



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

”Då jag möter klienter dagligen med ADHD är det av vikt att känna till diagnosen”

**En kvantitativ studie om socialsekreterares kunskaper
och attityder om barn med ADHD**

Anna Knutsson & Emma Larsson

Kandidatuppsats (SOPA 63)

HT 17

Antal ord 15 422

Handledare: Anders Östnäs

Abstract

Author(s): Anna Knutsson & Emma Larsson

Title: "Since I meet clients with ADHD everyday it is important to have knowledge about the diagnosis" – a quantitative study about the knowledge and attitudes of social workers towards children with ADHD.

Supervisor: Anders Östnäs

Assessor: Mats Hilde

This study examined the knowledge and attitude of social workers working with preliminary assessments and investigations regarding children aged 0-20 diagnosed with ADHD. The theoretical framework which has been used to analyze the open questions in our survey are profession theories. 340 social workers in Götaland completed a questionnaire examining their knowledge and attitudes towards children with ADHD. The result showed that the social workers have adequate knowledge about the symptoms of the diagnosis, but they showed less knowledge about the social consequences an ADHD-diagnosis can lead to. There was some covariance between knowledge and attitudes, but not to a large extent. This study is important because an ADHD-diagnosis can lead to social problems, which is the main area of responsibilities of social workers. One part of the problem is that knowledge about ADHD is not a part of the social worker education, although social workers encounter children with ADHD everyday.

Keywords: ADHD, knowledge, attitude, children, social worker, social problems.

Förord

Vi vill tacka vår handledare Anders Östnäs för vägledning. Vi vill även tacka Lisa Wallander för all hjälp med SPSS och analysen. Vårt arbete hade inte kunnat genomföras utan er hjälp. Vi tackar även Eva Knutsson för kunskapen om ADHD hon bidragit med. Vi vill tacka våra pojkvänner, vänner, familj och alla de som trott på vår idé och stöttat oss genom processen, utan er hade vår studie aldrig genomförts. Till sist vill vi även rikta ett stort tack till alla våra respondenter som har tagit sig tid att medverka i vår studie.

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
1.1 Problemformulering.....	6
1.2 Syfte.....	8
1.3 Frågeställningar.....	8
1.4 Begreppsdefinition.....	9
2. Bakgrund	9
2.1 Historisk bakgrund.....	10
2.2 Uppkomst av ADHD.....	10
2.3 Symptom och svårigheter vid ADHD.....	11
3. Kunskapsläge	12
3.1 Sociala faktorer.....	12
3.2 Skillnader mellan pojkar och flickor.....	13
3.3 Skola.....	14
3.4 Socialt stöd.....	15
3.5 Samvariation mellan kunskap och attityd om ADHD.....	16
4. Teori	18
4.1 Professioner och professionella.....	18
4.2 Diskretion.....	19
4.3 Jurisdiktion och monopol.....	19
4.4 Kompetens.....	20
5. Metod	20
5.1 Urval.....	22
5.2 Enkätens konstruktion.....	23
5.3 Reliabilitet och validitet.....	26
5.3.1 Reliabilitet.....	26
5.3.2 Validitet.....	27
5.4 Analysens genomförande.....	27
5.5 Bortfall.....	29
5.6 Etik.....	30
5.6.1 Etiska principer.....	31
5.6.2 Etiska överväganden.....	32
5.7 Arbetsfördelning.....	32
6. Resultat & tolkning	32
6.1 Resultat.....	33
6.1.1 Resultat av den univariata analysen.....	33
6.1.2 Resultat av den bivariata analysen.....	36
6.2 Tolkningar.....	40
6.2.1 Tolkningar av univariat analys.....	40
6.2.2 Tolkningar av bivariat analys.....	43
6.2.3 Tolkning av öppna frågor.....	45
6.2.3.1 Diskretion.....	45
6.2.3.2 Jurisdiktion/monopol.....	47
6.2.3.3 Kompetens.....	48
7. Sammanfattning	49
7.1 Vilken kunskap har socialsekreterarna om symptom och sociala konsekvenser vid ADHD hos barn?.....	50
7.2 Vilka attityder, exempelvis kring ansvar, om barn med ADHD finns hos socialsekreterarna?...50	50

7.3 Finns det en samvariation mellan socialsekreterarnas kunskap och attityder om barn med ADHD?.....	50
7.4. Finns det en samvariation mellan socialsekreterarnas kunskaper/attityder om barn med ADHD och socialsekreterarnas övriga egenskaper, exempelvis ålder och yrkesverksamma år?	51
8. Slutdiskussion	51
9. Litteraturlista	53
Bilaga 1	57
Bilaga 2	63
Bilaga 3	64
Bilaga 4	66
Bilaga 5	72

1. Inledning

Hirvikoski et al. (2006) skriver att många som arbetar med bedömning av insatser för personer med ADHD har svårt att bedöma vilka insatser som behövs. Utifrån egna erfarenheter tillhör socionomer denna grupp, då ämnet ADHD saknas som område på socionomutbildningen och egna yrkeslivserfarenheter visar på osäkerhet kring vilket stöd barn med ADHD behöver. Denna osäkerhet kan leda till missförstånd i mötet med klienten, vilket vi själva har erfarit. Dessa missförstånd kan exempelvis innebära att socialsekreterarna upplever att barnen med ADHD är besvärliga och att föräldrarna inte har lyckats uppfostra sina barn.

Det har pågått en debatt om ADHD under många år om huruvida det är en legitim diagnos med biologiska förklaringar eller om det är svårigheter som beror på andra faktorer. Debatten kan tänkas vara en orsak till varför det idag är svårt att bedöma vilka insatser som en person med ADHD kan behöva. Eftersom debatten präglas av osäkerhet är det intressant att undersöka huruvida socialsekreterarna är osäkra gällande ADHD-diagnosen och om denna osäkerhet påverkar deras syn på barn med ADHD.

1.1 Problemformulering

Det är inte människor med adhd det är fel på, utan samhällets okunskap och syn på diagnosen.

Okänd (Karpathakis 2017).

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som kan innebära svårigheter med uppmärksamhet, rastlöshet, impulsivitet och hyperaktivitet (Sörngård 2014). Svårigheterna som uppstår ska vara så pass omfattande att det påverkar flera aspekter i individens liv (ibid.).

Carlberg (2014) skriver om "Dampfejden", en debatt om ADHD och DAMP där sociologen Eva Kärfve och läkaren Christopher Gillberg var de främsta aktörerna. Debatten startade med att Gillberg publicerade en debattartikel kring skolans försummelse av barn med funktionsnedsättningar. Han menade att 10% av alla skolbarn hade antingen DAMP, ADHD, Asperger eller Tourettes syndrom (ibid.). Kärfve har skrivit en bok "Hjärnspöken - damp och hotet mot folkhälsan" (2001) där hon ger sina synpunkter på det Gillberg skrivit om. Kärfve menade att det enbart tas upp biologiska förklaringar till varför vissa barn beter sig "annorlunda" och att miljöfaktorer inte finns med i beräkningen (ibid.). Carlberg (2014) skriver att Kärfve menade att en diagnos innebär en social isolering och hon varnade om att barnen skulle ses som avvikande och på så sätt bli isolerade. Kärfve menade att en diagnos skulle leda till "social död". Hon mötte stark kritik, framförallt från psykiatrin. Debatten mellan Gillberg och Kärfve blev hätsk och uppnådde aggressivitetsnivåer som inte setts inom svensk psykiatri sedan 70-talet (ibid.). Gillberg menade att debatten främst har fört utvecklingen bakåt och skapat större polarisering mellan psykiatrin och sociologin. Vidare menade Gillberg att det är viktigt att ha en klinisk utredning där orsaker till ett barns beteende utreds för att kunna avgöra om beteendet beror på en diagnos eller psykosociala missförhållanden (ibid.).

Socialstyrelsen (2014) skriver att kunskap om ADHD hos olika samhällsorgan är av yttersta vikt för att kunna öka förståelse för diagnosen. Det är också viktigt att ha kunskap om de stödinsatser som individer med ADHD kan vara i behov av (ibid.).

Howe (2010) menar att barns neurologiska utveckling är beroende av kvalitén på miljön, särskilt den sociala och omhändertagande miljön. Därför är det viktigt att de professioner som arbetar med att förbättra och förändra relationer, föräldraskap, familjelivet och sociala interaktioner har en stark roll i att främja mental hälsa. Det är viktigt att de psykosociala interventionerna från socialarbetare sker tidigt hos de barn som är i riskzonen (ibid.). Kofler et al. (2011) menar att de svårigheter som barn med ADHD upplever i barndomen fortgår i ungdomen och i vuxen ålder. Svårigheterna utvecklas till kriminalitet, missbruk och dåliga resultat i skolan (ibid.). Detta är svårigheter som socialarbetare arbetar med och är viktiga att kunna uppmärksamma i tidig ålder för att förhindra att dessa problem fortsätter. Det är dock viktigt att poängtera att svårigheterna kan variera i grad vid en ADHD-diagnos.

Det finns bristfällig forskning kring socialt arbete och ADHD och inga studier har genomförts i Sverige. Det finns ingen tidigare forskning som visar på hur ålder och yrkesverksamma år kan påverka socialsekreterarnas kunskaper och attityder och därför kan det vara av vikt att fylla den kunskapsluckan. Därför har det i denna studie valts att undersöka socialsekreterare som arbetar med barn i Sverige. Det första mötet med klienter, det vill säga barn och unga med social problematik, sker oftast med en socialsekreterare som arbetar med förhandsbedömningar och/eller utredningar. Det är viktigt att socialsekreteraren har en kunskap om ADHD för att på så sätt kunna undvika missförstånd i mötet med klienterna och för att kunna veta vart man kan hänvisa klienten vidare. Dessutom är det socialsekreterarna som arbetar med utredning som sätter in möjliga interventioner och det är viktigt att de har kunskap om ADHD för att kunna stödja och hjälpa dessa barn och deras föräldrar på rätt sätt. Det är därför av stor vikt att forskning kring socialsekreterares kunskaper och attityder om ADHD bedrivs.

Barn med ADHD har svårigheter och behov som inte andra barn har. I och med detta finns det en risk för att barnen blir bemötta på ett bristfälligt sätt om rätt kunskap saknas, vilket kan leda till att hjälpinsatserna inte blir anpassade utefter barnets individuella behov. Barn med ADHD ligger i riskzonen för att hamna i exempelvis missbruk och kriminalitet (Kofler et al., 2011), vilket kan förvärras om de inte bemöts på rätt sätt och att hjälpen inte är anpassad utifrån individuella behov och diagnos. I och med detta behöver socialsekreterarna ha kunskap om diagnosen för att kunna bemöta och hjälpa barnen på bästa sätt, vilket i dagsläget är oklart huruvida de har eller inte.

1.2. Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva och analysera de kunskaper och attityder om barn med ADHD som socialsekreterare vilka arbetar med förhandsbedömningar och utredningar gällande barn 0-20 år besitter.

1.3. Frågeställningar

- Vilken kunskap har socialsekreterarna om symptom och sociala konsekvenser vid ADHD hos barn?

- Vilka attityder, exempelvis kring ansvar, om barn med ADHD finns hos socialsekreterarna?
- Finns det en samvariation mellan socialsekreterarnas kunskap och attityder (se ovan) om barn med ADHD?
- Finns det en samvariation mellan socialsekreterarnas kunskaper/attityder (se ovan) om barn med ADHD och socialsekreterarnas övriga egenskaper, exempelvis ålder och yrkesverksamma år?

1.4. Begreppsdefinition

Diagnosen ADHD syftar i denna studie på en neuropsykiatrisk funktionsvariation, där individen oftast har svårigheter med hyperaktivitet, impulsivitet och koncentration (Attention 2018). ADHD är en förkortning som står för Attention Deficit Hyperactivity Disorder. För att få diagnosen krävs det att symptomen är varaktiga och påverkar individens liv i flera avseenden (ibid.).

Attityd i denna studie syftar på en medveten eller omedveten inställning till något, vilket kan visas både öppet eller dolt (Nationalencyklopedin, "attityd"). Attityder skapas genom en individs tidigare erfarenheter och är därmed föränderliga (ibid.).

Kunskap i denna studie syftar på förmågan att förstå något och kunna återge det, samt förmågan att kunna tillämpa information i olika situationer (Svensk ordbok, "kunskap" 2009). Sådan information kan exempelvis syfta på fakta, regler, tillvägagångssätt och orsakssamband. Kunskap kan förvärfvas genom vad andra säger, exempelvis vid studier och genom egna erfarenheter (ibid.).

2. Bakgrund

I detta avsnitt kommer bakgrund om ADHD att presenteras i form av historia, uppkomst samt symptom och svårigheter vid en ADHD-diagnos.

2.1. Historisk bakgrund

Kadesjö (1992) skriver att barn med koncentrationssvårigheter rapporterades för första gången i början av 1900-talet. Strauss & Lehtinen (1947) undersökte påföljder av graviditets- och förlossningskomplikationer hos barn. De kom fram till att små hjärnskador kunde orsaka lindriga störningar såsom inlärningssvårigheter och hyperaktivitet. Detta tillstånd kallades för MBD - minimal brain damage (ibid.). Kadesjö (1992) menar att kritiker sa att det inte fanns belägg för att det skulle finnas strukturella skador i hjärnan och därmed valdes det att istället kallas för Minimal Brain Dysfunction. Ytterligare kritik mot MBD i Sverige uppstod under 70- och 80-talet då det var många barn som fick diagnosen MBD (ibid.). De svenska och amerikanska kritikerna menade att det inte fanns någon tydlig gräns mellan vad som var normalt och onormalt inom diagnosen. Internationellt används diagnosen MBD sällan (ibid.). 20 år senare skriver Gillberg (2013) att Norden enades 1990 om att ersätta begreppet MBD med DAMP. Diagnosen DAMP innefattar delar av diagnosen ADHD, såsom aktivitetskontroll och uppmärksamhetssvårigheter och innefattar utöver detta svårigheter med motorikkontroll och perception. Därmed är diagnoserna DAMP och ADHD delvis överlappande (ibid.). Begreppet ADHD började användas 1987 i den diagnosmanual, DSM, som publicerades det året (Sörngård 2014). Då diagnoskriterierna för ADHD ständigt förändras över tid är det svårt att ge exakta frekvensangivelser för hur många barn i skolåldern som har diagnosen ADHD (Gillberg 2013). I allmänhet anges frekvensen av ADHD vara 4-8% av alla skolbarn. Av de barn som börjar skolan i Sverige har ett av åtta barn ADHD eller DCD (motoriska samordningssvårigheter och/eller varseblivningsproblem) (ibid.). Socialstyrelsen (2014) uppger att cirka fem procent av barn i skolåldern har ADHD.

2.2. Uppkomst av ADHD

Det finns oklarheter i hur ADHD uppkommer. Det finns studier som visar på att det är ärftligt men också att olika riskfaktorer under graviditet och förlossning kan spela roll (Socialstyrelsen 2014). Sörngård (2014) skriver att "ADHD är en så kallad utvecklingsrelaterad störning". Orsakerna till detta kan bero på arv och miljö (ibid.). Duvner (1997) skriver att det finns belägg för att ADHD är ärftligt; 80% av alla barn med ADHD har en nära släkting med ADHD. En mindre förekommande orsak till ADHD kan ske på hjärnans utveckling i fosterstadiet. Föds barnet för tidigt eller underviktig kan risken för ADHD eller andra funktionsvariationer öka. Om mamman brukar alkohol eller nikotin under graviditeten

kan detta öka risken för ADHD eller andra funktionsvariationer (ibid.). Vidare menar Duvner (1997) att sociala missförhållanden i familjen i sig inte orsakar ADHD men att det kan förvärra barnets svårigheter, hur bestående dessa blir och hur avvikande barnets beteende blir. I de familjer där föräldrarna själva har ADHD och svårigheter med att exempelvis strukturera vardagen och kontrollera impulser och humör, kan barnet få liknande svårigheter. Detta är viktigt att ha i åtanke vid arbete med barnet och dennes familj (ibid.).

2.3. Symptom och svårigheter vid ADHD

ADHD medför problem med uppmärksamhet, rastlöshet, impulsivitet och hyperaktivitet och dessa svårigheter yttrar sig på olika sätt (Sörngård 2014). För att få diagnosen ADHD måste svårigheterna som uppstår vara så pass omfattande att det påverkar flera aspekter i individens liv. Det är vanligt att alla individer upplever att de är rastlösa eller har svårt att koncentrera sig ibland men det är först när det går ut över individens liv som en ADHD-diagnos kan vara aktuell. Svårigheterna ska också ha funnits i individens liv en längre tid (ibid.).

DSM-V (Diagnostical and Statistical manual of Mental Disorders) är den senaste upplaga där kriterier för olika psykiska funktionsnedsättningar presenteras. Manualen används flitigt i Sverige, fast ICD-10 är det officiella systemet (Sörngård 2014). Kriterierna för ADHD är indelat i två kategorier: ouppmärksamhet och hyperaktivitet-impulsivitet (APA - American Psychiatric Association 2013). Ouppmärksamhet innefattar exempelvis bristande uppmärksamhet vid uppgifter, att barnet ofta gör slarvfel i skolarbetet och ofta glömmer bort saker i vardagslivet. Hyperaktivitet-impulsivitet innefattar exempelvis att barnet har svårt att sitta still under en längre tid, är ofta på språng, pratar överdrivet mycket och ofta avbryter andra, har svårigheter med turtagning och svarar på frågor innan frågorna blivit helt uttalade (ibid.). För att få en ADHD-diagnos ska minst sex av symptomen från vardera kategori finnas hos det barn som är 16 år eller yngre, respektive minst fem symptom för en ungdom som är 17 år eller äldre. Symptomen från vardera kategori ska ha funnits i minst sex månader och påverka individens utveckling markant. Symptomen ska ha funnits hos individen före 12 års ålder. Symptomen ska uppenbaras i minst två olika miljöer, exempelvis skola, hemmet, med vänner eller vid andra aktiviteter (ibid.).

Kärfve (2001) förhåller sig kritisk till Gillbergs forskning om ADHD och menar att en överdiagnostisering av diagnosen sker. Kärfve tycker att det är ett för stort medicinskt fokus

gällande ADHD och att den sociala faktorn hamnar i skymundan. Hon upplever att diagnosmanualen DSM är för tolkningsbar och därför ges diagnosen till alltför många. Kärfve menar att ADHD-diagnosen sätter en stämpel på individer som avviker vilket medför att de blir utanför samhället (ibid.).

3. Kunskapsläge

I följande avsnitt sker en presentation av hur kunskapsläget kring ADHD och kunskaper och attityder ser ut. För att belysa detta kommer en redovisning av tidigare forskning inom ämnet att presenteras, utan att värderingar eller reflektioner från författarna från denna studie vägs in. I dagsläget finns det begränsad forskning kring socialsekreterare och deras kunskaper och attityder kring barn och unga med ADHD. Den forskning som går att hitta om kunskaper och attityder kring ADHD handlar till stor del om lärares perspektiv i olika länder. Fokus ligger på diagnosen ADHD i många av avsnitten nedan. Detta är för att påvisa enkätens relevans och för att kunna tolka de resultat som presenteras i ett senare kapitel. Det ligger även till grund för att kunna "avgöra" huruvida respondenterna svarat "rätt" eller "fel" på enkäten och genom det kunna göra en relevant tolkning. Kunskapen i detta avsnittet har hittats via sökmotorn LubSearch. De sökord som har använts för att hitta kunskapen är: ADHD, knowledge, attitudes, social worker, social problems, children, missbruk, kriminalitet och school. Dessa sökord har använts i kombination med varandra, där sökordet ADHD har ingått i de flesta sökningar. Vid enstaka sökningar har sökordet ADHD inte använts i kombination med kunskap och attityd. Kunskapen har hittats via litteratur om diagnosen ADHD.

3.1. Sociala faktorer

Gillberg (2013) menar att nästan alla människor är i behov av en välfungerande familj för att kunna utveckla en god psykisk hälsa. Vissa studier har visat att den nedsatta koncentrationen och uppmärksamheten som förekommer vid en ADHD-diagnos kan göra det svårt att reflektera över en negativ familjesituation. Om föräldrarna däremot ofta riktar det negativa direkt mot barnet med ADHD kan detta utveckla ett lågt självförtroende eller antisocialt beteende (ibid.). Detta kan i sin tur leda till en negativ spiral där föräldrarna blir mer frustrerade över barnets antisociala beteende, vilket i sin tur spär på barnets beteende. I dessa

fall är det viktigt att familjen får förståelse för diagnosen och varför barnet beter sig som det gör. Detsamma kan gälla skolan, där en bristande förståelse för diagnosen kan ha förödande konsekvenser för barnet. Svårigheterna för barnet utvecklas ytterligare under mellan- och högstadiet, då läs- och skrivsvårigheter ofta har tillkommit, samt sociala beteendestörningar. Skolan tolkar barnets beteende som lathet och förvärrar barnets självförtroende (ibid.).

Kofler et al. (2011) skriver att hos majoriteten av barn med ADHD finns signifikanta och skadliga sociala problem. Barnen själva har ingen uppfattning om de sociala problemen de har, utan det är föräldrar, kompisar och lärare som upptäcker problemen. Vidare skriver de att barn med ADHD beskrivs vara mindre populära och har svårt att få vänner då de ofta blir avvisade av jämgamla (ibid.).

Carlsson Kendall (2012) skriver att hos barn med ADHD är det vanligt att ha svårigheter att reglera sina känslor. Barnet växlar snabbt mellan olika sinnestillstånd och känslorna tar lätt överhand. Det är vanligt att barn med ADHD har kraftiga och sanna reaktioner på grund av förändringar och frustrationer. De barn som är impulsiva reagerar snabbt och hinner därmed inte ta in hela situationen, vilket leder till att de kan uppfattas som okänsliga (ibid.). Enligt Socialstyrelsen (2012) är det vanligt med aggressionsutbrott hos barn i förskoleåldern när barnet stöter på mindre motgångar. Detta oförutsägbara beteendet kan vara väldigt påfrestande för föräldrarna (ibid.).

Duvner (1997) skriver att aggressivitet delvis är ett ärftligt personlighetsdrag, men det är också ett inlärt sätt att hantera negativa erfarenheter för att skydda sin integritet och självkänsla. Detta leder till trots, aggressivt bemötande och upptrappande konflikter. Det är därmed viktigt att upptäcka detta i tid så barnet och föräldrarna får rätt hjälp och på så vis motverka ett aggressivt beteende i vardagskonflikter (ibid.).

3.2. Skillnader mellan pojkar och flickor

Nadaeau, Littman & Quinn (2002) skriver att det manliga ADHD-mönstret är lättare att observera och därmed överbetonas. De menar att pojkars beteende är lättare att känna igen vid ADHD då deras symptom vanligtvis innebär hyperaktivitet, impulsivitet och utagerande beteende. Flickors symptom innebär vanligtvis: pratighet, social tillbakadragenhet, glömska, oreda och en "intensiv, ängslig, överdriven fokusering på skolarbetet" (ibid.). Vidare refererar

de till Gaub & Carlson (1997) som skriver att flickor ofta är mindre aggressiva och aktiva samt mer följsamma och att detta dels beror på biologi, men även socialisation (Nadeau, Littman & Quinn 2002). Nadeau, Littman & Quinn (2002) menar att flickor är både neurologiskt och biologiskt annorlunda än pojkar; de har andra sätt att uttrycka sig och umgås utifrån att flickor är uppfostrade med andra sociala förväntningar än pojkar. De menar att det därför ter sig naturligt att pojkar och flickor med ADHD skiljer sig åt. De utåtagerande beteendena såsom aggressivitet och trots är mer typiska för pojkar och leder till att flickor kan bli förbisedda. Vidare skriver de att flera studier har visat att flickor med ADHD har svårare med kompisrelationer än vad pojkar har då det ställs högre sociala krav på flickor (ibid.).

3.3. Skola

Carlsson Kendall (2012) skriver att en grundläggande svårighet för de som har ADHD är att de exekutiva funktionerna utvecklas senare eller sämre. De exekutiva funktionerna behöver vi för att kunna organisera vår vardag. Skolan idag ställer allt högre krav på att individen själva ska ta ansvar för sitt lärande. Det krävs mycket motivering för att ett barn med ADHD ska genomföra sina skoluppgifter och därför kan de prestera ojämnt (ibid.). Fernell et al. (2014) skriver att ungefär hälften av alla barn med ADHD har någon form av skriv- eller lässvårighet, vilket försvårar deras chanser att nå upp till förväntade skolresultat, kunskapsmål. När det gäller barn med ADHD är det viktigt att insatser i form av stöd och hjälp till föräldrar samt skolpersonal sätts in (ibid.).

Symptombilden hos individer med ADHD kan variera över tid. Det är vanligt att det mest framträdande svårigheten hos yngre barn är hyperaktivitet och i takt med att barnet börjar skolan blir koncentrationssvårigheter allt mer problematiskt (Socialstyrelsen 2014). Svårigheterna består oftast i vuxen ålder, dock kan hyperaktiviteten minska hos vissa. För ungdomar med ADHD är det vanligt att känna rastlöshet och det kan vara svårt att se konsekvenserna för sina handlingar. För ungdomar med ADHD kan det också vara en svår utmaning att kunna planera och ta ansvar för vardagsuppgifter. Dessa svårigheter kan orsaka att ungdomen skolkar samt upplever utanförskap (ibid.). Gillberg (2013) skriver att problem med ADHD är mer framstående i skolan än hemma.

Bengtner & Iwarson (2003) skriver att barn med ADHD/DAMP kan ligga 30% under normal utveckling än hos jämnåriga; en 12-åring med ADHD har en förmåga motsvarande en 8-9-åringens förmåga inom samma funktion (ibid.).

Duvner (1997) skriver att det är viktigt att uppmärksamma när diagnoserna ADHD och dyslexi finns samtidigt då båda diagnoserna påverkar koncentrationsförmågan. ADHD-diagnosen försämrar barnets möjlighet till god läs- och skrivpedagogik och kan kräva särskilda behandlingsinsatser (ibid.). Gillberg (2013) skriver att hälften av alla barn med DAMP har dyslexi, men menar att andelen barn med ADHD har dyslexi i lägre utsträckning än de med DAMP. Vidare menar han att det är viktigt att veta att om ett barn har dyslexi finns möjligheten för att barnet även har ADHD och svårigheter inom språk och tal.

3.4. Socialt stöd

Duvner (1997) skriver att "Alla som arbetar med barn och ungdomar behöver känna igen symptombilden vid ADHD".

Börjesson & Palmblad (2008) menar att ADHD diagnosen är komplex med många varierande svårigheter, vilket gör det svårt för individer med ADHD att passa in i en av de sociala arbetets kategorier.

Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) 5 kap. 1 § p1. tydliggör att "Socialnämnden ska verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden,". Enligt Socialtjänstlagen 5 kap. 1 § p4. ska socialnämnden "aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel,". Socialtjänstlagen 5 kap. 7 § menar att Socialnämnden ska verka för att människor som av bland annat psykiska skäl har betydande svårigheter i sitt liv ska få möjlighet att leva som andra och kunna delta i gemenskapen i samhället.

Sörngård (2014) skriver att för föräldrar som har barn med ADHD kan socialtjänsten erbjuda stöd i rollen som förälder. Eftersom ADHD är en diagnos som innehåller ett flertal sociala problem, blir socialarbetare på så vis relevanta i de insatser som finns från samhällets sida (ibid.).

Lundemark Andersen (2016) skriver att trots att ADHD-diagnosen har många sociala konsekvenser finns det främst forskning med en biomedicinsk eller psykologisk inriktning. Hon menar att en diagnos ger förutsättningar för att få stöd och hjälp från det sociala systemet, men diagnosen i sig innebär inte att en individ får stöd och hjälp. För att få hjälp och stöd behöver individen ha en viss grad av svårigheter. Med andra ord innebär detta att en individ med ADHD inte per automatik får rätt till förmåner eller andra former av socialt stöd (ibid.). Ett problem med att kriterierna för en ADHD-diagnos är biomedicinska och psykologiska är att det försvårar möjligheten att passa in en av det sociala arbetets kategorier, vilket därmed kan försvåra möjligheten att få tillräckligt med stöd (ibid.). Lundemark Andersen (2016) refererar till Hawthorne (2010) som skriver att ADHD oftast finns kombinerat med andra problem, exempelvis kriminalitet, missbruk, våld och negativt beteende. Hawthorne menar att de tidigare nämnda problemen påverkar ungdomars självkänsla negativt och det påverkar samspelet mellan individen och det sociala systemet (ibid.). Lundemark Andersen (2016) menar att det i framtiden är oundvikligt att socialt arbete kommer innefatta arbete med ett flertal neuropsykiatriska diagnoser.

3.5. Samvariation mellan kunskap och attityd om ADHD

Pentecost och Wood (2002) undersökte socialarbetare i Storbritannien och deras kunskaper och uppfattningar kring barn med ADHD. Studien visade att majoriteten av socialarbetare förstår diagnoskriterierna för ADHD, men det fanns en osäkerhet kring vilken behandling som var lämplig. De flesta socialarbetare föredrog psykosociala interventioner, exempelvis föräldrastöd. Studien visade att många socialarbetare inte hade kunskap om vart man hänvisar barn med ADHD och deras föräldrar för att få extra hjälp i samhället (ibid.).

Dryer, Kiernan & Tyson (2012) genomförde en studie om australienska föräldrars och professionellas uppfattningar om behandling och management om ADHD. I studien ingick nio olika grupper, bland annat läkare, föräldrar, lärare och socialarbetare och de fick svara på en fråga rörande vilka behandlingsfaktorer som de anser fungerar bäst (ibid.). De behandlingsfaktorer som tas upp i studien är: medicinska interventioner, skolinterventioner, föräldrinterventioner samt icke-traditionella interventioner. Icke-traditionella interventioner är exempelvis ljudbehandling, biofeedback, kinesiologi och kiropraktiska manipuleringar. Deras studie visar på att den behandlingsfaktor som socialarbetare ansåg fungera bäst var

interventioner i skolan, exempelvis förändringar i utbildningsstrukturen samt mer lärarstöd (ibid.).

Moldavsky & Sayal (2013) skriver om en studie som gjorts i Sri Lanka där mer än hälften av lärarna ansåg att barn med ADHD är elaka och 80 % trodde att ADHD berodde på dålig uppfostran. De lärare som hade mer kunskap om barnpsykologi hade även mer kunskap om och mer positiv inställning till ADHD. Moldavsky & Sayal (2013) skriver om ytterligare en studie som genomförts i USA om lärarstudier och deras kunskaper om ADHD där de kom fram till att 60 % av deras svar var korrekta och att de visade bra kunskap kring ADHD-mediciner. Lärarstudenterna hade mindre kunskap om orsakerna bakom varför ADHD uppstår och 15 % av dem trodde att ADHD-medicin kan leda till ett missbruk (ibid.).

Amiri et al. (2016) undersökte iranska förskollärares kunskaper och attityder om barn med ADHD. De kom fram till att hög kunskap innebar mer positiv attityd gentemot ADHD. Det visade sig att förskollärarna hade bättre kunskap om symptom och behandling än om andra aspekter av ADHD, exempelvis etiologi (ibid.). Förskollärares kunskap om ADHD var till stor del baserad på egna erfarenheter inom arbetet, där de hade större kunskap om skolproblem och vänskapsrelationer än om andra aspekter och konsekvenser en ADHD-diagnos kan medföra (ibid.).

Fernell et al. (2014) skriver att inom skola, socialtjänst och psykiatri kan det hända att symptomen för ADHD inte känns igen, trots att kunskapen om diagnosen har ökat på senare år. Symptomen ges ofta en annan förklaring. Vidare skriver de att det finns ökade risker hos individer med ADHD att utveckla ett missbruk samt att hamna i kriminalitet. Fernell et al. (2014) skriver om två studier som gjorts i Sverige som visar att det fanns en ADHD-diagnos hos 40% hos de individer som är inlåsta på en kriminalanstalt (ibid.). Vidare går det att anta att ADHD alltid har funnits men att i dagens samhälle är konsekvenserna för diagnosen mer framträdande då det ställs högre krav på det kognitiva tänkandet (ibid.). Ökade valmöjligheter ställer krav på att individer ska kunna fatta fler beslut än vad som tidigare behövts. Det är viktigt att rätt insatser och kunskap finns hos de som kommer i kontakt med individer med ADHD. Den stora utmaningen idag är att förbättra samverkan mellan skola, sjukvård och socialtjänst så att individer med ADHD i god tid kan få rätt stöd och insatser (ibid.).

Eliasson (2012) har gjort en intervju med Bo Söderpalm, professor och överläkare inom psykiatri vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Han skriver att barn och unga med ADHD löper en större risk att utveckla ett missbruk i vuxen ålder och att ett flertal studier kommit fram till att varannan vuxen med ADHD utvecklar missbruk (ibid.). Söderpalm säger att ADHD-diagnosen ökar risken för att någon gång i livet utveckla ett missbruk eller beroende av alkohol, nikotin och narkotika (Eliasson 2012).

4. Teori

Den teori som har valts för studien är professionsteori. Teorin kommer att användas vid analys av enkätens öppna frågor. Professionsteorin kommer framförallt diskuteras med hjälp av tre centrala begrepp: diskretion, jurisdiktion och monopol samt kompetens. Nedan följer en beskrivning av vad professionsteori är, vad profession innebär samt en beskrivning av de valda begreppen.

4.1. Professioner och professionella

Dellgran (2015) menar att professionsbegreppet är teoretiskt omstritt. Det finns tre centrala aspekter inom profession som nämns: vetenskap, monopol och expertis. Vetenskap handlar om att en yrkesgrupps tjänster är baserade på vetenskapligt grundade kunskaper genom en högre utbildning. Monopol innebär att en yrkesgrupp har blivit tilldelad legal och exklusiv rätt att utföra vissa arbetsuppgifter. Expertis handlar om att en yrkesgrupp har förmågan att tillämpa både generell och specificerad kunskap på konkreta fall (ibid.). Monopol kommer ytterligare förtydligas senare i detta avsnitt.

Brante (2009) skriver om Julia Evetts (1999) och hon definierar profession enligt följande:

“ett yrke som är 1) kunskapsbaserat, där kunskapen är grundad i flera års högre utbildning och yrkespraktik, träning. De tillhör i första hand 2) medelklassen och förekommer inom tjänste- eller servicesektorn. Vidare är de i större eller mindre utsträckning 3) självreglerande vad avser licensiering och arbetsrutiner” (s. 22).

Brante (2014) skriver att professionella kan kallas för “kunskapssamhällets bärare”. Han kallar dem för “bärare” då professionella i arbetslivet tillämpar innovationer som utvecklats av andra experter (ibid.).

Brante (2009) skriver att: “Profession som både begrepp och företeelse är centralt för att förstå såväl samhällsutvecklingen i stort som mycken samhällsdynamik på organisations- och interaktionsnivå” (s. 15). Vidare går det att skilja på professioner på mikro- och makronivå. Mikronivå syftar till professioner som utför personliga tjänster till klienter, exempelvis socialarbetare och läkare. Makronivå syftar till professioner som arbetar på en samhällelig nivå, exempelvis ekonomer och samhällsplanerare (ibid.).

4.2. Diskretion

Brante (2014) skriver att diskretion innebär att “ge upp” eller att kapitulera inför någon. Det innebär att en person har fått godkänd makt till att bedöma och i vissa fall bestämma i ett visst avseende vad som ska hända med en person. En person kan få diskretion då personen besitter bättre skicklighet och kunskap. Den professionella får ett förtroende på grund av sin position (ibid.). Dellgran (2015) skriver att diskretion innebär att den professionella självständigt utför arbetsuppgifterna. Vidare skriver han att diskretion handlar om självständighet inom yrket vilket syftar till olika professionella handlingar, exempelvis bedömningar och sätta diagnoser. Dessa handlingar grundas på tolkningar och generell kunskap. Utöver att tolka enskilda fall innebär diskretion att kunna följa ett regelverk. Diskretion innebär ett förtroende för professionernas etik, kunskap och förtroende till den enskilde yrkesutövarens “förmåga att göra riktiga, kunskapsbaserade bedömningar och fatta objektiva, legitima och kloka beslut - utan inverkan av personliga värderingar och ovidkommande uppfattningar om vad som är rätt eller fel.” (Dellgran 2015, s. 179).

4.3. Jurisdiktion och monopol

Dellgran (2015) skriver att sedan 1800-talet har olika yrkesgrupper grupperat sig för att få monopol på sin yrkesverksamhet. Genom sanktioner från staten har yrkesgrupperna blivit institutionaliserade och därmed erhållit legitimitet och status. Yrkesgrupperna har en kunskapsbas, normer och etiska regler, för att på så vis skapa ett förtroende från det övriga samhället (ibid.).

Ponnert & Svensson (2015) refererar till Abbott (1988) som menar att en profession har jurisdiktion över ett specifikt område. Jurisdiktion betyder att ha kontroll över arbetsuppgifterna och ibland över den kunskap som används för att utföra arbetsuppgifterna (ibid.). Dellgran (2015) skriver att jurisdiktion kan ses som en rätt där professionen har rätt att självständigt kontrollera sin egna yrkesutövning, där exempelvis legitimation skyddar det egna yrkesområdet. I verkligheten kan dock jurisdiktionen variera i grad mellan olika yrkesgrupper, exempelvis när det gäller kontroll (ibid.).

4.4. Kompetens

Ellström (1992) definierar allmänt begreppet kompetens enligt följande: “en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller kontext” (s. 21). I denna definition sätts kompetens i ett sammanhang där individen utför en uppgift inom arbetet, det vill säga att individ och arbete ligger till grund för denna definition av kompetens (Ellström 1992).

Ellström (1992) skiljer på begreppen formell kompetens och reell kompetens. Formell kompetens syftar till den kompetens som en individ får genom en formell utbildning. Den reella kompetensen handlar om den egentliga kompetens som en individ besitter och som kan användas för att lösa uppgifter och utföra ett arbete. Ett problem med denna uppdelning av begrepp är att den formella kompetensen, som syftar till kunskap förvärvat genom utbildning, inte behöver säga något om den reella kompetensen. Det handlar om vad individen tar till sig under en utbildning och hur kunskapen ser ut i praktiken (ibid.).

5. Metod

I detta avsnitt presenteras olika metodologiska överväganden. En fördjupning av det valda tillvägagångssättet presenteras sist. Slutligen diskuteras fördelar och nackdelar med en kvantitativ samt kvalitativ ansats.

I denna studie har en kvantitativ ansats använts, med enkäter som datainsamlingsmetod där respondenternas svar var det empiriska datamaterialet. Det empiriska datamaterialet har sedan

kodats och analyserats i SPSS. En kvantitativ ansats har använts i denna studie för att kunna se om en samvariation mellan kunskap och attityd finns. Eftersom frågeställningarna inte var formulerade för att få beskrivande och upplevda svar, blev en kvantitativ ansats lämplig.

För denna studie har enkät valts som metod för att samla in data. Bryman (2011) skriver att en enkät är ett av de vanligaste sätten att samla in data på och det vanligaste sättet att skicka ut enkäter är via post, en så kallad postenkät. Det som skiljer enkäter från strukturerade intervjuer är att respondenterna besvarar de ofta slutna frågorna på egen hand (ibid.). En fördel med att använda enkät istället för strukturerad intervju är att en enkät är billigare att förvalta. Det är också en fördel att enkäter kan skickas ut i större mängd vid ett tillfälle, vilket sparar tid för forskarna (ibid.). En nackdel med att använda enkät är att inga följdfrågor kan ställas till respondenterna för att därmed få fördjupad förståelse. Det är också större risk att respondenten tröttnar på de frågor som finns i en enkät och inte besvarar dem, än att de slutar svara intervjuaren av samma anledning (ibid.).

Barmark & Djurfeldt (2015) skriver att en enkät kan ses som en form av en intervju, då även en enkät är till för att få svar på ett antal frågor. En enkät är helt standardiserad, vilket innebär att alla frågor ställs på exakt samma sätt till samtliga respondenter. En enkät är i hög grad strukturerad då svarsalternativen är bestämda på förhand. De flesta enkäterna är slutna eftersom respondenten inte får formulera sina egna svar, det är dock inte ovanligt att öppna frågor också kan förekomma (ibid.).

Enkäten i denna studie har skickats via post, detta för att respondenterna i lugn och ro ska kunna besvara frågorna utan att påverkas av någon forskare (Körner & Wahlgren 2015). Det är viktigt att enkätfrågorna är lättförståeliga då forskaren inte är närvarande vid en enkät. Om frågorna är lättförståeliga minskar risken för missuppfattningar (ibid.). Då ingen forskare varit närvarande vid den aktuella studien var det viktigt att enkätfrågorna var lättförståeliga, för att därmed minska risken för missuppfattningar. Ett datum sattes då enhetscheferna/1:e socialsekreterare skulle ha skickat de besvarade enkäterna tillbaka till forskarna via bifogat svarskuvert.

Nedan följer en diskussion kring för- och nackdelar med en kvalitativ metod respektive kvantitativ metod.

I en intervju är inte svaren styrda på samma sätt som i exempelvis en enkät och därför blir svaren det som respondenten vill berätta, vilket reflekteras i studien (Bryman 2011). En negativ aspekt med den kvalitativa ansatsen är att studien blir beroende av vad forskarna tolkar och tar med av det som respondenten berättar och också vad som utesluts. Resultatet blir därmed subjektivt (ibid.). Ytterligare en negativ aspekt med en kvalitativ ansats, där en intervju används, är den så kallade intervjuareffekten. Bryman (2011) beskriver intervjuareffekten med att det finns flera aspekter hos intervjuaren som påverkar de svar som den intervjuade ger, såsom tonläge och kroppsspråk. En fördel med att använda en kvantitativ metod, exempelvis enkäter, är att resultatet är av en objektiv karaktär där utrymme för tolkning är mindre. Dessutom är respondenten anonym i sina svar och kan därmed vara ärlig (ibid.). Körner och Wahlgren (2015) skriver att en begränsning med den kvantitativa ansatsen är att det finns risk för bortfall. I en enkät kan inte följdfrågor ställas och respondenten kan inte fråga forskarna ifall frågor är svårförståeliga (ibid.).

5.1. Urval

I detta avsnitt presenteras urvalet och en förklaring av hur urvalet har gjorts.

Trost & Hultåker (2016,) skriver att det vanligtvis inte är möjligt att samla in data från samtliga respondenter i den valda populationen, det vill säga om populationen är stor. Det skulle bli för dyrt och komplicerat att skicka ut enkäter till flera miljoner människor. Det är därför en bra idé att göra ett urval av samtliga i den valda populationen (ibid.).

Det första steget inför en studie är att ställa sig frågan vilken population man vill undersöka (Trost & Hultåker 2016). Det är viktigt att noga tänka igenom vilken grupp som är relevant att undersöka (Barmark & Djurfeldt 2015).

Frågeställningarna i denna studie har riktat sig till socialsekreterare inom socialtjänsten som arbetar med förhandsbedömningar och utredningar gällande barn och unga, från 0-20 år och blev därmed den valda gruppen att undersöka. För att få fram ett urval till denna studie gjordes avgränsningar i ett flertal steg, ett så kallat flerstegsurval. Barmark & Djurfeldt (2015) skriver att ett flerstegsurval är en bra idé ifall populationen är fördelad över ett stort geografiskt område. Det geografiska området delas därefter in i mindre delar, exempelvis kommuner. I denna studie har ett strategiskt flerstegsurval gjorts, det vill säga att urvalet inte

skett slumpmässigt. Det finns sammanlagt 290 kommuner i Sverige. 290 kommuner var för omfattande för denna studie och behövde därmed begränsas för att anpassas efter storleken på studien. Således valdes urvalet att avgränsas till en specifik del av Sverige och valet föll på Götaland. Götaland valdes eftersom Götaland är den landsdel som har flest kommuner. Det finns 140 stycken kommuner i Götaland; detta upplevdes för omfattande för studien. Därför delades Götaland in i de 10 landskap som finns: Blekinge, Bohuslän, Dalsland, Halland, Skåne, Småland, Västergötland, Östergötland, Gotland och Öland. Vidare valdes en eller två kommuner från samtliga landskap ut, beroende på landskapets storlek. I ett fåtal av kommunerna fanns ett flertal stadsdelar, i dessa fall valdes stadsdel ut genom ett obundet slumpmässigt urval. Detta gjordes därför att stadsdelarna antogs vara lika stora. Barmark & Djurfeldt (2015) menar att ett obundet slumpmässigt urval är ett urval där alla alternativ har samma chans att bli valda. Det är obundet därför att inget alternativ är beroende av ett annat alternativ. Ett exempel på ett slumpmässigt urval är att en lapp dras ur en hatt och den dragna lappen blir en del av urvalet (ibid.). Det slumpmässiga urvalet av dessa stadsdelar skedde genom att namnet på stadsdelarna skrevs ned på lappar och en neutral part fick därefter dra en lapp med en stadsdel på. Den stadsdelen blev en del av urvalet. Urvalet bestod slutligen av 20 kommuner från Götaland.

Varje enhetschef/1:e socialsekreterare på respektive barn- och ungdomsenhet kontaktades via mejl och/eller telefon för att undersöka intresset av att delta i undersökningen samt för att ta reda på hur många socialsekreterare som arbetar på enheten (se bilaga 5). Efter kontakt med samtliga enhetschefer/1:e socialsekreterare blev det totala urvalet 575 socialsekreterare som arbetar med förhandsbedömningar och utredningar gällande barn och unga 0-20 år. Varje kommun har givits en bokstav A-P, som representerat respondent-id.

5.2. Enkätens konstruktion

I följande avsnitt förklaras hur enkäten har konstruerats där bland annat en förklaring av hur frågor och svarsalternativ utformats följer. Frågorna i enkäten är baserade på den tidigare forskningen som tas upp i kunskapsläget och problemformuleringen samt den information om ADHD som ges i kapitlet Kunskapsläge.

Enkäten (se bilaga 1) har utformats av forskarna själva där frågorna är grundade i olika fakta och fördomar om ADHD. Ett följebrev (se bilaga 2 & 3) bifogades till samtliga enkäter där

information kring enkäten presenterades, syftet kring studien, vem den riktar sig till och hur resultatet presenteras.

Barmark & Djurfeldt (2015) skriver att det är viktigt att noga tänka igenom vilka enkäten riktar sig till och vilken population frågeställningarna i studien riktar sig till. Det var därmed viktigt att anpassa frågorna efter socialsekreterarna och deras situation.

Bryman (2011) skriver att det är en poäng att utforma enkäten så att den ser så tunn eller kort ut som möjligt. På detta sätt blir inte respondenterna lika avskräckta från att besvara enkäten och på så sätt minskas bortfallet. Det är också viktigt att tänka på att frågorna inte ska komma alltför tätt, då detta ökar risken att respondenten missar en fråga. Det är viktigt att layouten är lockande (ibid.). Enkäten i denna studie innehöll inte många frågor och blev därmed inte omfattande. Det lämnades ett visst mellanrum mellan frågorna, vilket gjorde layouten luftig.

När enkätfrågorna utformades låg tidigare forskning (se avsnitt om kunskapsläge) till grund. Påståendet "Jag tror att alla barn med ADHD är aggressiva mot andra människor" formulerades med grund i Socialstyrelsen (2012) som skriver att aggressionsutbrott kan vara vanligt hos yngre barn med ADHD. Carlsson Kendall (2012) skriver att barn med ADHD ofta har kraftiga reaktioner. Frågorna om kriminalitet och missbruk formulerades utifrån Lundemark Andersen (2016) som refererar till Hawthorne (2010). Han menar att kriminalitet, missbruk, våld och negativt beteende ofta är sammanlänkat med en ADHD-diagnos. Kofler et al. (2011) påvisar att barn med ADHD generellt har sämre skolresultat och har svårare att få vänner. Detta resulterade i frågorna om skolan, sociala problem och vänskap.

Bryman (2011) skriver om två olika utformningar av svarsalternativ på de slutna frågorna: vertikala och horisontella svarsalternativ, vilket innebär att svarsalternativen antingen kommer i en vertikal eller horisontell ordning. Han menar att det är svarsalternativen som avgör om frågorna ska ordnas vertikalt eller horisontellt, men att de flesta författarna föredrar vertikalt. När svarsalternativen ordnas horisontellt finns det en risk att respondenten av misstag kryssar i fel alternativ om enkäten fylls i snabbt. De vertikalt ordnade svarsalternativen gör att frågorna och svarsalternativen skiljs åt på ett tydligare sätt. Bryman menar att problemet som följs av horisontella svarsalternativ kan undvikas genom att utrymme och stilsort utnyttjas (ibid.). Svarsalternativen i enkäten för denna studie har valts att göras både horisontellt och vertikalt beroende på hur frågorna sett ut. Vertikala svarsalternativ

har använts vid bakgrundsfrågor samt när flera svarsalternativ varit möjliga, medan de horisontella svarsalternativen använts vid attityd- och kunskapsfrågorna. Detta har gjorts för att enkäten inte skulle se för lång och omfattande ut.

Bryman (2011) menar att det är viktigt att ge tydliga instruktioner till respondenterna om hur de ska svara på de slutna frågorna för att undvika att respondenterna blir osäkra på hur de ska svara på frågorna. Vidare menar han att det är viktigt att klargöra hur respondenterna ska svara på frågorna för att undvika att de kryssar i mer än ett alternativ på frågor där ett svarsalternativ ska anges, då detta leder till ett bortfall (ibid.). I enkäten för denna studie har korta instruktioner givits till respondenterna inför varje ny del av enkäten, där de fått information om hur de ska besvara frågorna.

Enkäten i denna studie var ett frågeformulär innehållande attityd- och kunskapsfrågor. Trost & Hultåker (2016) skriver att det finns två sätt att ställa attitydfrågor på, antingen kan respondenten "ta ställning till ett antal påståendesatser och ange i vilken utsträckning han eller hon instämmer i påståendena" eller svara på ja eller nej frågor. Det är viktigt att tänka på att inte ha alltför många påståenden i rad då detta kan trötta ut respondenten (ibid.). Ett sätt att lösa detta på kan vara att dela upp påståendena och lämna utrymme mellan var tredje eller fjärde påstående, då detta blir lättare för respondenten att svara på (ibid.). I denna studie fick respondenten svara på fem attitydfrågor på en skala där instämmer helt eller instämmer absolut inte var motpoler. Mellan dessa frågor lämnades utrymme för respondenten att motivera sina svar.

Barmark & Djurfeldt (2015) skriver att det är viktigt att presentera sin studie för respondenterna oavsett om det är en enkät eller inte. Vid postenkäter brukar det medföljande informationsbrevet kallas för följebrev. Det finns två viktiga aspekter vid utformningen av ett följebrev: dels är det viktigt att motivera respondenterna att svara och dels är det viktigt att informera respondenterna kring olika etiska och juridiska avseenden (ibid.). Det bifogades två olika följebrev med enkäterna; ett till respondenterna och ett till enhetscheferna/1:e socialsekreterare (se bilaga 2 & 3).

Enkäten i denna studien är även byggd på öppna frågor. Bryman (2011) skriver att öppna frågor innebär att respondenterna kan svara fritt på en fråga. Fördelarna med öppna frågor är: att det lämnar utrymme för svar som forskaren inte kunnat föreställa sig, respondenterna

svarar med sina egna ord samt respondenternas tankar blir inte ledda i en viss riktning och på så vis får forskaren veta hur respondenterna tolkar frågorna (ibid.). Det finns nackdelar med öppna frågor, exempelvis: respondenterna ger längre svar och svaren ska koder vilket blir tidsödande för forskarna (ibid.).

5.3. Reliabilitet och validitet

I detta avsnitt presenteras begreppen reliabilitet och validitet och hur dessa begrepp använts i studien.

5.3.1. Reliabilitet

Bryman (2011) skriver att reliabilitet handlar om måttens och mätningarnas pålitlighet. För att kunna avgöra om ett mått är reliabelt behöver man ta hänsyn till tre viktiga faktorer: stabilitet, intern reliabilitet och interbedömarreliabilitet. Stabilitet handlar om att undersöka om måttet är stabilt över tid och inte kommer att förändras drastiskt, så att ytterligare en undersökning kan göras efter en viss tid där samma mått kan användas utan större skillnader i resultaten (ibid.). Intern reliabilitet handlar om när vi har ett mått med multipla indikatorer där varje respondents svar sammanräknas för att bilda en totalpoäng och där risk finns för att indikatorerna inte är relaterade till samma mått. Interbedömarreliabilitet handlar om att studiens resultat ska vara oberoende av den som utför studien och tolkar dess resultat (ibid.). Barmark & Djurfeldt (2015) menar att en mätning har hög reliabilitet när resultatet blir samma om mätningen upprepas. De menar att om man ställer samma fråga till respondenterna vid två olika tillfällen bör svaren bli samma. Om svaren har hög överensstämmelse är reliabiliteten hög (ibid.).

För att öka reliabiliteten i denna studie har kodningen och tolkningen av det insamlade empiriska materialet gjorts vid gemensamma tillfällen. Detta för att försäkra att det insamlade empiriska materialet koder och tolkas på ett sätt. För att studien ska kunna upprepas och få samma resultat, har frågorna i enkäten varit tydliga och konkreta för att undvika att frågan kan tolkas på flera sätt. För att tillförsäkra studiens stabilitet har tidigare kunskapsläge använts för att styrka att det mått som avses mätas inte förändras drastiskt under en längre tid.

5.3.2. Validitet

Barmark & Djurfeldt (2015) skriver att validitet handlar om att mäta rätt sak. Körner & Wahlgren (2015) menar att validiteten fungerar som en måttstock för hur frågor i en studie överensstämmer med vad det avser att mäta och vad det faktiskt mäter. Bryman (2011) skriver om mättningsvaliditet/begreppsvaliditet. Med detta menas om “ett mått för att ett begrepp speglar det som begreppet anses beteckna”. Om begreppet inte speglar det som det avses beteckna kan undersökningsresultaten ifrågasättas (ibid.).

I denna studie har de frågor som ingår i enkäten först testats på ett antal testrespondenter, detta bland annat för att öka validiteten. Bryman (2011) skriver om den så kallade ytvaliditeten, som handlar om ett mått speglar det begrepp som är aktuellt. För att avgöra detta kan man fråga ett flertal personer om de anser att måttet lyckas fånga begreppet det handlar om (ibid.). När enkäten skapades låg frågeställningarna till grund för utformandet av frågorna i enkäten för att på så sätt vara säkra på att frågorna var relevanta för studien. Då frågeställningarna i studien berörde kunskap och attityder var frågorna i enkäten formulerade så att svar på dessa frågeställningarna kan ges (se bilaga 1). På så sätt undviks risken att frågorna i enkäten saknar validitet och studien undersöker rätt sak.

5.4. Analysens genomförande

I detta avsnitt förklaras analysens genomförande i olika steg, från hur datamaterialet kodats till hur bortfallet har hanterats.

Barmark & Djurfeldt (2015) skriver att när samtliga enkäter är insamlade kodas dessa i SPSS för att kunna genomföra en analys. SPSS är ett statistikprogram som ofta används inom samhällsvetenskapen. Inkodningen gjordes i denna studie då samtliga enkäter var insamlade. Innan analysen påbörjades upprättades ett kodschema där varje fråga i enkäten blev en variabel och varje svar i enkäten gavs en siffra i databasen. Vid frågor där flera svarsalternativ var möjliga och respondenter valt flera alternativ gjordes variabeln om till flera olika variabler med två möjliga värden vardera (ibid.).

Barmark & Djurfeldt (2015) skriver att det är svarsalternativen som avgör vilken skalnivå en variabel hamnar på. När svarsalternativen finns i form av kategorier är det kvalitativa

variabler, exempelvis “instämmer helt”. Vid en kvantitativ variabel är avståndet mellan svarsalternativen lika stor, exempelvis ålder (ibid.). De skriver vidare att en ordinalskala har en logisk ordning där svarsalternativen ligger mellan två poler, exempelvis “instämmer helt” och “instämmer inte alls”. Attitydskalor brukar falla inom ramen för ordinalskalor. Gällande en nominalskala finns det däremot ingen logisk ordning på svarsalternativen, de kan komma i vilken ordning som helst (ibid.). Barmark & Djurfeldt (2015) menar att det första steget i analysen är att undersöka hur många som angett vilket svarsalternativ på de olika frågorna. Fokus ligger främst på de frågor som är viktigast för undersökningen. Beroende på vilken skalnivå som variabeln finns på finns olika sätt att illustrera en fördelning. En nominal- eller ordinalskala, kvalitativa variabler, illustreras bäst genom en frekvenstabell (ibid.). Det mest lämpliga sättet att illustrera dessa skalor är genom ett stapel- eller cirkeldiagram. Däremot om man vill redovisa fördelningen på en kvantitativ variabel är det lämpligast att använda sig av ett histogram (ibid.). Resultaten av analyserna i denna studie har presenterats genom frekvenstabeller. Detta för att variablerna var på en nominal- eller ordinalskala.

För att kunna analysera de öppna frågorna behövde forskarna först koda kommentarerna. Bryman (2011) skriver att kodning av öppna frågor behöver forskaren läsa igenom svaren ett flertal gånger och göra en kodningsmall. Kodningsmallen behövs för att kunna identifiera vilka typer av svar som tillhör varje fråga (ibid.). För denna studie läste forskarna igenom de enkäter med kommentarer ett flertal gånger för att kunna identifiera olika teman, exempelvis BUP och skolan ansvarsområden. Efter detta lästes kommentarer som var snarlika varandra ett flertal gånger för att sedan kunna välja ut de kommentarer som används i denna studie. Kommentarer analyseras med hjälp av den valda teorin.

För att kunna analysera den insamlade datan har både univariat och bivariat analys gjorts. Edling och Hedström (2003) skriver att en univariat analys handlar om att beskriva och sammanfatta enskilda variabler var för sig. De beskriver en bivariat analys som en analys mellan två variabler där samvariationen undersöks. Att studera samband är kärnan i vetenskapen (ibid.). I denna studie finns både frågeställningar där en mer beskrivande, univariat analys är lämplig och också en där samvariation ska undersökas, en bivariat analys. Vid de bivariata analyserna avgjorde signifikansvärdet om det fanns en samvariation mellan två variabler eller ej. Värdet ska vara så nära noll som möjligt för att sambandet ska räknas som statistiskt signifikant (Barmark & Djurfeldt 2015). Vanligtvis brukar värdet ha en gräns vid 0,05 för att räknas som statistiskt signifikant (Sundell 2012). Denna studie hade ett färre

antal respondenter och därför gick gränsen istället vid 0,10. I detta fall avgjorde signifikansvärdet huruvida sambanden var robusta eller inte och användes inte för att kunna generalisera resultatet (ibid.).

På de frågor som respondenten har svarat mer än ett kryss där enbart ett kryss var tillåtet, behandlades som ett internt bortfall (Barmark & Djurfeldt 2015). På de frågor en respondent inte svarade på, behandlades också som internt bortfall. Vid en pappersenkät är det större risk för bortfall än en webbenkät, då webbenkäten kan "tvinga" respondenten att fylla i varje fråga. I kodningen kan bortfall antingen vara en tom ruta eller ges ett eget värde. Det kan vara en fördel att ge bortfall ett eget värde, då det är lätt att en tom ruta misstas som att en siffra har glömts att fylla i. Det är en fördel om bortfallets värde är en negativ siffra, exempelvis -9 (ibid.). I denna studie har siffran -99 givits till de variabler där det skett ett bortfall. Ett negativt tal kan inte anges som ett variabelvärde på exempelvis frågorna om ålder och yrkesverksamma år där respondenten själv fick fylla i ett tal. Om ett positivt tal valts hade det kunnat bli missförstått då det talet hade kunnat räknas in som ett svar och inte ett bortfall.

5.5. Bortfall

I avsnittet om bortfall görs en redovisning av det bortfall som har uppkommit och hur detta kan ha påverkat studien samt en förklaring av hur svarsalternativen kan gå att tolka på flera sätt och hur svarsalternativen valts att tolkas i denna studien.

Trost & Hultåker (2016) skriver att det är acceptabelt att få en svarsfrekvens på 50-75 % vid en enkätundersökning. Vidare menar de att detta innebär att en bortfallsanalys måste göras. Detta görs genom att jämföra det insamlade datamaterial med det ursprungliga urvalet (ibid.). Urvalet i denna studie var 575 socialsekreterare. Då några av kommunerna i ett tidigt stadiet valde av olika skäl att tacka nej till att delta i undersökningen, har dessa kommuner valts att inte räknas in i det slutgiltiga urvalet. Urvalet har skrivits om till de faktiskt medverkande kommunerna, vilket sammanlagt blev 340 socialsekreterare. Med andra ord var det endast 340 enkäter som skickades ut till socialsekreterarna.

Barmark & Djurfeldt (2015) menar att en bortfallsanalys handlar om att "resonera kring huruvida det är troligt att en viss kategori människor fallit bort i större utsträckning än en

annan”. Därefter är det viktigt att undersöka om bortfallet kan ha påverkat resultatet. De skriver att det finns både externt och internt bortfall. Det externa bortfallet syftar på de respondenter som helt faller bort ur undersökningen (ibid.). I denna studie blev det externa bortfallet 178 respondenter, vilket innebär en svarsfrekvens på 48%. Det interna bortfallet syftar på när en respondent inte svarat på en viss fråga och utgör inte ett lika stort problem som det externa bortfallet då det inte är lika omfattande (Barmark & Djurfeldt 2015). I denna studie innefattas det interna bortfallet bland annat av att en del respondenter kryssade i två svarsalternativ, där bara ett alternativ var efterfrågat. Vissa respondenter hoppade över att svara på vissa frågor och vissa gjorde ett eget svarsalternativ som de sedan kryssade för. Det interna bortfallet ansågs vara obetydligt och påverkade inte resultatet nämnvärt.

Det går inte att göra en bortfallsanalys kring det externa bortfallet då det fattas relevant information kring de som valt att inte svara på enkäten, exempelvis ålder, kön och bostadsort. Det som går att säga är att en del enhetschefer meddelat att det skulle bli en del bortfall på grund av sjukskrivningar och att det varit mycket att göra på arbetsplatsen. De kommuner som tackade nej i tidigt stadiet gjorde det med anledning av hög arbetsbelastning.

I enkäten fanns en fråga angående hur stor andel av skolbarnen i Sverige respondenterna trodde hade ADHD. Några respondenter angav ett intervall, exempelvis 5-10%. Ett intervallsvar accepterades inte på frågan och därför behövdes svaret göras om till ett tal. För att göra detta räknades medelvärdet ut på de två angivna talen, exempelvis $5 + 10 = 7.5$. På frågan angående om respondenterna hade en socionomexamen svarade en del respondenter “nej”, men samtidigt angav de antal år som yrkesverksam socionom. Detta tolkades som att de har angivit antal år som socialsekreterare eller likvärdig utbildning. Vissa av respondenterna valde att själva lägga till i marginalen vilken utbildning de har eller en förklaring till att de menade yrkesverksamma år som socialsekreterare. Det räknades därmed inte som ett bortfall. En del respondenter valde att kommentera eller motivera på frågor där det inte givits utrymme att göra det. Dessa kommentarer förbisågs och räknades därmed inte in i resultatet.

5.6. Etik

I följande avsnitt presenteras de etiska överväganden som gjorts för studien samt andra etiska aspekter som är viktiga att ta hänsyn till.

Kalman & Lövgren (2012) skriver att det är viktigt att vara medveten och reflektera över forskningen och dess deltagare. Detta är bland annat vad etik i forskningen står för (ibid.).

5.6.1. Etiska principer

Informationskravet - Bryman (2011) menar att forskaren ska informera de personer som studien berör om undersökningens syfte och att den är frivillig, att de har rätt att avsäga sin medverkan när som helst. Det är viktigt att informera om undersökningens moment (ibid.). Detta krav har uppfyllts genom att varje enhetschef/1:e socialsekreterare på varje socialtjänst fått en kortfattad beskrivning av undersökningens syfte samt att de själva fått avgöra om de vill delta eller inte. De har också blivit informerade om att de när som helst har kunnat avbryta sin medverkan.

Samtyckeskravet - Samtyckeskravet handlar om att respondenterna själva har rätten att bestämma över sitt deltagande (Bryman 2011). Varje socialsekreterare hade själv rätt att bestämma om de ville delta eller inte, vilket också har informerats via mejl till enhetscheferna/1:e socialsekreterare. Socialsekreterarna har fått information om att det är de själva som bestämmer om de vill delta eller inte.

Konfidentialitetskravet - Bryman (2011) menar att konfidentialitetskravet handlar om att uppgifter om respondenterna ska behandlas med största möjliga konfidentialitet. Det vill säga att personuppgifter ska förvaras där inga obehöriga kan komma åt uppgifterna. Enkäter och respondent-id har separerats och förvarats inlåsta hemma hos respektive forskare för denna studie. Enkäterna har varit anonyma och varje enkät har fått ett respondent-id. Respondent-id har givits för att påminnelser har kunnats skickas då svar uteblivit helt. På så vis har rätt kommun fått påminnelsen. Det är viktigt att informationen om vilka kommuner som fått vilka respondent-id och enkäterna hålls isär, för att inga obehöriga ska ha kunnat ta reda på vilka personer som svarat på vilken enkät.

Nyttjandekravet - Bryman (2011) skriver att nyttjandekravet handlar om att uppgifterna som samlas in om individerna enbart får användas för forskningens syfte. Information kring behandling av insamlade uppgifter har givits till respondenterna för att försäkra dem att det enbart kommer användas i forskningssyfte samt att de insamlade uppgifterna kommer att förstöras när studien är genomförd.

5.6.2. Etiska överväganden

Samtyckeskravet innebär att de personer som deltar i undersökningen ska få information på ett förståeligt sätt om syftet och upplägget av undersökningen (Bryman 2011). Vidare menar Bryman att det är svårt att ge alla respondenter all information som kan krävas för att de ska kunna ta ställning till sin medverkan. Det är vanligt att avsiktligt informera att undersökningen kommer ta kortare tid att genomföra än vad den faktiskt kommer att göra för att på så sätt få fler att medverka (ibid.). I denna studie har varje enhetschef/1:e socialsekreterare fått ett mejl där undersökningen kortfattat beskrivits och information om tidsåtgång givits. Tidsåtgången har varit uppskattad baserad på enkätens omfång. Det finns en risk i att informationen kring tidsåtgången kommer vara uppskattad fel, då stort antal respondenter är önskvärdt och att de därmed får information om att enkäten kommer ta kortare tid att fylla i än vad den faktiskt kommer att göra. Kalman & Lövgren (2012) menar att nytta och risker vägs emot varandra vid en forskningsetisk prövning, det vill säga att det som kan fås fram i undersökningen i form av kunskap vägs mot de risker som forskningen kan medföra. I denna studie har informationen kring själva undersökningen till viss del undanhållits, vilket kan ses som en etisk risk. Tanken var att respondenterna inte skulle kunna förbereda sig, så som att ha läst på kring ämnet ADHD precis innan de besvarade enkäten, då svaren kunde bli missvisande.

5.7. Arbetsfördelning

Samtliga byggstenar i uppsatsen har skrivits gemensamt. Sökningen efter tidigare forskning och annan litteratur har i vissa fall gjorts enskilt, men delarna har skrivits gemensamt. Vissa delar av kunskapsläget har skrivits av en författare, men har lästs igenom av den andra författaren.

6. Resultat & tolkning

I detta avsnitt kommer först utvalda resultat av de univariata och bivariata analyserna presenteras. Därefter sker en tolkning av resultaten följt av en tolkning av enkätens öppna frågor.

6.1. Resultat

I följande avsnitt kommer resultaten av enkäten att presenteras. Först kommer en redovisning i procent göras av de univariata analyserna, följt av de bivariata analyserna. Resultaten kommer redovisas genom tabeller där en kort beskrivning av innehållet av tabellen kommer följa.

6.1.1. Resultat av den univariata analysen

I de frågor där "alla barn" fanns med är de mest korrekta svaren: "Ja, troligen" och "Nej, troligen inte". Detta har bestämts utifrån att alla barn med ADHD inte har alla svårigheter eller symptom, men en stor del av barnen har de svårigheter som efterfrågats i enkäten. "Nej, absolut inte" tolkades som ett felaktigt svar därför att det går att tolka att respondenterna menar att inga barn har dessa svårigheter. "Ja, säkert" ses som fel svar då alla barn inte har svårigheterna eller symptomen som beskrivs. För att kunna läsa av tabellerna nedan är det bra att veta vad de olika begreppen betyder. "Frequency" visar på antalet respondenter som har svarat ett svarsalternativ på den angivna frågan. "Percent" visar hur många procent som svarat på varje svarsalternativ där bortfallet är inräknat i den totala procenten. "Valid Percent" syftar på den procent där bortfallet inte är medräknat, med andra ord exakt hur många procent som angett vilket svarsalternativ. "Cumulative Percent" lägger ihop procenten från varje svarsalternativ tills det når 100%. "Missing" står för bortfall. Samtliga tabeller går att hitta i bilaga 4.

Nästan 99% av respondenterna menade att det ingår i deras arbetsuppgifter att ha kunskap om och kunna hjälpa barn med ADHD (Tabell 1). Ungefär 70% av respondenterna upplever att det är viktigt att veta om klienten har ADHD inför mötet med individen (Tabell 2). Ungefär 76% av respondenterna svarade "Ja, troligen" och "Nej, troligen inte" på frågan om alla barn med ADHD har koncentrationssvårigheter (Tabell 3). Nästan 60% svarade "Ja, troligen" och "Nej, troligen inte" på frågan om alla barn med ADHD är hyperaktiva (Tabell 4). 77% av respondenterna svarade "Nej, absolut inte" på frågan om barn med ADHD är aggressiva mot andra människor och övriga 23% av socialsekreterarna svarade nej, troligen inte (Tabell 5). Drygt 40% av respondenterna svarade "Ja, säkert" eller "Ja, troligen" på frågan om alla barn med ADHD oftare blir kriminella än andra människor (Tabell 6). Cirka 80% av

respondenterna svarade “Ja, troligen” och “Nej, troligen inte” på frågan om alla barn med ADHD behöver extra stöd i skolan (Tabell 7),

Cirka 45% av respondenterna ansåg att det är föräldrarnas ansvar att se till att deras barn med ADHD uppför sig. Cirka 54% svarade att de “Instämmer knappast” eller “Instämmer inte alls” i påståendet.

Tabell 8.

Jag tycker att det är föräldrarnas ansvar att se till att deras barn med ADHD uppför sig

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Instämmer helt	11	6,8	7,0	7,0
	Instämmer delvis	61	37,7	38,6	45,6
	Instämmer knappast	45	27,8	28,5	74,1
	Instämmer inte alls	41	25,3	25,9	100,0
	Total	158	97,5	100,0	
Missing	-99	4	2,5		
Total		162	100,0		

Ungefär 64% av respondenterna svarade “Ja, troligen” och “Nej, troligen inte” på frågan om de tror att alla barn med ADHD är impulsiva.

Tabell 9.

Jag tror att alla barn med ADHD är impulsiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	1	,6	,6	,6
	Ja, troligen	39	24,1	24,5	25,2
	Nej, troligen inte	63	38,9	39,6	64,8
	Nej, asbolut inte	56	34,6	35,2	100,0
	Total	159	98,1	100,0	
Missing	-99	3	1,9		
Total		162	100,0		

60% av respondenterna svarade “Ja, säkert” eller “Ja, troligen” på frågan om barn med ADHD oftare utvecklar ett missbruk än andra människor.

Tabell 10.

Jag tror att barn med ADHD utvecklar ett missbruk oftare än andra människor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	7	4,3	4,5	4,5
	Ja, troligen	86	53,1	55,5	60,0
	Nej, troligen inte	52	32,1	33,5	93,5
	Nej, absolut inte	10	6,2	6,5	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	-99	7	4,3		
Total		162	100,0		

Cirka 40% av respondenterna trodde att barn med ADHD generellt har sämre skolresultat än andra barn.

Tabell 11.

Jag tror att barn med ADHD generellt har sämre skolresultat än andra barn

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	3	1,9	1,9	1,9
	Ja, troligen	60	37,0	37,5	39,4
	Nej, troligen inte	72	44,4	45,0	84,4
	Nej, absolut inte	25	15,4	15,6	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	-99	2	1,2		
Total		162	100,0		

Lite mer än 46% av respondenterna svarade “Nej, troligen inte” på frågan om ADHD yttrar sig på samma sätt hos flickor och pojkar, vilket är det mest korrekta svaret. Ungefär 35% av respondenterna svarade “Nej, absolut inte” på samma fråga.

Tabell 12.

Jag tror att ADHD hos flickor och pojkar yttrar sig på samma sätt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	2	1,2	1,2	1,2
	Ja, troligen	27	16,7	16,7	17,9
	Nej, troligen inte	76	46,9	46,9	64,8
	Nej, absolut inte	57	35,2	35,2	100,0
	Total	162	100,0	100,0	

6.1.2. Resultat av den bivariata analysen

Resultaten från de bivariata analyserna presenteras genom korstabeller. Den oberoende variabeln, kunskap, påverkar den beroende variabeln, attityd. Kunskap kan tänkas avgöra en individs attityd och inte tvärtom. Den oberoende variabeln ligger i raden, medan den beroende ligger i kolumnen. Tabellerna avläses genom att börja med att utgå från den oberoende variabeln för att sedan jämföra resultat mellan de två frågorna i kolumnerna. I varje ruta i tabellerna står den totala andelen som svarat på varje svarsalternativ. I rutan längst till höger står den samtliga procenten som svarat på respektive fråga, det vill säga 100%. Samtliga

kunskapsvariabler undersöktes gentemot samtliga attitydvariabler. De tabeller som presenteras valdes där signifikansvärdet var 0,10 eller lägre. Detta för att värdet säger någonting om hur robusta sambanden är (Barmark & Djurfeldt 2015).

I Tabell 13 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan kunskapsfrågan “Jag tror att barn med ADHD har dyslexi i större utsträckning än andra barn” och attitydfrågan “Jag tycker att det enbart är BUP som ska ansvara för de barn som har ADHD”. Av de som trodde att barn med ADHD i större utsträckning har dyslexi instämde 15% av respondenterna om att det enbart är BUP (Barn- och ungdomspsykiatri) som ska ha ansvaret för barn med ADHD. Av de som svarade nej på frågan om dyslexi var det 29% som instämde att det enbart är BUP:s ansvar. Cirka 85% svarade ja på frågan om dyslexi och ansåg att det var fler än BUP som ska ha ansvaret för barn med ADHD. Detta jämfördes med de som svarat nej på frågan om dyslexi och tyckte att det var fler än BUP som har ansvar, vilket var 71% av respondenterna.

Tabell 13.
Crosstab

			BUP ansvar		Total
			Instämmer	Instämmer inte	
Dyslexi	Ja	Count	5	28	33
		% within Dyslexi	15,2%	84,8%	100,0%
	Nej	Count	36	88	124
		% within Dyslexi	29,0%	71,0%	100,0%
Total		Count	41	116	157
		% within Dyslexi	26,1%	73,9%	100,0%

I Tabell 14 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan kunskapsfrågan “Jag tror att barn med ADHD har svårare att få vänner än andra barn” med attitydfrågan “Jag tycker att det enbart är BUP som ska ansvar för de barn som har ADHD”. Av de som trodde att barn med ADHD har svårare att få vänner instämde 15% av respondenterna om att det enbart är BUP som ska ha ansvaret för barn med ADHD. Av de som svarade nej på frågan om att det svårt för barn med ADHD att få vänner var det 29% som instämde att det enbart är BUP:s ansvar. 85% svarade ja på frågan om svårigheter att få vänner och ansåg att det var fler än BUP som ska ha ansvaret för barn med ADHD. Detta jämfördes med de som svarat nej på frågan om svårigheter att få vänner och tyckte att det var fler än BUP som har ansvar, vilket var ungefär 71% av respondenterna.

Tabell 14.
Crosstab

			BUP ansvar		Total
			Instämmer	Instämmer inte	
Svårt att få vänner	Ja	Count % within Svårt att få vänner	6 15,4%	33 84,6%	39 100,0%
	Nej	Count % within Svårt att få vänner	35 29,2%	85 70,8%	120 100,0%
Total		Count % within Svårt att få vänner	41 25,8%	118 74,2%	159 100,0%

I Tabell 15 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan kunskapsfrågan “Jag tror att barn med ADHD blir kriminella oftare än andra människor” och attitydfrågan “Jag tycker att det är föräldrarnas ansvar att se till att deras barn med ADHD uppför sig”. Av de som trodde att barn med ADHD blir kriminella oftare än andra barn var det 54% som instämde att det är föräldrarnas ansvar. Av de som trodde att barn med ADHD inte blir kriminella oftare var det nästan 40% som instämde med att det är föräldrarnas ansvar. Det var 46% som trodde att barnen blev kriminella oftare men att det inte är föräldrarnas ansvar. Det var 61% som inte trodde att barn med ADHD blir kriminella oftare och att det inte är föräldrarnas ansvar.

Tabell 15.
Kriminella oftare * Föräldrars ansvar Crosstabulation

			Föräldrars ansvar		Total
			Instämmer	Instämmer inte	
Kriminella oftare	Ja	Count % within Kriminella oftare	33 54,1%	28 45,9%	61 100,0%
	Nej	Count % within Kriminella oftare	37 39,4%	57 60,6%	94 100,0%
Total		Count % within Kriminella oftare	70 45,2%	85 54,8%	155 100,0%

I följande korstabeller undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan bakgrundsfrågorna och kunskapsfrågorna eller attitydfrågor. I detta fall är bakgrundsfrågorna den oberoende variabeln och kunskapsfrågorna är den beroende variabeln. Tabellerna avläses på samma sätt som ovan. Yrkesverksamma år har delats in i två kategorier: upp till åtta år som yrkesverksam och över åtta år som yrkesverksam. Den här indelningen har gjorts för att få en lättare överblick när tabellen avläses. Kategoriseringen ser ut på detta sätt då åtta år som yrkesverksam är medelvärdet hos respondenterna.

I Tabell 16 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan yrkesverksamma år och attitydfrågan “Jag tycker att det enbart är BUP som ska ansvar för de barn som har ADHD”. Av de som har arbetat åtta år eller mindre som socionom instämde 32% att det enbart är BUP som har ansvar för barn med ADHD. Av de som arbetat åtta år eller mer var det 18% som instämde att ansvaret för barn med ADHD ligger hos BUP. Det var 68% av de som arbetat mindre än åtta år som tyckte att det inte enbart är BUP:s ansvar, medan 82% av de med längre arbetserfarenhet som instämde.

Tabell 16.
Crosstab

			BUP ansvar		Total
			Instämmer	Instämmer inte	
Yrkesverksamma år	upp till 8	Count	32	68	100
		% within Yrkesverksamma år	32,0%	68,0%	100,0%
	över 8	Count	10	45	55
		% within Yrkesverksamma år	18,2%	81,8%	100,0%
Total		Count	42	113	155
		% within Yrkesverksamma år	27,1%	72,9%	100,0%

I Tabell 17 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan ålder och “Ungefär hur många procent av skolbarnen i Sverige tror du har ADHD?”. Av de som var 35 år eller yngre svarade 54% att det var 0-10% av alla barn i skolåldern som har ADHD medan det var 70% av de äldre som angav samma procent på frågan. 45% av de yngre angav mellan 11-50% och av de äldre var det 30% som angav mellan 11-50%.

Tabell 17.
Crosstab

			Hur många procent		Total
			0-10%	11-50%	
Ålder	upp till 35	Count	48	40	88
		% within Ålder	54,5%	45,5%	100,0%
	över 35	Count	47	20	67
		% within Ålder	70,1%	29,9%	100,0%
Total		Count	95	60	155
		% within Ålder	61,3%	38,7%	100,0%

6.2. Tolkningar

I avsnittet för tolkningar kommer de univariata och bivariata analyserna göras separat.

Tolkningen av resultaten kommer ställas emot tidigare forskning som återfinns under avsnittet Kunskapsläge. Slutligen kommer en tolkning av de öppna frågorna, i form av citat, göras med hjälp av professionsteori och valda begrepp. Dessa tolkningar kommer presenteras i underrubriker utifrån de valda begreppen: diskretion, jurisdiktion/monopol och kompetens.

6.2.1. Tolkningar av univariat analys

På frågan “Jag tycker att det ingår i mina arbetsuppgifter att ha kunskap om och kunna hjälpa ett barn med ADHD” svarade nästan 99% att de instämmer helt eller instämmer delvis.

Detta visar att nästan alla som deltog i undersökningen anser att det är viktigt för dem att ha kunskap om ADHD. Fernell et al. (2014) skriver att trots att kunskapen om ADHD har ökat på senare år kan det hända att en ADHD-diagnos inte igenkänns inom socialtjänsten. Duvner (1997) menar att det är viktigt att samtliga som arbetar med barn har grundläggande kunskaper om symptomen vid ADHD. Även respondenterna menar att de behöver grundläggande kunskap om ADHD.

På frågan “Jag tycker att det är viktigt att veta om min klient har ADHD inför mötet med personen” svarade ungefär 70% att de instämmer helt eller instämmer delvis. Det innebär att en stor andel av respondenterna tycker att det spelar roll inför mötet om barnet har ADHD. Detta kan bero på olika anledningar, exempelvis att socialsekreterarna vill förbereda sig inför

mötet eller att de kommer bemöta personen med ADHD-diagnos på ett annat sätt än en person utan en ADHD-diagnos.

På frågan “Jag tycker att det är föräldrarnas ansvar att se till att deras barn med ADHD uppför sig” svarade ungefär 45% att de instämmer helt eller instämmer delvis. Cirka 54% svarade att de instämmer knappast eller instämmer inte alls. Resultatet visar på att det är jämnt fördelat mellan om socialsekreterarna instämmer eller instämmer inte om att det är föräldrarnas ansvar att deras barn med ADHD uppför sig. Nästan hälften av respondenterna ansåg att föräldrarna har det främsta ansvaret för sina barn, vilket inte behöver betyda att det är föräldrarnas fel ifall deras barn har svårigheter. Lite över hälften av respondenterna ansåg att det inte enbart är föräldrarnas ansvar. Detta implicerar att det även är någon annans ansvar, möjligtvis BUP, skola eller socialtjänsten. Fernell et al. (2014) skriver att det är viktigt att förbättra samarbetet mellan olika aktörer i samhället. De respondenter som svarat att det inte bara är föräldrarnas ansvar kan se en helhetsbild där fler aktörer kan bli aktuella.

Socialsekreterarna visade kunskap gällande symptomen för ADHD, men få hade kunskap om de sociala problem som en ADHD-diagnos kan resultera i. Med sociala problem menas här svårt i skolan, svårt att få vänner, sämre skolresultat, missbruk och kriminalitet.

Socialstyrelsen (2014) skriver att rastlöshet och koncentrationssvårigheterna kan leda till att ungdomen skolkar och upplever utanförskap i skolan. Bengtner & Iwarson (2003) menar att barn med ADHD kan ligga 30% under en normal utveckling än hos jämnåriga. Lundemark Andersen (2016) refererar till Hawthorne (2010) som skriver att en ADHD-diagnos ofta är kombinerat med problem som missbruk och kriminalitet. Det som urskiljde sig var att 60% av socialsekreterarna visste om att en ADHD-diagnos kan leda till ett missbruk. Detta kan bero på att socialsekreterare i stor utsträckning arbetar med missbruksproblematik och kan leda till att de fått en förståelse för att många inom den gruppen även har en ADHD-diagnos. Frågan i sig är inte laddad och den frågar om vad någon *har*, inte vad den *är*.

Ett resultat visar att ingen av socialsekreterarna svarade “Ja, säkert” eller “Ja, troligen” på frågan om de tror att alla barn med ADHD är aggressiva mot andra människor.

Socialstyrelsen (2012) skriver att det är vanligt med aggressionsutbrott hos barn med ADHD när de är i förskoleåldern. Det är intressant att 77% av socialsekreterarna svarade “Nej, absolut inte” på samma fråga. Däremot var det mer än hälften av socialsekreterarna som trodde att barn med ADHD är impulsiva vilket stämmer då många barn med ADHD har svårt

att kontrollera impulser. Carlsson Kendall (2012) skriver att barn med ADHD kan ha svårt att reglera sina känslor, de får kraftiga reaktioner på grund av förändringar och frustrationer. Vidare menar hon att barn med ADHD som är impulsiva inte hinner ta in hela situationen och reagerar därmed snabbt vilket kan upplevas som aggressivt och okänsligt (ibid.). Socialsekreterarna såg därmed inte sambandet mellan impulsivitet och aggressivitet.

På frågan gällande kriminalitet svarade ungefär 60% av socialsekreterarna att de inte trodde att barn med ADHD blir kriminella i större utsträckning än andra barn. Även här går det att se att socialsekreterarna inte sett sambandet mellan en ADHD-diagnos och risken för att hamna i kriminalitet. Fernell et al. (2014) skriver att det finns ökade risker att hamna i kriminalitet hos individer med ADHD. Trots att forskning visar på att barn med ADHD kan bli kriminella visar socialsekreterarna inte kunskap om detta. Forskning visar att 40% av alla individer som sitter inlåsta på en kriminalanstalt har en ADHD-diagnos (Fernell et al. 2014).

På frågan om barn med ADHD generellt har sämre skolresultat än andra barn var det cirka 40% av socialsekreterarna som trodde att barnen med ADHD har sämre skolresultat. Fernell et al. (2014) skriver att ungefär 50% av alla barn med ADHD har en skriv- eller lässvårighet. Detta försvårar deras chanser att nå upp till förväntade skolresultat, kunskapsmål (ibid.). Med andra ord har barn med ADHD svårare i skolan och detta var något som socialsekreterarna inte hade bra kunskap om. Ett sätt att tolka resultatet på är att socialsekreterarna förknippar sämre skolresultat med ett lägre IQ (Intelligenz-Quotient, intelligenskvot) och att de då menar att en ADHD-diagnos inte hänger ihop med ett lägre IQ. Resultatet kan kopplas ihop med att 79% av socialsekreterarna trodde att alla barn med ADHD behöver någon form av extra stöd i skolan. Dryer, Kiernan & Tyson (2012) studie visar på att den behandlingsfaktor som socialarbetare ansåg fungera bäst var interventioner i skolan, exempelvis förändringar i utbildningsstrukturen samt mer lärarstöd. Det är möjligt att socialsekreterarna tänker att barn med ADHD har bra skolresultat eftersom de har extra stöd som hjälper dem klara av skolan. Det som tas upp i litteraturen kring stöd till barn med ADHD handlar om att stödet ska ges till föräldrar och skolan, detta menar bland annat Fernell et al. (2014). Socialsekreterarna föredrar främst att insatser sätts in i skolan och därför förutsätter de att barnen får det stöd som de behöver för att få bra skolresultat. Detta kan vara anledningen till att många av socialsekreterarna trodde att barn med ADHD behöver extra stöd i skolan.

På frågan om ADHD yttrar sig på samma sätt hos flickor och pojkar svarade nästan hälften det mest korrekta svaret. Detta antyder att många av socialsekreterarna har kunskap om att det finns vissa skillnader mellan flickor och pojkar med ADHD. Nadaeau, Littman & Quinn (2002) skriver att det vanligaste symptomet hos pojkar med ADHD är hyperaktivitet och utåtagerande medan flickornas symptom vanligtvis är pratigheter och glömska. Det finns vissa likheter i svårigheterna och symptomen hos båda könen. I annan litteratur, exempelvis Gillberg (2013), beskrivs barns svårigheter och ingen skillnad mellan könen görs. Detta tolkas som att svårigheterna är likartade oavsett kön. De socialsekreterare som svarade "Nej, absolut inte" har till stor del visat att de har kunskap om frågan, men när de angett det svarsalternativet har de stängt möjligheten för att det skulle finnas likheter mellan flickor och pojkar med ADHD. Detta skulle kunna innebära att socialsekreterarna har tänkt utifrån genus, då pojkar och flickor generellt skiljer sig åt och att detta även appliceras på diagnoser. Skiljer det sig åt i "vanliga fall" bör det skilja sig åt även om barnet har en diagnos.

6.2.2. Tolknings av bivariat analys

I Tabell 13 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan kunskap om dyslexi med attityd om vem som har ansvaret för barn med ADHD. Gillberg (2013) menar att dyslexi och en ADHD-diagnos ofta kan hänga ihop. Om respondenten hade kunskap gällande att barn med ADHD har dyslexi i större utsträckning än andra barn hade de också en attityd som sa att det inte enbart är BUP som har ansvar. På samma sätt fanns det en koppling mellan okunskap och att allt ansvar ska ligga på BUP. Detta visar att kunskapen påverkar attityden, i detta fall innebar en bättre kunskap en bättre helhetssyn där fler aktörer observeras och hur de kan samverka med varandra. Fernell et al. (2014) menar att det är viktigt att det finns ett samarbete mellan olika instanser i samhället. Respondenterna kunde se sitt egna ansvar gällande barnen med ADHD och kan på så sätt ha en större möjlighet att samverka med flera instanser.

I Tabell 14 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan kunskap om barn med ADHD har svårigheter att få vänner med attityden om vem som har ansvaret för barn med ADHD. Kofler et al. (2011) skriver att barn med ADHD har svårare att få vänner än vad andra barn har och avvisas av jämgamla. Här kan ett samband ses mellan kunskapen och attityden där en god kunskap ger en positiv attityd. En okunskap innebär att ansvaret skjuts ifrån den

enskilde socialsekreteraren och att ansvaret enbart ligger på en instans, i detta fall BUP. Samverkan mellan flera olika instanser kan i detta fall bli svårare.

I Tabell 15 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan kunskap om barn med ADHD blir kriminella oftare än andra människor med attityden om att det är föräldrarnas ansvar att se till att deras barn med ADHD uppför sig. Här finns en samvariation mellan kunskapen och attityden, men undersökningen visar att kunskapen bidrar med en negativ attityd som säger att det är föräldrarnas ansvar att deras barn hamnar i kriminalitet. Detta går att tolka som att socialsekreterarna är medvetna om att risken finns att barn med ADHD hamnar i kriminalitet, men att det är föräldrarnas ansvar att se till att deras barn uppför sig och inte hamnar i kriminella situationer. Föräldrarna ska ta ansvar för att söka stöd och hjälp när risken att barnet ska bli kriminellt finns.

Ovanstående tolkningar visar på att det finns en samvariation mellan kunskap och attityd. Om socialsekreterarna har mycket kunskap är deras attityd mer positiv och såg fler möjligheter utanför den egna instansen. Tidigare forskning visar att det finns en liknande samvariation hos lärare/förskollärare när det kommer till barn med ADHD. Moldavsky & Sayal (2013) skriver att de lärare som hade mer kunskap om barnpsykologi hade även mer kunskap om och mer positiv inställning till ADHD. Amiri et al. (2016) kom fram till att hög kunskap om ADHD innebar mer positiv attityd gentemot ADHD. Denna studie har upptäckt liknande resultat.

I den Tabell 16 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan yrkesverksamma år med attityd om BUP och ansvar. Det finns en koppling mellan yrkesverksamma år och vem socialsekreterarna anser ska ansvara för barnen med ADHD. Erfarenhet inom yrket kan påverka socialsekreterarnas inställning till ADHD och vem som ska ansvara för barn med en ADHD-diagnos. Erfarenhet inom yrket som socialsekreterare förbättrar helhetssynen gällande barnets behov och därmed utvidgas möjligheten till att samverka med övriga instanser. Yrkesverksamma år kan ge en bättre kännedom om det egna handlingsutrymmet, vilket kan innebära att socialsekreterarna vet att ADHD kan innebära sociala problem som socialtjänsten kan erbjuda hjälp och stöd kring.

I Tabell 17 undersöktes huruvida en samvariation fanns mellan socialsekreterarnas ålder och frågan om ungefär hur många procent av barn i skolåldern som har ADHD. Bland de yngre socialsekreterarna var det fler som uppskattade att det var mellan 11-50% av barnen i

skolåldern som har ADHD än vad de äldre socialsekreterarna gjorde. Det är viktigt att poängtera att över 50% av båda åldersgrupperna svarade 0-10%, vilket är i linje med Gillberg (2013) som anger att 4-8% av skolbarn har diagnosen ADHD. Detta visar på att socialsekreterarna har bra koll på ungefär hur många procent av barnen i Sverige som har ADHD. Många socialsekreterare angav högre andel, vilket kan tyda på brist på kunskap hos socialsekreterarna eller att socialsekreterarna tror att det finns ett mörkertal där många barn med svårigheter inom ADHD inte blivit utredda eller diagnostiserade.

6.2.3. Tolkning av öppna frågor

I det här avsnittet kommer en tolkning av de öppna frågorna att göras. Det kommer göras med hjälp av professionsteori och de tre valda begreppen: diskretion, jurisdiktion/monopol och kompetens.

6.2.3.1. Diskretion

Enligt Brante (2014) handlar diskretion om att "ge upp" inför någon annan. En person har fått godkänd makt att bestämma och bedöma vad som ska hända en annan person i en situation. Diskretion kan en person få om den personen besitter kunskap och skicklighet och får ett förtroende på grund av det (ibid.). Nedanstående citat kan belysa detta.

Föräldrar och skola har ett gemensamt ansvar för barnet, att ta hjälp från BUP och socialtjänst vid behov.

Det går att tolka citatet utifrån Brantes definition av diskretion som att socialsekreteraren menar att föräldrarna till ett barn som har svårigheter på grund av sin ADHD-diagnos har ett ansvar i att kapitulera och ta och hjälp och stöd ifrån de som är skickliga och har kunskap om diagnosen. I detta fall menar socialsekreteraren att de som besitter bättre kunskap är de som arbetar på BUP och socialtjänsten. Föräldrarna ska ta ansvar för sin och sitt barns situation och söka hjälp.

Dellgran (2015) menar att diskretion handlar om att självständigt kunna utföra sitt arbete, exempelvis gällande bedömningar. Bedömningarna grundas i kunskap och tolkningar (ibid.). Detta kan följande citat visa på:

Det ingår i mitt arbete att ha kännedom om vilka behov barn med ADHD har och hänvisa till rätt instans, dvs. efter utredning om barnets behov.

Det går att tolka som att socialsekreteraren menar här att deras ansvar är att kunna bedöma barnets behov, vilket de gör utifrån deras kunskap och tolkningar. Finns det en kännedom om ADHD hos socialsekreterarna kan de utföra sitt arbete på ett självständigt sätt och på så vis kunna göra rätt bedömningar samt hänvisa barnet till rätt instans. Finns kunskapen vet socialsekreterarna hur de ska hänvisa barnet till rätt instans. Detta citat kan kopplas till Brantes definition av diskretion där en yrkesutövare har rätt att bestämma över en annan person. Det går att tolka som att socialsekreteraren menar att utifrån dennes rätt att bestämma och bedöma kan de hänvisa barnet till rätt instans.

Dellgran (2015) menar att diskretion även handlar om att yrkesutövaren ska ha en förmåga att kunna göra bedömningar baserade på kunskap och ta objektiva beslut utan att detta ska påverkas av ens personliga värderingar samt uppfattningar om vad som är rätt eller fel. Citaten nedan kan visa på detta.

Ja, om det är något klienten vill. Kan underlätta mitt arbete, men alla vill inte att deras funktionshinder ska vara allmän info.

[...] Att möta personen utan förutfattade meningar kan ha en poäng. En del personer vill att man läst på tidigare för att slippa upprepa sig.

Det går att tolka som att socialsekreterarna menar att klienten, det vill säga barnet, själv får bestämma om socialsekreterarna ska ha kännedom om deras diagnos. På så sätt låter sig socialsekreterarna inte påverkas av sina personliga värderingar utan håller en objektiv ställning. Bedömningen behöver inte påverkas av att barnet har ADHD, om inte barnet/föräldrarna vill detta, och bedömningen kan på så vis bli objektiv och fri från förutfattade meningar och fördomar om ADHD.

Sammanfattningsvis går det att säga att socialsekreterarna ovan visar att de har kunskap om ADHD eftersom att de anser att föräldrarna ska ta hjälp från BUP och socialtjänsten. Detta innebär att socialsekreterarna anser att de har kunskap för att ge det stödet. Socialsekreterarna

tycker att det är viktigt att ha kunskap då de ska göra bedömningar. Kunskapen innefattar även att de ska kunna hänvisa till rätt instans. De har en attityd som visar att de håller sig objektivt ställda till ADHD-diagnosen då barnet bestämmer själv om socialsekreterarna ska veta om diagnosen. Med andra ord låter de inte sina personliga värderingar påverka dem.

6.2.3.2. Jurisdiktion/monopol

Dellgran (2015) menar att professioner grundas i kunskap, normer och etiska regler, vilket skapar ett förtroende från samhället. Jurisdiktion handlar om att självständigt kontrollera sin yrkesutövning, med exempelvis legitimation som skydd (ibid.). Ponner & Svensson (2015) refererar till Abbott (1998) som menar att jurisdiktion handlar om att ha kontroll över sina arbetsuppgifter. Citaten nedan visar hur det kan ta sig uttryck.

Jag tror att barn med ADHD kan få hjälp genom t.ex. familjebehandling, som inte enbart ges av BUP. Då det är lång väntetid på BUP för utredningar, skulle det vara bra om någon mer instans ansvarar för barn med ADHD.

BUP har mycket kunskap kring diagnosen, men man får utgå från individens behov för att se vem/vilka som kan ge bästa stödet för individen. Viktigt att samarbeta.

Det går att tolka att de två ovanstående socialsekreterarna menar att BUP har en jurisdiktion när det gäller barn med ADHD då de har fått ansvar för utredningar. De har detta ansvar eftersom de har den kunskapen och skickligheten (diskretionen) som behövs.

Socialsekreterarna menar att fler instanser än BUP ska ha jurisdiktion över diagnosen ADHD. Dels för att kunna hjälpa med problematik som BUP inte har samma kunskap kring som socialtjänsten har och dels för att BUP har lång väntetid. En av socialsekreterarna ger ett konkret exempel på hur socialtjänsten kan hjälpa till - familjebehandling. Därmed ser de sitt eget ansvar i frågan och önskar att de hade större jurisdiktion över diagnoser. Den ena socialsekreteraren trycker på att det är viktigt att samarbeta oavsett vilken jurisdiktion de har, för att kunna göra det så bra som möjligt för barnet. De menar att även fast de som socialsekreterare inte har jurisdiktion över diagnosen ADHD är det viktigt att kunna samarbeta med BUP som har kunskapen och monopol på utredning av ADHD.

Socialsekreterarna kan med dessa citat visa en helhetssyn där många aktörer kan vara

aktuella. Det är viktigt att tänka på att BUP kan ha långa väntetider och innan barnet kan få hjälp från BUP kan det finnas insatser hos socialtjänsten som de kan bidra med under tiden. Hjälp och stöd för barn med ADHD och deras föräldrar finns med andra ord från flera olika instanser.

Sammanfattningsvis visar socialsekreterarna på en attityd där de själva ser sitt ansvar och ställer sig positiva till att hjälpa till med det de kan. De har ändå en attityd om att det är BUP som har ansvaret för barn med ADHD-diagnos, vilket visar på en kunskap om att det är BUP som har jurisdiktionen gällande diagnossättning.

6.2.3.3. *Kompetens*

Ellström (1992) definierar kompetens som den handlingsförmåga en individ har gällande en viss uppgift, kontext eller situation. Denna definition av kompetens har som grund att individen utför en arbetsuppgift (ibid.). Följande citat ger ett exempel på detta.

Jag behöver tillräckligt med kunskap för att kunna hjälpa barnet att få det stöd det är i behov av, speciellt eftersom ADHD inte innefattas i LSS.

Socialsekreteraren ovan kan mena att det är viktigt att ha den kompetens som krävs för att kunna utföra sitt arbete, det vill säga att kunna hjälpa barnet att få rätt stöd. Socialsekreteraren menar att det är viktigt att denne har rätt kompetens eftersom LSS inte har jurisdiktion över diagnosen ADHD. Vidare menar socialsekreteraren att de behöver tillräckligt med kunskap för att kunna hjälpa till, men att detta inte innefattar att göra utredningar. De behöver den kunskap som krävs för att kunna hjälpa barnet, vilket exempelvis skulle kunna vara att hänvisa till rätt instans. De behöver därmed inte expertkompetens.

Ellström (1992) gör en uppdelning av begreppet kompetens: formell och reell kompetens. Formell kompetens innebär den kunskap som en individ får genom en utbildning. Den reella kompetensen syftar på den kompetens som individen faktiskt besitter som kan användas för att lösa arbetsuppgifter. Den formella kompetensen behöver inte säga något om den reella kompetensen, då det handlar om vad individen tar till sig under en utbildning och hur kompetensen ser ut i praktiken (ibid.).

Alla barn ställer till med besvär ibland oavsett diagnos eller ej. Många barn med ADHD kan ha många andra positiva sidor som lätt glöms bort då man ofta fokuserar på det som inte är bra.

Socialsekreteraren visar möjligtvis att en viss kompetens finns om ADHD när det gäller att ett barn med ADHD även har positiva sidor, men frågan är hur detta tar sig uttryck i praktiken. Det framgår inte av citatet ovan vilken reell kompetens som socialsekreteraren besitter.

Diagnosen definierar ej barnet, men har barnet svårigheter som kan kopplas till diagnos såsom koncentrationssvårigheter, svårt att sitta still eller annat är det bra så att mötet kan anpassas till barnet. Ex. hjälpmedel, kortare möte, pauser mm.

Detta citat kan däremot visa på en kompetens som både tar sig uttryck i teori och praktik. Socialsekreteraren visar på en formell kompetens om ADHD-diagnosen genom att förmedla att koncentrationssvårigheter och svårigheter att sitta still kan vara en del av problematiken, men visar även på en reell kompetens när denna ger exempel på hur denne praktiskt kan tillämpa sin kompetens. På så sätt säger citatet ovan något om socialsekreterarens faktiska kompetens när det gäller att möta ett barn med ADHD-diagnos.

Sammanfattningsvis visar socialsekreterarna ovan på att de har en viss kunskap gällande en del symptom och hur de kan hjälpa barnen att hantera svårigheterna i mötet. På detta sätt visar de på både teoretisk och praktisk kunskap.

7. Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka vilken kunskap och attityd som socialsekreterare har om barn med ADHD och hur kunskapen kan samvariera med attityd. Detta avsnitt kommer innehålla en sammanfattning utifrån studiens frågeställningar.

7.1. Vilken kunskap har socialsekreterarna om symptom och sociala konsekvenser vid ADHD hos barn?

Socialsekreterarna visade kunskap kring vad symptomen utifrån en ADHD-diagnos kan medföra, exempelvis hyperaktivitet, impulsivitet och koncentrationssvårigheter. Dock hade de inte lika bra kunskap kring de sociala konsekvenser en ADHD-diagnos medför.

Socialsekreterarna tyckte att det var viktigt att de har grundläggande kunskap om ADHD. Det är här det kan bli viktigt för socialsekreteraren att kunna se om det finns bakomliggande orsaker till problematiken och på så sätt kunna sätta in rätt hjälp och stöd. Kunskapen kan också påverka det bemötande socialsekreteraren har gentemot de barn som har svårigheter.

Vissa socialsekreterare tycker att det är viktigt att ha kunskap om ADHD, bland annat för att de träffar många barn med ADHD i sitt arbete samt för att veta var de ska slussa vidare barnen för att de ska få rätt hjälp och stöd.

7.2 Vilka attityder, exempelvis kring ansvar, om barn med ADHD finns hos socialsekreterarna?

Socialsekreterarna har en positiv attityd till samverkan med andra instanser, exempelvis BUP. De ser sitt egna ansvar när det gäller barn med ADHD och att de själva kan bidra med hjälp och stöd. Deras attityder mot kunskap om ADHD är positiva då de vill ha grundläggande kunskap om diagnosen. Socialsekreterarna tycker att det är viktigt att de får information inför ett möte om klienten har ADHD och det säger att deras inställning är positiv inför diagnosen då de vill förbereda sig och göra det bästa för barnet.

7.3 Finns det en samvariation mellan socialsekreterarnas kunskap och attityder om barn med ADHD?

Det är viktigt att poängtera att det finns en viss samvariation mellan kunskap och attityd, men resultaten där detta visas är avsevärt färre i jämförelse med antalet analyser som inte visar en samvariation. Därmed kan vi säga att samvariation finns men inte i stor utsträckning. Resultatet visade främst att en större kunskap innebar en mer positiv attityd.

7.4. Finns det en samvariation mellan socialsekreterarnas kunskaper/attityder om barn med ADHD och socialsekreterarnas övriga egenskaper, exempelvis ålder och yrkesverksamma år?

Det finns en koppling mellan fler yrkesverksamma år och attityd om vem som ska ha ansvaret för de med ADHD. Fler yrkesverksamma år innebar en bättre helhetssyn. De socialsekreterare som tillhörde den äldre åldersgruppen hade större kunskap om hur många procent som har ADHD. Detta visade på en samvariation på yrkesverksamma år och attityd samt ålder och kunskap.

8. Slutdiskussion

Bemötande kan vara viktigt avseende många punkter, exempelvis att barnet kan få en trygghet och tillit till olika instanser och myndigheter om bemötandet sker på ett bra sätt i enlighet med diagnosen. Barnet kan på detta sätt känna sig trygg i att vidare kontakta andra instanser som kan hjälpa till med barnets svårigheter, exempelvis BUP. Ett bra bemötande är också viktigt avseende att barnet får sin avvikande identitet bekräftad av omgivningen, där bemötande från socialsekreterarna antingen kan bekräfta barnets avvikande identitet och "göra det värre" eller hjälpa barnet att känna sig mindre avvikande. Om socialsekreterarna har bra kunskap och därmed förståelse om ADHD leder det till ett bättre bemötande och på så vis minskar barnets avvikande beteende.

Det är viktigt att poängtera att syftet inte är att socialsekreterarna ska ha den kunskap som behövs för att kunna genomföra utredningar om ADHD; denna kompetens ligger på psykiatrin. Huvudsyftet är att ha baskunskaper för att sätta in rätt insatser eller hänvisa till rätt instans.

Ett problem som uppstod vid analysens genomförande var att vi upptäckte att frågorna där vi formulerade oss med "alla barn" blev svåra att tolka och analysera. Det blev svårt att

bestämma rätt svarsalternativ för att bestämma kunskapen. Detta kan ha påverkat resultatet på så sätt att resultatet blivit missvisande mot hur socialsekreterarnas faktiska kunskap ser ut.

Frågornas formulering påverkar hur respondenten svarat på frågan. Exempelvis kan frågan om att barn med ADHD har svårare att få vänner än andra barn upplevas laddad och dömande. Respondenten kan dessutom ha tänkt att diagnosen i sig inte påverkar hur en individs personlighet är och påverkar därför inte individens möjlighet att få vänner. Tanken är god men syftet med frågan kommer inte fram. En ADHD-diagnos påverkar inte en individs personlighet men kan däremot påverka individens förmåga att fungera socialt i samspel med andra människor.

En intressant tanke som har slagit oss genom arbetets gång är att efterfrågan av kunskap om ADHD av socialsekreterarna själva är stor och att trots detta finns det ytterst lite forskning inom området. Dessutom har knappt hälften av respondenterna uppgett att de fått kunskapen från socionomutbildningen. Om efterfrågan efter kunskapen är stor, varför är det ingen som forskar om det eller lär ut om det på utbildningen. Kunskapen behöver inte vara och ska inte vara djupgående, utan det viktiga är att ha tillräcklig kunskap för att kunna känna igen symptom och beteenden som en ADHD-diagnos medför för att som socialsekreterare veta hur de kan bemöta och hjälpa dessa barn på rätt sätt. Under studiens gång har vi kommit fram till att det är av vikt att blivande socionomer får kunskap om ADHD vad det innebär för barn och vuxna. Det är viktigt att förstå konsekvenserna av att inte fånga upp de med ADHD i tidig ålder och därmed inte får den hjälp och det stöd individen är i behov av. Det är viktigt att redan på socionomutbildningen få kunskapen om ADHD då vi i vårt framtida yrke, oavsett var vi arbetar, kommer vi möta problematiken kring ADHD. Det är viktigt att vi får och kan vara en del i att vända svårigheterna till möjligheter för barn med ADHD.

Ett tips till framtida forskare är att tänka igenom enkäten en extra gång och ta bort "alla barn"-frågor, för lättare att avgöra hur kunskapen faktiskt ser ut. Ytterligare ett tips är att fortsätta undersöka socialsekreterare och deras kunskaper och attityder om ADHD då det finns begränsad forskning inom området. Denna studie har visat på att det är av vikt att forska inom området.

Alla barn är en tillgång.

9. Litteraturlista

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Amiri, Shahrokh, Noorazar Gholamreza, Seyed, Fakhari, Ali, Gorji Daroukoliaee, Alireza & Bahari Gharehgoz, Ali (2016). Knowledge and Attitudes of Preschool Teachers Regarding Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Iranian journal of pediatrics*. 23/8-16

Attention (2018). [<http://attention.se/npf/adhd/> Hämtat: 2018-03-12]

Barmark, Mimmi & Djurfeldt, Göran (2015). *Statistisk verktygslåda 0: Att förstå och förändra världen med siffror*. Lund: Studentlitteratur

Bengtner, Annika & Iwarson Birgitta (2003). *Varför vill ingen leka med Dennis?* Sävedalen: Säve förlag

Brante, Thomas (2009). Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. I L. Maria (Red.), *Vetenskap för profession* (s. 15-34). Högskolan i Borås.

Brante, Thomas (2014). *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Stockholm: Liber AB

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

Börjesson, Mats & Palmblad, Eva (2008). *Strultjejer, arbetssökande och samarbetsvilliga - Kategoriseringar och samhällsmoral i socialt arbete*. Stockholm: Liber AB

Carlberg, Ingrid (2014). *En diagnos det stormat kring - ADHD i ett historiskt perspektiv*. Stockholm: Socialstyrelsen

Carlsson Kendall, Gunilla (2012). *Förstå och arbeta med ADHD*. Stockholm: Natur & Kultur

Dellgran, Peter (2015). Människobehandlande professioner. I: Staffan Johansson, Peter Dellgran & Staffan Höjer (red.) *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur

Dryer, Rachel, Kiernan, J Michael & Tyson, A Graham (2012). Parental and Professional Beliefs on the Treatment and Management of ADHD. *Journal of attention disorders*. Vol. 16 (5), pp 398-405

Duvner, Tore (1997). *ADHD. Impulsivitet, överaktivitet, koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber AB

Edling, Christofer, & Hedström, Peter (2003). *Kvantitativa metoder: Grundläggande analysmetoder för samhälls- och beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur

Eliasson, Ulf (2012). Hög risk att utveckla missbruk. *Alkohol & Narkotika*. Vol. 5, pp 4-6

Ellström, Per-Erik (1992). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: CE Fritzez AB

Fernell, Elisabeth, Gillberg, Christopher, Kadesjö, Björn & Nylander, Lena (2014). ADHD bör uppmärksammas mer - tidiga insatser spar lidande. *Läkartidningen*. Vol. 39

Gillberg, Christopher (2013). *Ett barn i varje klass - om ADHD och DAMP*. Lund: Studentlitteratur AB

Howe, David (2010). ADHD and its comorbidity: an example of gene–environment interaction and its implications for child and family social work. *Child and Family Social Work*. Vol. 15, pp 265–275

Kadesjö, Björn (1992). *Barn med koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber AB

Kalman, Hildur & Lövgren, Veronica (2012). Etik i forskning och etiska dilemman. En introduktion. I *Etiska dilemman*. Kalman, Hildur & Lövgren, Veronica (red.). Malmö: Gleerups.

Kofler, J Michael, Mark D. Rapport & Jennifer Bolden & Dustin E. Sarver & Joseph S. Raiker & R. Matt Alderson (2011). Working Memory Deficits and Social Problems in Children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. Vol. 39, pp 805–817

Kärfve, Eva (2001). *Hjärnspöken - Damp och hotet mot folkhälsan*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion AB

Körner, Svante & Wahlgren, Lars (2015). *Statistiska metoder*. Lund: Studentlitteratur

Lundemark Andersen, Maja (2016). Who is in Need of Empowerment? Social Work and Young People with ADHD. *Social Work Review*. Vol. 15 (2), pp 109-122

Moldavsky, Maria & Sayal, Kapil (2013). Knowledge and Attitudes about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and its Treatment: The Views of Children, Adolescents, Parents, Teachers and Healthcare Professionals. *Curr Psychiatry Rep*. Vol. 15

Nadeau, G Kathleen, Littman, B Ellen & Quinn, O Patricia (2002). *Flickor med ADHD*. Lund: Studentlitteratur

Nationalencyklopedin, attityd.

[<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/attityd> Hämtat: 2018-03-11]

Pentecost, David, Wood, Neil (2002). Knowledge and Perceptions of Child-Care Social Workers about ADHD. *British Journal of Social Work*. Vol. 32, pp 931–943

Ponner, Lina & Svensson, Kerstin (2015). I: Staffan Johansson, Peter Dellgran & Staffan Höjer (red.) *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur

SFS 2001:453. Socialtjänstlag

Socialstyrelsen (2014). *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med ADHD - ett kunskapsstöd*. Stockholm: Socialstyrelsen

Strauss, A Alfred & Lehtinen, E Laura (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. New York: Grune & Stratton

Sundell, Anders (2012). *Guide: Signifikans och one sample t-test*.

[<https://spssakuten.com/2012/10/31/guide-signifikans-och-one-sample-t-test/>. Hämtat: 2018-01-02].

Svensk ordbok, kunskap (2009). [<https://svenska.se/so/?sok=kunskap&pz=4> Hämtat: 2018-03-11]

Sörngård, A Katarina (2015). *ADHD-hjälpen. För ett liv i balans*. Stockholm: Natur & Kultur

Trost, Jan & Hultåker, Oscar (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1

Din bakgrund

Kvinna

1. Kön

Respondent-id: A

Man

Annat

2. Ålder

år

3. Jag har en socionomexamen

Ja

Nej

4. Yrkesverksamma år
som socionom

år

5. Har du arbetat inom
psykiatri tidigare?

Ja

Nej

Respondent-id: A

6. Här nedan följer en rad påståenden.

Markera varje påstående med ett kryss i den ruta som bäst stämmer överens med din uppfattning.

Instämmer helt Instämmer delvis Instämmer knappast
Instämmer inte alls

Jag tycker att det ingår

i mina arbetsuppgifter
att ha kunskap om
och kunna hjälpa ett
barn med ADHD

Motivera:

Jag tycker att det är

viktigt att veta om min
klient har ADHD inför
mötet med personen

Motivera:

Jag tycker att det enbart

är BUP som ska ha ansvar
för de barn som har ADHD

Motivera:

Instämmer inte alls Instämmer helt Instämmer delvis Instämmer knappast

Jag tycker att det är

**föräldrarnas ansvar att
se till att deras barn med
ADHD uppför sig**

Motivera:

Jag tycker att barn med

**ADHD bara ställer till
med besvär**

Motivera:

**7. Ungefär hur många
procent av skolbarnen
i Sverige tror du har ADHD?**

%

8. Nedan finner du ett antal påståenden om ADHD hos barn.

Markera ett kryss på varje rad i den ruta som passar bäst in med din uppfattning.

inte Ja, säkert Ja, troligen Nej, troligen inte Nej, absolut

Jag tror att ADHD beror på dålig uppfostran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att alla barn med ADHD är impulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att alla barn med ADHD är aggressiva mot andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att alla barn med ADHD är hyperaktiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att alla barn med ADHD har koncentrations-svårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att alla barn med ADHD har svårt i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att alla barn med ADHD behöver någon form av extra stöd i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att ADHD hos flickor och pojkar yttrar sig på samma sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att ADHD är en fas och att barn växer ifrån det i vuxen ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respondent-id: A

absolut inte Ja, säkert Ja, troligen Nej, troligen inte Nej,

Jag tror att barn med ADHD generellt har sämre skolresultat än andra barn

Jag tror att barn med ADHD har dyslexi i större utsträckning än andra barn

Jag tror att barn med ADHD har svårare att få vänner än andra barn

Jag tror att barn med ADHD utvecklar ett missbruk oftare än andra människor

Jag tror att barn med ADHD blir kriminella oftare än andra människor

9. Det jag kan om ADHD har jag lärt mig via:
Du kan kryssa i flera alternativ.

Socionomutbildningen

Arbetet

Vänner

Familj

Böcker

Internet

Film/serier/dokumentär

Annan utbildning

Annat

Tack för din medverkan 😊

Bilaga 2



Information till dig som är enhetschef eller 1:e socialsekreterare

LUNDS
UNIVERSITET

Här kommer lite detaljer och information om hur och när enkäterna ska skickas tillbaka till oss, Anna och Emma.

I kuvertet du fick av oss ligger ett svarskuvert där ni lägger de besvarade enkäterna för att sedan posta det tillbaka till oss. Vi vill att ni **postar enkäterna senast 171120** för att underlätta vår process med kandidatarbetet. Om vi inte har fått tillbaka enkäterna i tid kommer vi att skicka påminnelser till er via mejl.

Skulle det ske några hinder längs vägen eller om ni har frågor kan ni kontakta oss via mejl eller telefon. Vår handledare Anders Östnäs finns också tillgänglig vid frågor.

Tack!

Anna Knutsson - soc13akn@student.lu.se, 0705439334

Emma Larsson - soc15ela@student.lu.se, 0702675077

Anders Östnäs - ostnasanders@gmail.com, 0729635291, 046-141045

Bilaga 3



LUNDS
UNIVERSITET

Informationsbrev till dig som respondent

Syftet med studien är att undersöka socialsekreterare och deras kunskaper och attityder kring barn med ADHD.

Studien är ett kandidatarbete och är en del av utbildningen till socionom vid Lunds universitet. Studien kommer att genomföras med enkäter. Enkäten kommer ta 5-10 minuter att genomföra. Enkäten består av 5 sidor med frågor på samtliga sidor. Enkäten riktar sig till dig som arbetar med förhandsbedömningar och utredningar gällande barn och unga 0-20 år.

Vi har satt ett datum då vi vill att enkäterna ska skickas tillbaka till oss. Det är av stor vikt att ni svarar på enkäten inom tidsramen så att vi därmed kan fortsätta vårt kandidatarbete och bli godkända. **Datumet då det ska skickas tillbaka till oss är 171120.**

Varje enkät har ett respondent-id. Detta är till hjälp då påminnelser skickas ut. Påminnelser kommer skickas till enhetschefen då vi inte vet vem som har vilket respondent-id. Respondent-id i denna studie är till för att underlätta för oss *varifrån* enkätsvaren kommer in, inte från *vem*. Kodlistor och den information som Du lämnar i enkäten kommer att behandlas säkert och förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer att få ta del av den. Kodlistan och enkäter kommer att förvaras åtskilda.

Redovisningen av resultatet kommer att ske på gruppnivå och ingen individ kommer att kunna identifieras. Enkäten är med andra ord anonym. Resultatet kommer att presenteras i form av ett kandidatarbete. När kandidatarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i en databas vid Universitetet i Lund. Den information Du lämnat i enkäterna kommer att förstöras då kandidatarbetet är godkänt. Du kommer ha möjlighet att ta del av kandidatarbetet genom att få en kopia av arbetet.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering.

Vi frågar härmed om Du vill delta i denna studie.

Om Du väljer att fylla i enkäten lämnar Du den sedan till din enhetschef eller 1:e socialsekreterare.

Ansvariga för studien är socionomstudenter på sjätte termin Anna Knutsson och Emma Larsson, samt handledare Anders Östnäs. Har Du frågor om studien är Du välkommen att höra av dig till någon av oss.

Anna Knutsson - soc13akn@student.lu.se, 0705439334

Emma Larsson - soc15ela@student.lu.se, 0702675077

Anders Östnäs - ostnasanders@gmail.com, 0729635291, 046-141045

Bilaga 4

Tabell 1.

Jag tycker att det ingår i mina arbetsuppgifter att ha kunskap om och kunna hjälpa ett barn med ADHD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Instämmer helt	70	43,2	43,2	43,2
Instämmer delvis	90	55,6	55,6	98,8
Instämmer knappast	2	1,2	1,2	100,0
Total	162	100,0	100,0	

Tabell 2.

Jag tycker att det är viktigt att veta om klient har ADHD inför mötet med personen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Instämmer helt	31	19,1	19,5	19,5
Instämmer delvis	82	50,6	51,6	71,1
Instämmer knappast	30	18,5	18,9	89,9
Instämmer inte alls	16	9,9	10,1	100,0
Total	159	98,1	100,0	
Missing -99	3	1,9		
Total	162	100,0		

Tabell 3.

Jag tror att alla barn med ADHD har koncentrationssvårigheter

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja, säkert	11	6,8	6,9	6,9
Ja, troligen	78	48,1	48,8	55,6
Nej, troligen inte	44	27,2	27,5	83,1
Nej, absolut inte	27	16,7	16,9	100,0
Total	160	98,8	100,0	
Missing -99	1	,6		
Total	2	1,2		
Total	162	100,0		

Tabell 4.

Jag tror att alla barn med ADHD är hyperaktiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	3	1,9	1,9	1,9
	Ja, troligen	37	22,8	23,0	24,8
	Nej, troligen inte	59	36,4	36,6	61,5
	Nej, absolut inte	62	38,3	38,5	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	-99	1	,6		
Total		162	100,0		

Tabell 5.

Jag tror att alla barn med ADHD är aggressiva mot andra människor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nej, troligen inte	37	22,8	22,8	22,8
	Nej, absolut inte	125	77,2	77,2	100,0
	Total	162	100,0	100,0	

Tabell 6.

Jag tror att barn med ADHD blir kriminella oftare än andra människor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	1	,6	,6	,6
	Ja, troligen	62	38,3	39,0	39,6
	Nej, troligen inte	66	40,7	41,5	81,1
	Nej, absolut inte	30	18,5	18,9	100,0
	Total	159	98,1	100,0	
Missing	-99	3	1,9		
Total		162	100,0		

Tabell 7.

Jag tror att alla barn med ADHD behöver någon form av extra stöd i skolan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	4	2,5	2,5	2,5
	Ja, troligen	64	39,5	40,0	42,5
	Nej, troligen inte	62	38,3	38,8	81,3
	Nej, absolut inte	30	18,5	18,8	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	-99	2	1,2		
Total		162	100,0		

Tabell 8.

Jag tycker att det är föräldrarnas ansvar att se till att deras barn med ADHD uppför sig

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Instämmer helt	11	6,8	7,0	7,0
	Instämmer delvis	61	37,7	38,6	45,6
	Instämmer knappast	45	27,8	28,5	74,1
	Instämmer inte alls	41	25,3	25,9	100,0
	Total	158	97,5	100,0	
Missing	-99	4	2,5		
Total		162	100,0		

Tabell 9.

Jag tror att alla barn med ADHD är impulsiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	1	,6	,6	,6
	Ja, troligen	39	24,1	24,5	25,2
	Nej, troligen inte	63	38,9	39,6	64,8
	Nej, absolut inte	56	34,6	35,2	100,0
	Total	159	98,1	100,0	
Missing	-99	3	1,9		
Total		162	100,0		

Tabell 10.

Jag tror att barn med ADHD utvecklar ett missbruk oftare än andra människor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	7	4,3	4,5	4,5
	Ja, troligen	86	53,1	55,5	60,0
	Nej, troligen inte	52	32,1	33,5	93,5
	Nej, absolut inte	10	6,2	6,5	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	-99	7	4,3		
Total		162	100,0		

Tabell 11.

Jag tror att barn med ADHD generellt har sämre skolresultat än andra barn

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	3	1,9	1,9	1,9
	Ja, troligen	60	37,0	37,5	39,4
	Nej, troligen inte	72	44,4	45,0	84,4
	Nej, absolut inte	25	15,4	15,6	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	-99	2	1,2		
Total		162	100,0		

Tabell 12.

Jag tror att ADHD hos flickor och pojkar yttrar sig på samma sätt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	2	1,2	1,2	1,2
	Ja, troligen	27	16,7	16,7	17,9
	Nej, troligen inte	76	46,9	46,9	64,8
	Nej, absolut inte	57	35,2	35,2	100,0
	Total	162	100,0	100,0	

Övrig tabell.

Jag tycker att det enbart är BUP som ska ha ansvar för de barn som har ADHD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Instämmer helt	3	1,9	1,9	1,9
	Instämmer delvis	40	24,7	24,8	26,7
	Instämmer knappast	56	34,6	34,8	61,5
	Instämmer inte alls	62	38,3	38,5	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	-99	1	,6		
Total		162	100,0		

Övrig tabell.

Jag tycker att barn med ADHD bara ställer till med besvär

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Instämmer delvis	5	3,1	3,1	3,1
	Instämmer knappast	11	6,8	6,8	9,9
	Instämmer inte alls	146	90,1	90,1	100,0
	Total	162	100,0	100,0	

Övrig tabell.

Jag tror att alla barn med ADHD har svårt i skolan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	3	1,9	1,9	1,9
	Ja, troligen	30	18,5	18,9	20,8
	Nej, troligen inte	80	49,4	50,3	71,1
	Nej, absolut inte	46	28,4	28,9	100,0
	Total	159	98,1	100,0	
Missing	-99	3	1,9		
Total		162	100,0		

Övrig tabell.

Jag tror att ADHD är en fas och att barn växer ifrån det i vuxen ålder

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, troligen	4	2,5	2,5	2,5
	Nej, troligen inte	57	35,2	35,6	38,1
	Nej, absolut inte	99	61,1	61,9	100,0

	Total	160	98,8	100,0
Missing	-99	2	1,2	
Total		162	100,0	

Övrig tabell.

Jag tror att barn med ADHD har dyslexi i större utsträckning än andra barn

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, säkert	1	,6	,6	,6
	Ja, troligen	32	19,8	20,3	20,9
	Nej, troligen inte	80	49,4	50,6	71,5
	Nej, absolut inte	45	27,8	28,5	100,0
	Total	158	97,5	100,0	
Missing	-99	4	2,5		
Total		162	100,0		

Övrig tabell.

Arbete

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nej	14	8,6	8,7	8,7
	Ja	147	90,7	91,3	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	-99	1	,6		
Total		162	100,0		

Övrig tabell.

Socionomutbildning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nej	82	50,6	50,9	50,9
	Ja	79	48,8	49,1	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	-99	1	,6		
Total		162	100,0		

Bilaga 5

Hej!

Vi är två socionomstudenter från Lunds Universitet och vi ska göra en enkätstudie under vår c-uppsats. I vår undersökning ska vi fråga socialsekreterare som arbetar med förhandsbedömningar och utredningar kring barn och unga 0-20 år i Götaland om ADHD. Undersökningen kommer handla om kunskaper och attityder kring barn med ADHD, men inga förkunskaper krävs.

Enkäten beräknas skickas ut via post snarast och den kommer ta cirka 5 minuter att besvara. Tidsåtgången är ungefärlig. Vi kommer sätta ett datum då vi vill att enkäterna är tillbakaskickade till oss. Vi kommer stå för portot.

Vi skulle bli väldigt tacksamma om ni ville ställa upp och hjälpa oss bli godkända på vår c-uppsats och därigenom hjälper oss bli klara med vår utbildning till socionomer.

Vi har full förståelse att ni har mycket att göra på er arbetsplats, men vi vore evigt tacksamma om ni tog er några minuter till att besvara enkäten. Era åsikter är av stor vikt.

Oavsett om ni väljer att delta eller inte skulle det vara bra om ni ville svara hur många socialsekreterare som arbetar på er enhet. Tack på förhand!

Vi är i behov av just er hjälp!

Vänliga hälsningar,

Anna Knutsson & Emma Larsson