

Vi kommer att göra intervjuer där det finns möjlighet att titta på frågorna innan om så önskas. Intervjuerna tar max en timme och kommer att spelas in, materialet kommer ej att visas för obehöriga och kommer att raderas när uppsatsen är klar. Innan intervjun kommer ni att få ta del av ytterligare information om studien och ni har även rätt till att avbryta när ni vill.

Vi hade blivit väldigt glada om ni vill delta i studien och vi är flexibla vad gäller tid och rum. Det kanske dyker upp en avbokad tid för er och tveka då inte att höra av er.

Hälsningar Molly och Maria

## **Bilaga 2**

### **Intervjuguide**

#### **Intro**

1. Vad har du för yrke?
2. Vilket år tog du examen?
3. Hur länge har du jobbat här?
4. Vilka är dina huvudsakliga arbetsuppgifter?

#### **Diagnostisering**

5. Hur uppfattar du diagnostisering?
6. Hur ser du på din professionella roll i diagnostisering av avvikande beteende?
7. Vad anser du vara viktigt att tänka när man jobbar med diagnostisering av avvikande beteende?

#### **Professionellt förhållningssätt**

8. Hur hade du valt att beskriva diagnosen ADHD?
9. Hur hade du valt att beskriva underdiagnosen ADD?
10. Vad tror du personligen är uppkomsten till ADHD/ADD? Biologiskt eller socialt/ kombinerat?
11. Uppfattar du att ADD är en neuropsykiatrisk diagnos?
12. Hur uppfattar du diagnostiseringen av ADHD i förhållande till ADD?
13. Vilka fördelar respektive nackdelar uppfattar du med att ADD är en underdiagnos till ADHD?
14. Anser du att ADD bör vara en separat diagnos avskilt från ADHD?
15. Vad tror du kommer hända med ADD i framtiden?

#### **Egna erfarenheter**

16. På vilket sätt kommer du i kontakt med ADHD/underdiagnosen ADD i ditt arbete?
17. Har du någon bra erfarenhet av att man diagnostiseras med ADD?
18. Har du någon dålig erfarenhet av diagnosen av att man blir/inte blir diagnostiserad med ADD?

19. Har du någon erfarenhet av att diagnosen upptäcks för sent? Vad hände då?

### **Generella uppfattningen på BUP**

20. Hur uppfattar du att andra professionella på BUP uppfattar ADD?

21. Finns det olika uppfattning kring diagnostisering av ADD mellan de olika professionerna?

22. Vilken roll tror du BUP har i samhället i skapandet av vad som är normalt resp. avvikande beteende?

### **Interventioner**

23. Hur behandlar ni ADD på BUP?

24. Finns det specifika behandlingsmetoder för ADD

-Använder ni dem?

-Hur använder ni dem?

-Finns det svårigheter med dem?

25. Anser du att det finns tillräckligt med kunskap på din avdelning kring underdiagnosen för att kunna bemöta problematiken rätt?

26. Ser du tendenser på BUP att personer som diagnostiseras med ADD behandlats för annan problematik innan? Vilken?

27. Vad anser du kan förbättras inom behandlingen av ADD?

### **ADD kopplat till Kön**

28. Upplever du en skillnad av diagnostisering av ADHD i relation till kön. På vilket sätt?

29. Ser du någon skillnad i era remitteringar i förhållande till kön? Har du upplevt någon förändring över tid?

30. Ser interventionerna kring diagnosen olika ut utifrån kön?

31. Upplever du i ditt arbete att ADD är en könad "tjej-diagnos"?

## Bilaga 3

### Diagnoskriterier för ADHD

Här följer diagnoskriterierna enligt DSM-5 (Diagnostical and Statistical manual of Mental Disorders) som används vid utredning:

#### ADHD

A. Ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som inverkar negativt på funktionsförmåga eller utveckling, vilket visar sig i (1) och/eller (2):

1. **Ouppmärksamhet:** Minst sex av följande symtom har förelegat i minst 6 månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symtomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studier/arbete.

**Obs:** Symtomen utgör inte enbart manifestationer av oppositionellt beteende, trots, fientlighet eller bristande förmåga att förstå uppgifter eller instruktioner. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.

a. Är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, arbetslivet eller andra aktiviteter (t ex förbiser eller missar helt detaljer, slarvigt genomförda arbetsuppgifter).

b. Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar (t ex har svårt att bibehålla fokus under lektioner, samtal eller under längre stunder av läsning).

c. Verkar sällan lyssna på direkt tilltal (t ex ter sig frånvarande även utan någon uppenbar källa till distraktion).

d. Följer sällan givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (t ex påbörjar uppgifter, men tappar genast fokus och låter sig lätt distraheras).

e. Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter (t ex har svårt att klara av uppgifter i flera led; har svårt att hålla ordning på utensilier, redskap och tillhörigheter; arbetar rörigt och oorganiserat; har svårt att tidsplanera; kan inte

hålla tidsramar).

f. Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t ex skolarbete eller läxor; för äldre tonåringar och vuxna: t ex sammanställa rapporter, fylla i formulär, läsa längre artiklar).

g. Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för uppgifter eller aktiviteter (skolmateriel, pennor, böcker, verktyg, plånböcker, nycklar, anteckningar, glasögon, mobiltelefoner).

h. Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli (för äldre tonåringar och vuxna kan det inkludera ovidkommande tankar).

i. Är ofta glömsk i det dagliga livet (t ex göra hemsysslor, gå ärenden; för äldre tonåringar och vuxna: t ex följa upp telefonmeddelanden, betala räkningar, komma till avtalade möten).

**2. Hyperaktivitet och impulsivitet:** Minst sex av följande symtom har förelegat i minst 6 månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symtomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studier/arbete.

**Obs:** Symtomen utgör inte enbart manifestationer av oppositionellt beteende, trots, fientlighet eller bristande förmåga att förstå uppgifter eller instruktioner. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.

a. Har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still på stolen.

b. Lämnar ofta sin plats i situationer då man förväntas sitta kvar en längre stund (t ex lämnar sin plats i klassrummet, på kontoret eller andra arbetsplatser, eller i andra situationer där det krävs att man sitter kvar).

c. Springer ofta omkring, klänger eller klättrar i situationer där det inte kan anses lämpligt. (**Obs:** hos ungdomar eller vuxna kan det vara begränsat till en känsla av rastlöshet.)

d. Klarar sällan av att leka eller förströ sig lugnt och stilla.

e. Är ofta ”på språng”, agerar ”på högvarv” (t ex är oförmögen eller obekvämt med att vara stilla en längre stund vid exempelvis restaurangbesök eller på möten; kan uppfattas av omgivningen som rastlös eller ha ett sådant tempo att andra har svårt att hänga med).

f. Pratar ofta överdrivet mycket.

g. Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren är färdig (t ex fyller i och avslutar andras meningar; oförmögen att vänta på sin tur i ett samtal).

h. Har ofta svårt att vänta på sin tur (t ex när man står i kö).

i. Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t ex kastar sig in i andras samtal, lekar eller aktiviteter; använder andras saker utan att be om lov eller få tillåtelse; för ungdomar och vuxna: t ex inkräktar i eller tar över andras aktiviteter).

B. Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet förelåg före 12 års ålder.

C. Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet föreligger inom minst två olika områden (t ex i hemmet, i skolan eller på arbetet; i samvaron med vänner eller närstående; vid andra aktiviteter).

D. Det finns klara belägg för att symtomen stör eller försämrar kvaliteten i funktionsförmågan socialt, i studier eller i arbete.

E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med schizofreni eller någon annan psykosjukdom och förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa (t ex förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom, personlighetssyndrom, substansintoxikation eller substansabstinens).

*Specificera form:*

**314.01 (F90.0B) Kombinerad form:** Både kriterium A1 (ouppmärksamhet) och kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet) är uppfyllda under de senaste 6 månaderna.

**314.00 (F90.0C) Huvudsakligen ouppmärksam form:** Kriterium A1 (ouppmärksamhet) är uppfyllt under de senaste 6 månaderna, men inte kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet).

**314.01 (F90.1) Huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv form:** Kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet) är uppfyllt under de senaste 6 månaderna, men inte kriterium A1 (ouppmärksamhet).

*Specificera om:*

**I partiell remission:** Kriterierna för diagnos har tidigare varit uppfyllda. Under de senaste 6 månaderna har kriterierna för diagnos inte varit helt uppfyllda, men



symtomen medför fortfarande funktionsnedsättning socialt, i studier eller i arbete.

*Specificera* aktuell svårighetsgrad:

**Lindrig:** Få, om ens några, symtom utöver de som krävs för diagnosen.

Symtomen orsakar en lättare nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetslivet.

**Medelsvår:** Symtomen eller funktionsnedsättningen ligger mellan nivåerna ”lindrig” och ”svår”.

**Svår:** Många symtom utöver de som krävs för diagnosen, eller flera särskilt svåra symtom, eller symtomen orsakar en markant nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetslivet.