



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

*“... alltså jag har ingenting emot diagnoser
men...”*

En kvalitativ intervjustudie om socialsekreterares syn på ADHD-diagnoser i
relation till sin egen yrkesroll

Josefin Jacobson

Marcus Johnsson

Kandidatuppsats (SOPA 63)

HT 19

Handledare: Tove Harnett

Abstract

Authors: Josefin Jacobson, Marcus Johnsson

Title: “...I don't have anything against diagnosis but...”- A qualitative interview study of social workers view on ADHD- diagnoses in relation to their professional role [Translated title]

Supervisor: Tove Harnett

Assessor: Anders Östnäs

The aim of this study has been to examine the way social workers view ADHD and the scope given neuropsychological disorders such as ADHD within the professional delimitation of the social services child and family unit. The study has taken a qualitative approach with six semistructured interviews being held with social workers currently working in the child and family unit. These social workers were found through a convenience sample as well as through a snowball sample. The studies analysis was based on the theory of profession with emphasis on the establishment of professional boundaries as well as the medical and social model in which neuropsychological and psychosomatic problems can be understood. The results reached, points to the complexity of the job social workers face in their profession. This, as well as the ambivalent tuning that exists in relation to an ADHD diagnosis, whether the problematic behaviour, connected to ADHD, was a result of background and social context or a medical condition. Social workers aimed to meet every person as an individual, trying to avoid prejudices of different social categories. This study also showed the importance and difficulties of cooperation between stakeholders such as the social services, psychiatric healthcare, parents and representatives of the educational system.

Key words: ADHD, social services, social work, profession, adolescents, child, youth, challenges.

Förord

Vi vill först och främst rikta ett stort tack till de socialsekreterare som ställt upp för intervjuer, trots ett fullspäckt arbetsschema. Därefter vill vi självklart rikta ett hjärtligt tack till vår handledare Tove Harnett. Tack för ditt engagemang, din vägvisning och för de många handledningstillfällen du ställt upp på under vägens gång. Sist men inte minst vill vi tacka de i vår närhet som har funnits nära till hands för uppmuntran när det behövts. Tack!

2020.01.06

Josefin Jacobson Marcus Johnsson

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte	8
1.3 Frågeställningar	8
1.4 ADHD ur ett historiskt perspektiv	9
1.5 Arbetsfördelning	9
2. Kunskapsläge.....	10
2.1 Kunskapssökning	10
2.2 Diagnostiseringen av ADHD - modeller och hjälpmedel.....	10
2.3 Statistik kring barn och unga med ADHD	11
2.4 Debatten mellan medicinsk och social ADHD	12
2.5 Socialtjänstens utredningsarbete och styrelsedokument inom utredningsprocessen	13
2.6 ADHD inom professionella kontexter	16
2.7 Sammanfattning	18
3. Teoretiska utgångspunkter	19
3.1 Professionsteori	19
3.2 Den medicinska och den sociala modellen.....	22
4. Metod.....	23
4.1 Metodologiska överväganden	23
4.2 Genomförande av intervjuer	24
4.3 Bearbetning och analys	24
4.3.1 Urval	25
4.4 Metodens tillförlitlighet.....	26
4.5 Forskningsetiska överväganden	26
4.5.1 Informationskravet.....	27
4.5.2 Samtyckeskravet.....	27

4.5.3 Konfidentialitetskravet	28
4.5.4 Nyttjandekravet	28
4.6 Metodens förtjänster och begränsningar	29
5. Resultat och analys	30
5.1 ADHD- både medicinskt och socialt.....	30
5.1.1 Medicinskt- medicinering kan vara nödvändigt	33
5.1.2 Sociala modellen- miljön är viktig.....	35
5.2 Hur beskriver socialsekreterare sin egen yrkesroll i relation till andra aktörer?	38
5.2.1 I relation till BUP- Anpassa sig efter BUP:s ord	39
5.2.2 I relation till föräldrarna- “Uppfostran” av föräldrarna	42
5.2.3 I relation till skolan	45
6. Avslutande diskussion	47
6.1 Sammanfattning.....	47
6.2 Genomgång av arbetet.....	48
6.3 Slutsatser och diskussion utifrån studiens frågeställningar	50
7. Referenslista	52
8. Bilaga 1: Presentationsbrev	55
9. Bilaga 2: Intervjuguide.....	56

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) har sina rötter inom psykiatrin där det tidigare setts som en abnormitet eller en hjärnskada hos patienten och benämndes då som ”*minimal brain dysfunction*”(MBD). Idag faller samma beteendeproblematik under titeln neuropsykiatrisk diagnos, specifikt ADHD (Shire, 2012). De vanligaste symptomen för ADHD innefattar koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet och impulsivitet. Det är en av de vanligaste diagnoserna som sätts på barn världen över. Problematiken uppmärksammas ofta först när personerna kommer upp i skolåldern (Singh, 2008:957). Statistik visar att år 2013 hade uppemot 5% av alla pojkar (13-17 år) i Sverige har diagnostiserats med ADHD samt 2,2 % av alla flickor i samma åldersgrupp (Socialstyrelsen, 2014:16). ADHD leder till konsekvenser i vardagen som gör att dessa barn och ungdomar har stort behov av delaktighet och engagemang från vuxna för att de dagliga rutinerna ska fungera. Många olika verksamheter i samhället måste, utifrån den kunskap som finns idag, förstå och hantera de svårigheter som personer med ADHD har (Svensson 2007:7).

Den här uppsatsen handlar om synen på ADHD-diagnoser hos socialsekreterare på barn och familjeenheten. Då utveckling av psykosocial problematik hos barn och unga kan vara startskottet för en rad andra negativa effekter är detta av intresse för forskningens värld. En ökad förståelse för vad som orsakar dessa psykosociala problem ger även kunskap om hur problematiken på bästa sätt förebyggs och kan behandlas. För att djupare förstå och därmed även förhindra utvecklingen av psykosocial problematik är diagnostisering ett verktyg som flitigt används inom professionella sammanhang. Av alla diagnoser som ställs på barn och unga är den mest förekommande diagnosen en neuropsykiatrisk diagnos. Inom detta samlingsnamn är ADHD den mest frekventa diagnosen (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2017).

Samtidig pågår en kritisk diskussion kring ADHDs diagnostisering även i media. Ett exempel på det är den amerikanska läkaren Nicole Browns kritiska granskning av diagnossättning och behandling av barnpatienter (Ruiz, 2014). Hennes och andras kritik har samlats i en artikel. Nya undersökningar som genomförts i USA visar på att beteendeproblematik som kan likna symptom på ADHD istället kan bero på traumatiserande livserfarenheter. Det finns fall där barn som behandlats enligt de rutiner som finns för ADHD upptäckts leva i dysfunktionella familjeförhållanden där det problematiska beteendet de uppvisar istället kan härledas till traumatiska upplevelser som barnet erfarit tidigare i livet. Detta är ytterst viktigt för socialsekreterare på Barn- och familjeenheten att vara medvetna om (Ruiz, 2014).

Även i Sverige diagnosen diskuterats flitigt. Två förgrundsfigurer till den, fortfarande pågående, debatten kring ADHD-diagnosen är barnpsykiatrikern Christopher Gillberg och sociologen Eva Kärfve. Debatten fokuserar kring huruvida en ADHD-diagnos är till följd av sociala faktorer eller om den är till följd av en medicinsk abnormitet i hjärnan. Kärfve initierade debatten i samband med boken "Hjärnspöken" (2000) där hon riktade omfattande kritik mot Gillberg och hans arbete kopplat till ADHD eller "Damp" som diagnosen främst benämndes under 2000-talet. Kritiken riktades främst mot Gillbergs påståenden om att uppmärksamhetsproblematik och andra avvikande beteendemönster endast går att förklara som en medicinsk abnormitet. Kärfve lyfte sociala faktorer som en alternativ förklaringsmodell för beteendeavvikelserna samtidigt som hon kritiserade bristen på vetenskaplig evidens i Gillbergs studier om ämnet (ibid.). Än idag finns det dels de som menar på att de beteendesymptom som förknippas med ADHD kan bero på andra faktorer, vilket lätt missas att upptäckas om man endast fokuserar på beteendeproblematiken i sig. Dels de som menar på att man förminskar diagnosen som de diagnostiserade individerna lever med genom att inte ta hänsyn till funktionshindret som diagnosen kan innebära. Det råder med andra ord stor spänning kring vilken roll ADHD-diagnosen bör ha och i vilken utsträckning den ska tas hänsyn till.

Ett annat perspektiv som diskuterats flitigt är att ADHD snarare är en konsekvens av samhällets krav, förväntningar och prioriteringar. Den beteendeproblematik som innefattas av en ADHD diagnos har länge funnits, men det blir allt svårare att, med denna problematik, fungera i skola och vardag. Det som nu är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning beskrevs förr som socialt betingade problem alternativt beteendeproblem. Samtidigt som dessa personer idag har en annan

förståelse från omgivningen samt bättre möjligheter till hjälp och stöd jämfört med tidigare så går debatten varm kring ADHD och om det är samhällets krav som skapat problemet (Statens medicinsketiska råd, 2015:9).

Relevansen för socialt arbete blir tydlig i och med de studier som visar att barn som diagnostiserats med ADHD och även medicinerar för ADHD är väldigt överrepresenterade i det svenska välfärdssystemet. Exempelvis är det 5,5 gånger vanligare för pojkar och 6.1 gånger vanligare för flickor att barn som placerats i fosterhem medicinerar mot ADHD än hur det ser ut för barn som bor hos vårdnadshavare. För ungdomar som bor på SIS-hem uppges nästan hälften ha diagnosen ADHD och en tredjedel av dem medicinerar (Karlsson & Lundström, 2019:7).

Med andra ord finns det å ena sidan stöd för att ADHD överdiagnostiseras så att personer som har sociala problem ges en diagnos. Problematiken som medföljer diskuteras som att de professionella fokuserar *för* mycket på diagnosen och för lite på de sociala problemen runt klienten. Å andra sidan finns det stöd för att professionella fokuserar för mycket på sociala problem och för lite på själva diagnosen och därmed missar en viktig faktor i utredningsarbetet. I mitten av detta spänningsfält befinner sig socialsekreteraren som regelbundet möter unga med ADHD-diagnoser och förväntas göra korrekta utredningar och bedömningar i deras liv. Problematiken kring hur socialsekreterare bör och kan förhålla sig när det finns olika synsätt på samma problematik hos en klient samt vilka faktorer som påverkar och som socialsekreteraren måste ta hänsyn till i sitt arbete ligger till grund för denna studie.

1.2 Syfte

Syftet med den här studien är att beskriva och analysera hur socialsekreterare resonerar kring diagnosen ADHD samt hur deras profession ställs i relation till andra aktörer.

1.3 Frågeställningar

- Hur beskriver socialsekreterare ADHD?
- Hur ser socialsekreterare på sin egen yrkesroll i relation till andra aktörer?

1.4 ADHD ur ett historiskt perspektiv

Att identifiera och diagnostisera ADHD har varit under konstant förändring sedan diagnosens uppkomst. Identifiering av hyperaktivitet hos patienter har gjorts under lång tid men en definition av dagens diagnos, ADHD, uppmärksammades först 1902. Den förste att benämna hyperaktivitet eller koncentrationssvårigheter inom någorlunda vetenskapliga sammanhang var George Still när han benämnde de barn som varit del av hans studie som bland annat "*passionateness, spitefulness/cruelty, jealousy, lawlessness*" etc (Shire, 2012). Det dröjde sedan till 1966 innan en diagnostisering sattes som kan efterlikna dagens ADHD-diagnos. Diagnosen benämndes som "*Minimal Brain Dysfunction (MBD)*" och såg dagens ljus i en rapport sponsrad av The National Institute of Health i Storbritannien (ibid.).

Något som är återkommande för tidiga beskrivningar av ADHD är att det benämns som en hjärnskada eller en abnormalitet i hjärnan. Denna formulering ändrades inte förrän 1966 då diagnosen första gången räknades mer som en neuropsykiatrisk diagnos och inte enbart en fysiologisk störning eller skada. I och med denna förändring gällande definitionen av ADHD blev diagnosen ytterligare professionaliserad mer till hur diagnosen benämns idag (Shire, 2012). Dagens diagnos "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" har med andra ord sina rötter inom psykiatri som en abnormalitet eller en hjärnskada hos patienten. I dagens professionella sammanhang tas detta med stor sannolikhet avstånd ifrån och diskursen kring ADHD lutar nu mer åt att det är en diagnos som öppnar upp för ytterligare stöd för individen som får diagnosen (ibid.).

1.5 Arbetsfördelning

Uppsatsens författare har tillsammans skrivit alla delar i uppsatsen. En del rubriker har delats upp för att spara tid, genomgång av texten har dock skett tillsammans. För att få en sammanhängande text utan onödiga upprepningar eller missad information har det funnits ett tätt samarbete där författarna kontinuerligt under arbetsprocessens gång läst igenom varandras texter samt diskuterat innehållet. Att arbeta tätt har underlättat diskussioner samt eventuella oenigheter i innehållet. Författarna har delat på ansvaret både vid intervjuer och transkribering av

intervjuerna. Vid ett av intervjutillfällena var endast en intervjuare närvarande, vid resterande fem var båda närvarande.

2. Kunskapsläge

För att få en översikt över kunskapsläget kring ADHD har detta kapitel delats in i fyra avsnitt: ”Kunskapssökning”, ”Diagnostisering av ADHD- modeller och hjälpmedel”, ”Statistik kring barn och unga med ADHD”, ”Debatten mellan medicinsk och social ADHD”, ”Socialtjänstens utredningsarbete” samt ”ADHD inom professionella kontexter”.

2.1 Kunskapssökning

För att finna relevant fakta och kunskap har sökmotorerna lubsearch, libris samt socialtjänstens interna sökningsregister använts. Artiklar, avhandlingar och rapporter har använts för att få ett överskådligt perspektiv samt omfattande informationsbas som på ett rättvist sätt visar det rådande forskningsläget. Strävan att finna ett brett utbud av forskning har varit genomgående vid sökning av källor. Utöver de internetbaserade källorna har analoga källor i bokform eftersökts via Lunds Universitets biblioteksdatabas ”Lubcat”.

2.2 Diagnostiseringen av ADHD - modeller och hjälpmedel

Det finns olika mallar att gå efter när man pratar om diagnostisering. Peter Conrad och Meredith Bergey för en diskussion kring vilket sätt användandet av dessa mallar kan påverka diagnostiseringen. Mallen ”Diagnostic and statistical manual of mental disorders” (DSM) är ett sätt att mäta de kriterier som behöver uppfyllas för att bli diagnostiserad med ADHD. DSM anses vara något öppnare med vilka kriterier som behöver uppfyllas. En annan mall som kallas ”International classification of disorders”(ICD) och är mer strikt med kriterierna och hur mycket de måste uppfyllas. Den benämner dock diagnosen som en ”hyperkinetic disorder” vilket är ett samlingsnamn för olika beteendestörningar där ADHD ingår. Hur många som diagnostiseras med ADHD och bestämmelser över vilka kriterier som måste uppfyllas skiljer alltså beroende på vilken diagnostiseringsmall som används (Bergey & Filipe, 2018:3).

Kring ADHDs ständigt omväxlande definiering om vad det innefattar och vad som kännetecknar den står modeller och verktyg för diagnostisering av ADHD som en central roll inom professionellas hantering av diagnosen. Två av de verktyg som används i dagsläget vid identifiering och diagnostisering av neuropsykiatriska diagnoser, såsom ADHD, är DSM 5 och ICD-10. De två verktygen är framtagna av *American psychiatric association* (för DSM) respektive World Health Organization (ICD) (Karlsson & Lundström, 2019:3f).

2.3 Statistik kring barn och unga med ADHD

I Sverige idag beräknas ca 6 procent av alla barn ha en ADHD-diagnos och ca 3 procent av alla vuxna (Statens medicinsketiska råd, 2015:23). Det framgår att diagnostisering av ADHD har ökat markant sedan 2007. Mellan åren 2007 och 2011 ökade diagnostiseringen av ungdomar med 75 procent i Stockholms län. Hos barn och unga i åldrarna 0-12 år har ökningen varit tvåfaldig och prognosen är att ökningen kommer att fortsätta (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2017). Den pågående epidemi av ADHD som ses röra sig över världen är något som ständigt kritiserar och problematiseras på flera olika håll. Det finns mycket som tyder på att en diagnos kan upplevas stigmatiserande samtidigt som det finns faktorer som tyder på att en tidig diagnos skapar bättre förutsättningar till behandling och hjälp, som i framtiden kan reducera risken för senare problem i skola samt yrkesliv och socialt utanförskap (Statens medicinsketiska råd, 2015:9).

Statistik tyder även på att det i vissa sociala grupper finns en överrepresentation av ADHD-diagnoser. Ett exempel på det är i den svenska kriminalvården där man kan se att mellan 30 och 40 procent uppges vara diagnostiserade med ADHD, även i beroendevården har man på senare tid sett en överrepresentation (Statens medicinsketiska råd, 2015:23). Skillnaden mellan den beräknade förekomsten överlag och förekomsten inom kriminalvården är som sagt väldigt stor vilket leder till att nya sätt att hjälpa dessa människor fungera i samhället måste tas fram.

Forskning från Bloom, Jones and Freeman, genomförd i USA menar på att även faktorer såsom kön, ras, etnicitet, hemmiljö (inkomst, utbildning m.m.), nivå på hälso- och sjukvårdsförsäkring och geografisk placering kan påverka om en person blir diagnostiserad. Barn med ensamstående

föräldrar har högre sannolikhet att ha ADHD än barn med två vårdnadshavare (Bergey & Conrad, 2018:18).

Detta tar även Brown et. al (2014:354) upp och menar på att barn med ADHD hade betydligt fler ogynnsamma barndomsupplevelser jämfört med barn utan diagnosen ADHD. Med hänsyn till de socioekonomiska skillnader som förekom mellan de olika respondenterna kan man fortfarande observera kopplingar mellan ogynnsamma barndomsupplevelser och ADHD hos barnet.

Psykosociala faktorer som har visat sig vara kopplade till ADHD-symptom inkluderar låginkomstfamiljer, mindre stimulerande och stöttande hemmiljöer samt förlossningsdepression. Undersökningen visar också på brister i läkarnas kunskaper om ogynnsamma barndomsupplevelser och att undersöka dessa i samband med utredning av diagnoser. Att misslyckas med att upptäcka dessa upplevelser kan leda till att behandlingen endast syftar till att kontrollera den nuvarande beteendeproblematiken, men missar att behandla och bearbeta de underliggande trauman som kan vara grunden till en del av beteendeproblematiken (Brown et al, 2014:354).

2.4 Debatten mellan medicinsk och social ADHD

I samband med ”Hjärnspöken” (2000) tog debatten fart mellan det sociala och det medicinska perspektivet. På ena sidan Eva Kärfve, sociolog, som i sin bok uttrycker kritik och skepticism mot att endast anta ett synsätt på en problematik som är svårdefinierad och som, under tiden för bokens publicering, fortfarande var vitt omdiskuterad runtom i världen. På andra sidan Christopher Gillberg, barnpsykiatrikern, som i sina studier påvisar en ny definition till den problematik som sprider sig som en epidemi bland världens utvecklingsländer.

Gillberg hade innan 2000-talets början, publicerat studier där diagnosen ”damp” myntades vilket kom att bli känt som ”Göteborgsstuiden om barn med Damp”. Det genomfördes en pilotstudie 1975 med sexåriga barn som sedan ledde till en mycket större studie omfattande alla sexåriga barn på förskolor i Göteborg. Den studien fokuserade på så kallade MBD-symtom (Minimal Brain Dysfunction) och ledde till att Gillbergs påståenden om att uppmärksamhetsproblematik och andra avvikande beteendemönster endast går att förklara som en medicinsk abnormitet. Gillberg menade på att 1,2 procent av alla förskolebarn inom Göteborg kunde diagnostiseras

med *svår* MBD medan 3-6 procent kunde anses ha *medel till lätta* symtom på MBD. I internationella kretsar däremot, fanns det kritik mot MBD-diagnosen då den var förlegad och inte täckte in alla de symtom som barnen uppvisade. Det fanns flertalet symtom som inte täcktes in av kriterierna för MBD-diagnosen. I Sverige lades fokus på de motoriska förmågor eller oförmågor vilket resulterade i Gillbergs första studie om ämnet och även myntandet av diagnosen ”Definicions in Attention, Motor control and Perception” (Damp) som publicerades i en doktorsavhandling för första gången 1987 (Carlberg, 2014). När Kärffe sedan uttryckte kritik mot Gillbergs resultat och mot själva studien 2000 gjordes detta med grunden att Gillbergs underlag inte kunde uttala sig om att de barn som diagnostiserades med Damp hade en hjärnskada då diagnostiseringskriterierna uteslutande syftade på beteendemässiga faktorer. Kärffe lyfte även hur sociala bakgrundsfaktorer kan spela in på hur barnets beteende utvecklas och påpekade på att Gillbergs studie systematiskt undvek samt ogiltigförklarade sådana förklaringsmodeller (Kärffe, 2000). I motpol till Kärffes uttalande ställde sig flertalet läkare, psykiatriker med flera bakom Gillbergs studie och menade på att studien felaktigt kritiserats och att dess genomslagskraft i Europa inom det medicinska forskningsrådet tyder på studiens legitimitet. Debatten fördjupades med att kritik lyftes mot Gillbergs forskningsunderlag. Där fortsatte sedan debatten kring vikten av det sociala kontra det medicinska vid diagnostisering av dagens ADHD-diagnos (Carlberg, 2014).

I en rapport som statens medicinsketiska råd (Smer) utförde år 2015 framkom slutsatsen att ADHD ska ses både ur ett psykosocialt perspektiv såväl som från ett medicinskt. De bästa förutsättningarna för att kunna leva ett gott liv med en diagnos tros komma om man uppnår en balans mellan psykosociala och pedagogiska faktorer samt medicinska faktorer (Statens medicinsketiska råd, 2015:10).

2.5 Socialtjänstens utredningsarbete och styrelsedokument inom utredningsprocessen

Inom socialtjänstens utredningsarbete av barn och unga är metoden Barnets Behov I Centrum eller BBIC en huvudpelare som ska genomsyra hela processen i utredandet av barnets situation. Arbetssättet togs fram av Socialstyrelsen med det specifika syftet att stärka barnperspektivet inom socialtjänstens myndighetsutövning. Arbetssättet och metoden har sedan publiceringen

även använts inom andra instanser som bedriver arbete med barn och unga. BBIC tar avstamp från aktuell svensk lagstiftning, mer specifikt från socialtjänstlagen 2019:473 (2001) såväl som från FN:s konvention om barns rättigheter vilken är planerad att bli inkorporerad in i svensk lagstiftning år 2020. BBIC syftar till att barns rätt till delaktighet är genomgående i utredningsprocessen samt att socialsekreterarna genomgående reflekterar över barnperspektivet så att det är barnets bästa som står i huvudfokus. För att socialsekreterare på bästa sätt ska sätta barnperspektivet i centrum måste de ta hänsyn till de kringliggande faktorer som finns runt barnet och som kan påverka dess situation. En ADHD-diagnos är en sådan faktor. Om diagnosen får en stor del eller läggs åt sidan i en barnutredning är oviktigt. Oavsett delaktighet kommer de beslut som tas kring ett barns diagnos att påverka utredningsarbetets utmynnade i ett beslutsfattande.

Både BBIC samt SoL 11:2 (2001) påpekar vikten av att barnets situation ska utredas men inom ramarna för vad som är rimligt med tanke på omständigheterna som gjorde att barnet blev aktuell inom socialtjänsten. Med andra ord ska socialsekreteraren ta hänsyn till information som den anser vara viktig för att fatta ett adekvat beslut men inte ta in för mycket information och därmed inskränka barnets och familjens privatliv för mycket. Detta tyder på att det rör sig om en bedömningsförmåga huruvida en ADHD-diagnos får ta plats eller inte i en utredning.

Centrala styrdokument för socialsekreterare på enheten Barn- och familj är "Grundboken i BBIC" samt "Metodstöd för BBIC" (Socialstyrelsen, 2018). Inom barnutredningar är dessa två dokument en barnsekreterares heliga skrift innan, under och efter en barnutredning. I "Grundbok i BBIC" så förkunnas det att barnets bästa ska bedömas genom ett objektiva perspektiv och ett subjektivt perspektiv (Socialstyrelsen, 2018a). Att utgå från ett objektiva perspektiv är att ta i beaktning befintlig forskning och andra professionellas perspektiv. Detta ska vägas mot socialsekreterarens subjektiva bedömning utifrån beprövad erfarenhet. Detta styrdokument som utgör ramen för det arbete socialsekreteraren bedriver inom barnutredningar förlitar sig på det handlingsutrymme som socialsekreteraren har med syftet att barnets bästa ska tillgodoses. Gällande ADHD benämner dokumentet inte något specifikt förhållningssätt förutom att socialsekreteraren ska ta i beaktning all forskning som kan bistå utredningen och samtidigt bibehålla en subjektiv analys av det specifika barnets situation. Styrdokumentet som är tänkt att

rama in det sociala arbete som bedrivs lämnar en lucka öppen för den enskilde socialarbetaren att själv rama in med hjälp av subjektiva bedömningar, erfarenheter etc.

Detta förhållningssätt och metodologiska tillvägagångssätt utgår från de rådande bestämmelserna i Socialtjänstlagen, närmare bestämt i 1 kap 2§ samt i 11 kap 10§ SoL (2001).

BBIC-modellen är utformad som en triangel där de tre sidorna representerar vad som är viktigt för att barnets behov ska tillgodoses. En av dessa sidor har rubriken “barnets utveckling” och kan anses innehålla grunden till rätten hos barnet att få sin röst hörd och för barnperspektivet att bli beaktat. Under denna rubrik specificeras barnets utveckling i fyra underrubriker; *hälsa, utbildning, sociala relationer och känslor och beteende*. Socialstyrelsen förkunnar att samtliga delområden på triangelns tre sidor är ämnade att identifiera risk kontra skyddsfaktorer kring barnet för att förhindra psykosociala problem samt att barnet far illa.

En identifikation av dessa risker kontra skyddsfaktorer är socialsekreterarens huvuduppdrag under en barnutredning. Genom samtal med barn och vårdnadshavare, observationer i hemmiljö och inhämtade uppgifter från andra professionella aktörer gällande barnet bildar sig socialsekreteraren en uppfattning om hur situationen ser ut med barnets behov i centrum. Nyckelord som socialsekreterare ska jobba efter är: *delaktighet, tydlighet och insyn* (Socialstyrelsen, 2018:74a). På triangelns tre sidor benämns inte vilken roll en diagnos ska ha eller var den ska placeras, som en social kontra medicinsk riskfaktor eller om den ska betraktas som en riskfaktor överhuvudtaget?

Att socialsekreterarens roll inom utredningsarbetet är mångfaldig och komplicerad är ett faktum. Den stora vikten kring utredningen vilar på socialsekreterarens egna bedömningar och uppfattningar om klientens(barnets) situation. De individuella bedömningar och beslut som fattas, avgränsade av lagar och regler, är mottagliga för påverkningar av faktorer såsom neuropsykiatriska diagnoser. Inom socialsekreterarens handlingsutrymme är styrdokument, förordningar och lagar till för att agera som inramning av arbetet, stöttepelare vid tvivelaktiga ärenden och kontrollfunktioner så att det bästa möjliga sociala arbetet uppnås. När ett sådant dokument lämnar utrymme för egen tolkningsförmåga uppstår frågor om vad som är av vikt och

hur viss information bör bedömas. Tyngden för beslutet läggs på axlarna hos de professionella socialsekreterarna.

2.6 ADHD inom professionella kontexter

Förutom medicinsk behandling av ADHD har man även börjat erbjuda pedagogiska och psykologiska behandlingsmetoder. Socialstyrelsen har även arbetat fram ett kunskapsunderlag med rekommendationer och stödinsatser som bör användas vid behandling av ADHD. Något som dock betonas är att allt stöd bör värderas och sättas in med hänsyn till personens individuella problematik. Insatserna anses också behövas inom barnets alla olika områden såsom i skolan, på fritiden, i familjen m.m. Samordning mellan de olika områdena framhålls som extra viktigt. Många andra typer av psykosociala, pedagogiska och psykiatriska behandlingar har utvärderats, men utan att finna tillräckligt vetenskapligt stöd. Detta ska dock inte ses som att dessa behandlingar är verkningslösa utan som att kunskapsläget idag är bristfälligt (Statens medicinsketiska råd, 2015:31f).

Barn som diagnostiserats beskrivs som extra sårbara och föräldrarna har inte alltid möjlighet att erbjuda det extra stöd som behövs. Föräldrar till barn med ADHD befinner sig i större utsträckning i en bristande ekonomisk situation och har generellt sett oftare problem med arbetslöshet och boende. Stress och brist på socialt stöd är också det något man kunnat se som återkommande. Det finns även forskning som pekar på att en ADHD-diagnos tillsammans med en uppväxt i en socialt utsatt miljö utgör dubbla risker för en problematisk tillvaro senare i livet. Kriminalitet och missbruk är överrepresenterade bland personer med ADHD, och även problem med att klara utbildningar och att ta sig in på arbetsmarknaden (Statens medicinsketiska råd, 2015:41f). Vikten av en fungerande socialtjänst som kan minimera dessa risker blir här extra tydlig.

Som motpol till den forskning som tyder på att den sociala miljön man befinner sig i har stor betydelse för vilken problematik man uppvisar finns det även rapporter som menar på att socialarbetare tar för stor hänsyn till detta i arbetet med neuropsykiatriska diagnoser. I en rapport (Svensson, 2007:6) som länsstyrelsen i Gävleborg publicerat så framgår det att det funnits brister i samverkan mellan olika instanser när det kommer till att hantera ungdomar med

neuropsykiatriska diagnoser. Av de tillfrågade socialsekreterarna i rapporten uppger majoriteten att de har mycket begränsade kunskaper om vad neuropsykiatriska diagnoser innebär samt vilken hjälp dessa personer kan få (Svensson, 2007:12). I rapporten framgår även att trots att barn och ungdomar fått stöd i form av insatser genom socialtjänsten så har barnet när det kommit upp i tonåren haft problem med skolgång, utåtagerande beteende och i vissa fall kriminalitet eller asocialt beteende. I de akterna som undersökts finns det information om den beteendeproblematik som funnits, men denna har inte relaterats till att ungdomen som följd av sin diagnos kan ha behov av särskilt bemötande och förhållningssätt. Inte heller att det beteende som beskrivits kan hänga samman med den neuropsykiatriska diagnosen har återgetts. Rapporten tyder på att tidiga insatser inte kunnat förhindra att sekundära problem tillkommer (Ibid.). Rapporten menar på att socialsekreterare prioriterar att hitta sociala förklaringar på de symptom som uppvisas vilket gör att ungdomens diagnos "osynliggörs". En orsak till detta kan vara bristen på kunskap om neuropsykiatriska diagnoser vilket gör att problemen ses ur ett socialt perspektiv, trots att de sociala problemen kan vara underordnat diagnosen.

Ytterligare en aspekt som vidare befäster komplexiteten med ADHD- diagnoser är en rapport från Stiftelsen allmänna barnhuset i samband med Uppsala Universitet (Heiman, Näsman & Palme, 2017). Rapporten grundas i en studie på socialtjänster i två kommuner där barnutredningar har granskats och förekomsten av neuropsykiatriska diagnoser, främst ADHD, i dessa. Det studien visar på är att det råder en stark korrelation mellan barn som utsatts för någon form av våld eller övergrepp och en ADHD-diagnos inom barnutredningarna. I de ärenden som djupstuderats framgår det att grunden till oro som framkommer i en orosanmälan kan, under utredningens gång, övergå till att i analysen handla om hur barnet är provocerande eller svårt att gränssätta. Författarna diskuterar vad för roll en diagnos har i denna överflyttning av fokus och bortglömmande av "grundoron". Rapporten fortsätter med att diskutera föräldrarnas roll och hur föräldrar som utsätter sina barn för våld eller övergrepp kan tänkas vilja skuldbelägga barnet för att befria sig från sin egen skuld. En diagnos diskuteras vara ett av medlen till att uppnå detta (Ibid.).

Hur socialsekreterare väljer att bemöta personer kan ha betydelse för personens inställning till socialtjänsten samt förståelse för de insatser som erbjuds. En undersökning som gjorts gällande

intervjuer, där poliser ombetts att reagera på vinjetter där de har fått fyra fiktiva fall, två där förhörspersonerna är brottsmisstänkta och två där de förhörts som vittnen. Två av ungdomarna, en av de brottsmisstänkta och ett av vittnena har ADHD. Resultaten från denna undersökning har sedan jämförts och slutsatser som framkommit är att poliser behöver mer utbildning när det kommer till ADHD-diagnoser, hur de kan identifiera ADHD och hantera diagnosen i förhörssituationen. Frågor som respondenterna med ADHD haft svårare att svara på vissa typer av frågor, vilket har försvårat för intervjumetoden. Denna undersökning menar på att man bör anpassa frågor och intervjumetod efter personen man intervjuar och att det då kan vara bra att utbildas i exempelvis ADHD och beteende kopplat dit för att kunna få svar på det man frågar (Cunial et. al 2017:264).

2.7 Sammanfattning

Relevant forskning som tagits upp i kunskapsläget har handlat om diagnostisering och de olika mallar som man idag utgår ifrån när man gör utredningar på personer som uppvisar symptomen på en ADHD-diagnos. De två som tas upp är DSM och ICD som är olika diagnostiseringsmallar. DSM, som anses vara något striktare kring vilka kriterier en person måste uppfylla för att få diagnostiseras samt ICD som anses vara öppnare. För att få ett bra perspektiv på diagnosen och hur stor del av befolkningen som berörs så har även relevant statistik tagits upp. I detta avsnitt diskuteras även överrepresentativiteten ADHD som upptäckts i socioekonomiskt bristande områden. En annan central del i dagens debatt är de olika synsätt som finns på ADHD kopplat till sociala och medicinska faktorer. Företrädare för dessa olika synsätt tas upp och diskuteras samt de slutsatser *Statens medicinska rådet* landat i. För att få en överblick på hur socialsekreterare på barn och familj arbetar och vilka riktlinjer de utgår ifrån har även BBIC-modellen presenterats. Avslutningsvis har ADHD belysts ur ett professionellt perspektiv där diskussionen tagit upp olika professionella perspektiv och arbetssätt kopplat till ADHD. Dels olika behandlingsmetoder utöver medicinering samt olika perspektiv på hur diagnosen hanteras och belyses på socialtjänsten.

3. Teoretiska utgångspunkter

Med avstamp i det empiriska material som vi samlat in har vi valt att använda oss av professionsteori samt den medicinska och den sociala modellen i analysen av vårt material. För att förstå hur socialsekreterarna förhåller sig till sin egen yrkesroll har professionsteorin med fokus på gränsarbete professioner emellan samt vilket ansvar socialtjänsten har i arbetet med barn som har diagnosen ADHD använts. Syftet med den sociala samt den medicinska modellen är att använda dem som teoretiska verktyg för att tolka och förstå de olika synsätt som finns gällande ADHD-diagnoser och vilket som är det bästa sättet att bemöta individer med denna diagnos.

3.1 Professionsteori

Professionsteori har sin utgångspunkt i vad som definierar den egna professionen. Både inom det arbete som bedrivs men även hur professionen förhåller sig och samexisterar med andra professioner. Andreas Liljegren (2008) belyser och diskuterar det senare i sin bok "Professionellt gränsarbete - socionomexemplet". Liljegren inleder och lyfter begreppet "*stängningsstrategier*" (2008:20) där en profession befäster sina gränser kring en yrkesmarknad gentemot andra professioner. Att få ökat inflytande som profession i konkurrens med andra professioner är här i huvudfokus. Användandet av stängningsstrategier är menat att befästa sin egen position som profession och samtidigt utmana andra professioners "territorier". Den egna professionen, och framförallt den egna gruppen, tillgodogör sig på detta vis resurser och möjligheter till ökade resurser för att erhålla en överordnad position i relation till andra yrkesgrupper och professioner.

Ett slående exempel för stängningsstrategier är när två yrkesgrupper och professioner arbetar med klienter som faller inom de båda professionernas arbetsområde. En patient/klient som är aktuell inom både medicinska sammanhang samtidigt som socialtjänsten kan uppleva hur dessa två professioner bedriver en underliggande kamp om vilken bedömning som ska äga företräde och därmed "vinna". Allt detta sker på premisserna att det finns en hierarkisk ordning mellan professioner där vissa professioner hamnar högre upp på den "hierarkiska pyramiden" och därmed även får större slagkraft gällande de bedömningar och beslut som de fattar. Andra

professioner är inte lika benägna att ifrågasätta eller utmana bedömningar som kommer från en profession lokaliserad högre upp på pyramiden än den egna professionen.

Inom den hierarkiska pyramiden är nyckelbegrepp som "*position*" och "*riktning*" slående grundbegrepp under stängningsstrategier där det kraftmätning och maktkamp pågår om bland annat tolkningsföreträde. Det är centralt att veta vilken *position* den egna yrkesgruppen har på hierarkipyramiden och vilken *riktning* de stängningsstrategier professionen använder har. Professionen som grupp har en egocentrisk ståndpunkt där det blir viktigt att skydda den egna gruppen mot yttre faktorer som hotar att urholka och splittra gruppens professionalitet och därmed även tolkningsföreträde samt slagkraft i professionella sammanhang. Det Liljegren förkunnar här är historiken kring den maktkamp och strävan som yrkesgrupper har för att uppnå det ideal som är "professionalitet". Den yrkesgrupp som har en hög professionalitet kommer även erhålla en stor slagkraft på de arenor där flera yrkesgrupper möts.

Liljegren fördjupar sedan professionsdiskussionen genom att belysa teorier om att professioner ses som landskap eller territorier med sina tydliga gränser gentemot andra professioner. Den hierarkiska kamp som var central för stängningsstrategierna faller nu undan för att ersättas av väktare på murarna som omger den egna professionen.

...professioner har sina egna territorier med gränser som skall försvaras i en konkurrens- och förhandlingssituation med andra yrken. (Liljegren, 2008:20)

Centralt för professionsteorin med denna ansats är "gränser" och gränsdragning. I denna gränsdragning och upprätthållandet av gränserna skapas förutsättningarna för att den egna yrkesrollen ska formas. Med andra ord upprättas gränserna för professionen först på en lokal nivå vilket sedan härleder till att det sociala arbetet kan bedrivas. De lokala gränserna sammanbinds så småningom med regionala och nationella gränser samt strukturer. Genom att gränserna utmanas och omförhandlas på en meso- och makronivå förändras de professioner som befinner sig inom gränserna. "Boundary work" är termen som myntats för att beskriva när en profession utmanar och gör anspråk på en specifik uppsättning gränser (Liljegren, 2008:21). Denna del av teorin går att applicera på vår undersökning då mycket handlar om vilken

profession som ska göra vad när det kommer till unga med ADHD-diagnoser. Gränsarbete i relation till unga med ADHD berörs i empirin. När väl gruppen och den egna professionen har testat sina gränser och blivit testad av andra professioner är det i detta stadiet som den egna gruppen bygger upp det förhållningssätt de har till det sociala arbete de bedriver. Initialt vid gruppens och den egna professionens formande samt gränsdragning diskuterar Liljegren att gruppens synsätt erhåller en egoistisk ståndpunkt. Gruppen värnar först och främst om sina egna aktörer och är måna om att professionen ska stå pall mot de påfrestningar och omprövningar som kommer utifrån på professionens gränser. Yrkesgrupper som står under press eller befinner sig i en utsatt position professionsmässigt där de riskerar att förlora sina territoriella gränser till andra professioner och därmed urholka sin egna professionalitet diskuterar Liljegren att de kommer erhålla ett mer egoistisk synsätt kring andras intressen. Gruppen sluter sig något för att försvara sig själva och sin professionalitet samt de gränser som upprättats. Allteftersom att gruppen befäster sina gränser och etablerat sig som en yrkesgrupp, desto mer kan gruppen anta ett mer altruistiskt förhållningssätt (Liljegren, 2008:23).

Denna ständiga kamp om gränsdragning och befästande av sin egen professionella position tenderar att visa även sig mellan det medicinska och det sociala arbetet. Liljegren diskuterar det fenomen som Dahle (2008) påpekat att när en läkare importerar kunskap från andra i sin bedömning, stärker detta bedömningen och läkaren, medan när socionomer eller exempelvis sjuksköterskor gör detsamma uppfattas detta som en svaghet. En socionom står med andra ord i en utsatt position redan som utgångspunkt i relation till det medicinska yrket. Socionomen måste förhandla och konkurrera med exempelvis läkare och psykologer kring vem som har ansvaret över en viss klient (Liljegren, 2008:24f).

Kritik som riktats mot professionsforskningens aktörsperspektiv menar att det i dagsläget inte går att prata om att professioner agerar på eget bevåg då villkoren för yrkesgrupper till viss del styrs av EU (Liljegren, 2008:21). Socionomers handlingsutrymme ger trots styrning utrymme för olika förhållningssätt gentemot andra aktörer. Dessa förhållningssätt påverkar vidare socionomerna och deras klienter i det vardagliga arbetet.

3.2 Den medicinska och den sociala modellen

Den medicinska modellen grundar sig på en stor tilltro till diagnoser och en bio-fysiologisk definition av normalitet. Människor med kulturellt accepterade funktionsnedsättningar, som utifrån ett kliniskt perspektiv ses som defekta, med problematik som ska korrigeras med hjälp av behandling, träning och rehabilitering. Det är individens ansvar att ta del av den hjälp som erbjuds och förväntas samarbeta, bland annat genom att ta råd av medicinsk personal. I gengäld slipper individen uppfylla andra krav som samhället ställer på medborgare när det kommer till förpliktelser och prestationer i samhället. Idén är att dessa personer får en viss tid på sig att, med hjälp av det stöd som erbjuds, rehabiliteras för att kunna ta en roll i det normala samhället (Lindqvist, 2017 s.37f). Conrad i Lindqvist har utvecklat tre medikaliseringsnivåer, den första nivån är en begreppslig nivå där han menar att nya diagnoser konstrueras för att passa våra sociala och personliga problem. Den andra nivån är en interaktionsnivå där patienten möter behandlande vårdpersonal och en socialpolitisk nivå där ställningstaganden kring bidrag och förmåner baseras på medicinska beslut (Lindqvist, 2017 s.38f).

En risk som synliggörs i förhållande till begreppsnivån är att tilltron till diagnosen som kategoriseringsverktyg riskerar att dölja personens förmågor. Kritik på interaktionsnivån har att göra med att det inte är en självklarhet att funktionsnedsättningar, med hjälp av behandling, kan försvinna vilket tyder på att medikaliseringen inte är adekvat. Att diagnoser ligger till grund för bidrag kritiserar även då man anser att personen tvingas visa upp de brister diagnosen gett och inte vilka förmågor man har. Vissa anser att de måste förstora sina brister för att få tillgång till de insatser man har behov av. Den medicinska modellen baseras på den diagnostiska kulturen med ett biofysiologiskt synsätt på funktionsnedsättningar och sjukdomar. Modellen ska dels ses som en samhällelig tolkningsmall för sjukdom och funktionsnedsättning. Den belyser både de problem som uppstår i en ekonomisk och social verklighet samt djupare liggande normer, kulturella mönster och värderingar (Lindqvist, 2017 s.38f).

Inom den sociala modellen däremot anser man att funktionshinder skapas av hur samhället är konstruerat. Det är inte personens egenskaper som utgör ett hinder utan det är sättet samhället är uppbyggt på. Man menar att fysiska, institutionella och strukturella hinder är något som påverkar alla människor i samhället och det är också inom dessa ramar som man skapar bristande

förutsättningar för samhällets olika individer att leva sina liv. Det är inte funktionshindret i sig som är problemet utan samhällets utformning (Lindqvist, 2017:47) Idén grundar sig i att det finns en skillnad mellan den fysiska skadan och det faktiska funktionshindret. Skadan/sjukdomen är ofta något fysiskt individuellt medan funktionshindret är en social olägenhet, en begränsning påtvingad av samhället. Forskare som framhåller den sociala modellen menar att samhällets oförmåga att anpassa sig till personer med funktionshinder leder till en systematisk diskriminering av dessa individer. Bristerna finns institutionaliserade i flera av samhällets olika nivåer (ibid.).

Kritik som finns mot den sociala modellen riktar sig främst mot att den inte anses ta hänsyn till de funktionshindrades upplevelser av skadan och skadan i sig. Den sociala modellen kan heller inte användas för att tolka och analysera att villkoren för personerna med funktionshinder skiljer sig åt beroende på vilket typ av funktionshinder personen har (Lindqvist, 2017:48).

4. Metod

Detta kapitel kommer att behandla en beskrivning av den metodologiska ansats som studien utgått ifrån under arbetets gång. Även en diskussion kring de metodologiska överväganden som samt genomförandet och analyseringen av den insamlade empirin kommer att föras. Slutligen kommer en etisk diskussion kring studien som helhet och en kritisk diskussion mellan studiens förtjänster och begränsningar kommer att föras.

4.1 Metodologiska överväganden

Den primära metod som har använts under arbetets gång är en kvalitativ metod som genom semistrukturerade intervjuer fokuserat på att lyfta fram hur socialsekreterare ser på ADHD-diagnoser hos barn inom barnutredningar inom barn och familj. Då syftet med arbetet är att få en djupare förståelse för hur socialsekreterarna ser på ADHD samt vilken roll det får i utredningen av barn och unga anses en kvalitativ metod som mest lämplig (Bryman, 2011:40). Det som varit i fokus under arbetets gång har varit att nå fram till hur socialsekreterarna beskrev ADHD, samt vilka erfarenheter de har av diagnosen i professionellt sammanhang, och inte kring att få fram statistik eller ett kvantitativt forskningsresultat. En kvalitativ ansats som metod för arbetet ansågs

därför vara mer ändamålsenlig än en kvantitativ metod (Bryman, 2011:371). Om studien istället utgått ifrån en kvantitativ ansats hade betydligt fler socialsekreterare kunnat höras. Fokus hade då kunnat ändras till att få reda på huruvida en klients ADHD- diagnos påverkar socialtjänstens arbetssätt. Detta hade kunnat uppnås antingen genom en enkätundersökning med eventuell vinjett eller en dokumentanalys av utredningar och beslut. Syfte samt frågeställningar hade då behövts ändras från att efterfråga åsikter och erfarenheter till att fokusera på siffror och statistik (Bryman 2011:371).

4.2 Genomförande av intervjuer

Samtliga intervjuer har genomförts på det socialkontor som socialsekreterarna arbetar på. De har varat mellan 52 och 75 minuter och har spelats in på uppsatsförfattarnas mobiltelefoner. Båda uppsatsförfattarna har varit närvarande vid samtliga intervjuer förutom intervju 4 då endast en kunde närvara. Intervjuerna var semistrukturerade på det sätt att det fanns ett antal frågor i intervjuguiden men både informanter och uppsatsförfattarna gavs möjlighet att styra intervjun i den riktning de ansåg viktigast. Den första intervjun användes som en pilotintervju som hjälpte oss att formulera en intervjuguide till resterande intervjuer. En av frågorna som endast nämns vid den intervjun var “finns det någon fråga du tycker är extra viktig, som vi skulle kunna ställa för att få en bra bild av socialsekreterares syn på ADHD i utredningsarbetet?” I övrigt användes en intervjuguide med tolv frågor som var uppdelad i fyra delar. Dessa fyra delar innefattar “*Info om informant*”, “*Syn på yrkesroll*”, “*Verktyg*” och “*Ålder/kön*”.

4.3 Bearbetning och analys

Att förstå det empiriska material som ska samlas in är av stor vikt för studien. Samtliga intervjuer som genomfördes spelades in och har transkriberades. Kvalitativ datainsamling blir lätt för stor i sitt omfång och därmed även överskådlig. Jens Rennstam och David Wästerfors diskuterar i Göran Ahrnes och Peter Svenssons bok *Handbok i kvalitativa metoder* om den så kallade “*tusen sidorsfrågan*” (2015:221f). Efter transkribering av intervjuer är ett vanligt problem att det empiriska materialet som ska analyseras är för stort och därmed svårt att angripa. Rennstam och Wästerfors menar att det är viktigt att ha i åtanke vilka svårigheter som kan förekomma med för bred insamlad empiri redan under insamling av materialet (ibid.).

För att tackla problemet med en bred empiri att analysera har en kontinuerlig reflektion och analys kring empirisk mättnad gjorts för att inte gå vidare i insamlingen och därmed försvåra analyseringen av materialet. Undersökningen har dessutom gjorts under snäva tidsramar vilket har medfört att antalet intervjuer har styrts utifrån tidsperspektivet. Det material som samlas in har kodats utifrån tre koder. Den första *Medicinskt*, den andra *Socialt* och den tredje *beskrivning av den egna rollen och andra aktörer*. Med hjälp av dessa koder kan återkommande teman urskiljas hos socialsekreterare på Barn- och Familjeenheten.

4.3.1 Urval

Urvalet till undersökningen har varit selektivt då personliga kontakter använts för att hitta intervjupersoner som varit villiga att ställa upp. Med hjälp av kontakter på den aktuella socialtjänsten har efterfrågningar gjorts kring vilka personer som kan tänka sig att medverka. De sex informanter som valde att delta i studien arbetar inom samma socialkontor. För att bevara informanternas anonymitet har fiktiva namn tilldelas där informanterna framöver benämns i studien som ”Rebecca”, ”Malin”, ”Tove”, ”Sara”, ”Karin” och ”Rolf”. Det huvudsakliga urvalet har gjorts med ett bekvämlighetsurval. Det innebär att de informanter som intervjuats har kontaktats därför att de varit tillgängliga för intervju författarna (Bryman, 2011:194). Mail har skickats ut med en information om studiens ämne och en förfrågan om att delta i en intervju. En del av informanterna har också kontaktats personligen då de slumpvis befunnit sig på samma ställe som uppsatsförfattarna. Det har då betonats att det är frivilligt att ställa upp samt att det sker i mån av tid för informanten. Det har sedan även skett en typ av snöbollsurval då de tidiga intervjupersonerna spridit information om undersökningen och på så vis spridit intresset för att medverka. Något som bör tas i beaktning när det kommer till snöbollsurval är maktaspekten. En tanke är att makt inte behöver baseras på reell makt utan i detta fall baserats på position (Teorell & Svensson, 2013:86f). I detta fall position i arbetslaget. Denna typ av urval kan också leda till att respondenterna har olika typ av förförståelse för ämnet då diskussioner kan leda till att de blir påverkade av informanter som redan intervjuats. Till skillnad från hur ett korrekt snöbollsurval ska fungera, där dessa snöbollsurval fortsätter tills dess att det inte längre dyker upp nya namn att lägga till i undersökningen (ibid.). Denna studie har styrts av både tidsaspekten samt hur fylliga de genomförda intervjuerna varit informationsmässigt.

4.4 Metodens tillförlitlighet

Kraven på materialets representativitet skiljer sig mellan kvalitativa och kvantitativa studier. Kvalitativa studier når upp till kriteriet *möjlighet till generalisering och trovärdighet* genom att anpassa mängden intervjuer till studiens frågeställning. Intervjuas personer från en begränsad grupp där undersökningen gäller deras upplevelse, krävs inte lika många som om man är ute efter att ställa två grupper emot varandra (Eriksson Zetterquist & Ahrne, 2015:42). Den här undersökningen har som nämnts varit begränsad tidsmässigt vilket också har spelat in i antalet intervjuer som genomförts.

Kvalitativa metoder, till skillnad från kvantitativa metoder, kan belysa nyanser och sätta in värderingar och normer i ett sammanhang. För att kunna undersöka och förstå andra personers perspektiv är den kvalitativa metoden att föredra. Den ger bättre förutsättningar för ett djupdyk i studien om människors upplevelser och erfarenheter (Ahrne & Svensson, 2015:12).

En ståndpunkt när det kommer till tillförlitlighet inom kvalitativ forskning är att den ska bedömas utifrån andra kriterier än kvantitativ forskning. Bryman (2011) diskuterar Guba och Lincoln som var kritiska till att de kvantitativa forskningskraven utgår ifrån att det finns en enda, absolut bild av den sociala verkligheten. De menar istället att det kan finnas fler redogörelser av denna verklighet (Bryman, 2011:353f). I denna studie eftersöktes socialsekreterares perspektiv och erfarenheter. Att dessa skiljer sig åt gör inte uppgifterna som lämnas till mindre sanna utan gör undersökningen till mer nyanserad. Denna studie syftar inte till att ge en generaliserbar bild av verkligheten utan har istället som målsättning att få olika perspektiv på hur en ADHD-diagnos kan komma att hanteras inom enheten för Barn- och familj på socialtjänsten.

4.5 Forskningsetiska överväganden

Då denna studie är ämnad att fokusera socialsekreterares syn på ADHD-diagnosen inom barnutredningar inom socialtjänsten är det av vikt att föra en etisk diskussion kring studiens förtjänster och eventuella negativa effekter på urvalspopulationen samt de klienter som innefattas i socialsekreterarnas arbete. Alla vetenskapliga studier som genomförs måste väga riskerna för de berörda forskningsdeltagarna med de förtjänster som kan komma av studien. Det finns två

sidor av etiskt prövande i studier som innefattar dels forskningsdeltagarna samt forskarna i sig. För forskningsdeltagarna är begrepp som *människovärde*, *självbestämmande* och *integritet* viktiga medan för forskare är *ärlighet*, *noggrannhet* och *opartiskhet* nyckelbegrepp att ha i åtanke (Kalman & Lövgren, 2019:11).

Angående studiens genomförande har de fyra etiska krav som beskrivs av Kalman och Lövgren (2019) genomsyrat arbetet. Kalman och Lövgren beskriver att varje vetenskaplig studie måste uppfylla *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* såväl som *nyttjandekravet* (Kalman & Lövgren, 2019:14ff). Dessa krav har tillgodosetts genom att grundligt informera våra informanter om vad studiens fokusområde är och vad för slags information som eftersöks samt hur denna information kommer att användas.

4.5.1 Informationskravet

För att säkerställa att forskningsdeltagarnas självbestämmanderätt och integritet värnades om var det av stor vikt att forskningsdeltagarna var fullt införstådda om studiens syfte och hur tillvägagångssättet för insamlingen av empirin skulle gå till. Detta skedde genom att ett presentationsbrev skickades ut i förväg till deltagarna där huvudsyftet med studien samt hur studien skulle gå till förklarades. När intervjuerna väl skulle hållas informerades deltagarna återigen om studiens övergripande syfte och hur intervjuerna skulle gå tillväga. Hur informationen deltagarna gav sedan behandlades var även något som deltagarna informerades om. Genom att grundligt och genomgående under studien informera forskningsdeltagarna om vad som ska hända och hur det ska hända kan *informationskravet* anses vara uppfyllt. Vid eventuella oklarheter förtydligades oklarheten tills deltagaren var införstådd med vad vi som intervjuare menade. Inte förrän det fanns ett samförstånd kring alla detaljer fortlöpte vi intervjuare med att genomföra intervjuerna.

4.5.2 Samtyckeskravet

För att säkerställa forskningsdeltagarnas integritet och självbestämmanderätt informerades deltagarna om att de var anonyma och förblev anonyma under hela studien. Likväl informerades deltagarna även att om en fråga ställdes vilken deltagaren inte ville svara på så gick intervjuerna bara vidare med nästa fråga utan att deltagaren behövde förklara sig. Vid informeringen av

studiens utformning förklarades även för deltagarna att när som helst under studien kunde de välja att avbryta och därmed dra tillbaka sin medverkan och det material de lämnat. Detta skulle, vid ett sådant tillfälle, även ske utan vidare frågor från oss som intervjuare. Efter att deltagarna var väl informerade och införstådda med hur deras uppgifter skulle behandlas och hur deras integritet och självbestämmanderätt skulle värnas om fick deltagarna ge muntligt samtycke till att fortsätta intervjuerna och även till att spela in intervjuerna. Således uppfylldes *samtyckeskravet* för studien och undersökningen kunde fortgå.

4.5.3 Konfidentialitetskravet

Gällande konfidentialitetskravet var respondenternas anonymitet och säkerhet kring de uppgifter de lämnade i huvudfokus. För att säkerställa att vi uppfattat respondenternas svar korrekt återgav vi det informanterna sa till oss kontinuerligt under intervjuerna. Då urvalet som använts var ett bekvämlighetsurval var det känt vilka informanterna var och tillgång fanns till deras respektive mailadresser. Dessa mailadresser användes endast för syftet att organisera intervjuerna.

Mailadresserna antecknades inte ner och finns inte att finna i någon av arbetets delar.

Intervjuerna spelades sedan in som ljudupptagningsfil på två mobiltelefoner. Filerna behölls säkert sparade på dessa mobiltelefoner och överfördes, flyttades eller ändrades inte under hela studiens gång. När väl det inspelade materialet var transkriberat och informationen som eftersöktes av filerna var uthämtad, raderades ljudfilerna. Intervjupersonerna gavs alla alias för att ytterligare dölja deras identitet vid citering av deras utsagor. Då enheten för Barn- och familj är en av de största enheterna inom socialtjänsten anses det därför som ytterligare en säkerhet för forskningsdeltagarna. Antalet anställda anses vara tillräckligt stort för att "gömma" deltagarnas identitet, värna om deras integritet och därmed även uppfylla *konfidentialitetskravet*.

4.5.4 Nyttjandekravet

Informanterna gavs även möjligheten att få transkriberingen av intervjun skickad till sig för att godkänna det som nedskrevs. På så vis kunde det säkerställas att den fakta som kom fram från intervjuerna var något de kunde stå för. De svar som informanterna gav användes endast med syfte att genomföra denna studie och nå fram till en slutsats om socialsekreterares syn på ADHD-diagnos på barn inom kontexten av socialtjänstens utredningsarbete. Genom att ha detta

förhållningssätt till informationen som samlades in kan *nyttjandekravet* även anses vara tillgodosett.

4.6 Metodens förtjänster och begränsningar

Beslutet att anta en kvalitativ ansats kring arbetets utformning togs då arbetet eftersökte tolkningar, synpunkter och erfarenheter hos undersökningspopulationen som var socialsekreterare inom barn och familj. Genom semistrukturerade intervjuer kunde uppsatsförfattarna belysa viktiga huvudteman som var essentiella för uppsatsen. Valet av en *semistrukturerad* intervju gav möjligheten att fånga upp, och vidare undersöka andra intressanta teman och synpunkter som informanterna tog upp och som uppsatsförfattarna inte hade förutspått innan intervjun. Detta är att betrakta som en stor förtjänst då uppsatsen inte blir fjättrad kring endast de teman som uppsatsförfattarna arbetat fram innan det empiriska materialet samlades in. Att utgå ifrån endast dessa teman hade medfört en risk att de endast hade belyst en liten och specifik del av ADHD-diagnosens betydelse inom socialtjänsten och socialsekreterares egen syn på sin professionella roll och missat något som urvalspopulationen själva ansåg som viktigare.

En begränsning med att anta en sådan ansats är att samtliga intervjuer som genomfördes ser olika ut i utformningen och formuleringen av frågor vilket kan påverka vilka svar som ges. Förmågan till generalisering av det empiriska materialet som samlats in blir därför nästan obefintlig då det fanns för många variabler som förändras från intervju till intervju. Samtidigt går det att se en förtjänst med denna flexibilitet då uppsatsförfattarna kunde ta med erfarenheter från varje genomförd intervju för att ställa mer korrekt formulerade och djupgående frågor till nästa informant. En annan begränsning i detta arbete har varit valet att endast intervju socialsekreterare från ett kontor i Skåne. För att bevara anonymiteten har valet att inte presentera informanterna närmre med exempelvis arbetserfarenhet och ålder gjorts. En sådan presentation hade gett en bättre uppfattning om vad som eventuellt skulle kunna ha format informanternas åsikter.

5. Resultat och analys

Resultat- och analysdelen är indelad i flera olika rubriker. Den första delen kommer att fördjupa hur informanterna beskriver ADHD som diagnos, både från ett socialt perspektiv samt från ett medicinskt. Den delen kommer att förtydliga vilken grundkunskap informanterna har gällande ADHD-diagnoser och därmed vilket synsätt de har på diagnosen i sitt arbete. De två följande rubrikerna kommer sedan att gå djupare in på dessa två olika synsätt gällande diagnoser, det medicinska och det sociala synsättet. Följande rubriker fokuserar på hur informanterna ser på sin egen yrkesroll i relation till andra aktörer. Dessa andra aktörer innefattar Barn- och ungdomspsykiatri, föräldrar samt skolan.

5.1 ADHD- både medicinskt och socialt

Under de sex intervjuer vi genomförde med socialsekreterare på enheten för barn och familj på en socialtjänst i Skåne framkom det flera olika beskrivningar av diagnosen ADHD. Dessa beskrivningar skilde sig även åt från informant till informant. När informanterna tillfrågades att beskriva ADHD-diagnosen kort med egna ord tenderade svaren att likna varandra och ofta betonades konkreta och kroppsliga symptom som att inte kunna sitta still:

Jag skulle nog säga dom här klassiska sakerna att man kan ha lite svårt, rent fysiskt, att vara still. Att man har ett behov av att röra på sig och såhär. Och att hjärnan... i huvudet så kommer det lätt snabba idéer och att man i det kan lätt bli lite impulsiv och svårt o stoppa dem. (Karin)

Att ha svårt att sitta still och svårt att koncentrera sig var ofta förekommande i beskrivningar av ADHD. Samtidigt var informanterna noga med att betona alla individers olikheter och att man ska akta sig för att fastna i samhällets kategoriseringar. Ur detta perspektiv var det svårt att säkert säga vad en ADHD-diagnos innebär, men däremot vad den brukar betyda:

Då skulle jag nog säga att det är en diagnos som man kan få utifrån att man blivit utredd av psykiatrin. Och får man den diagnosen så brukar det betyda att man kanske har svårare att koncentrera sig på en sak i taget. (Sara)

Det "Sara" berättar kan tolkas som en avgränsning i den egna yrkesrollen där gränsarbetet mellan de olika aktörerna påverkar det egna arbetet (jfr Liljegren 2008). Det är psykiatrien som har monopol på att utreda och sätta diagnos, medan socialtjänstens uppgifter innebär andra fokusområden såsom att erbjuda olika typer av stöd. Informanternas beskrivningar av ADHD rörde sig även kring det medicinska perspektivet då de skildrade ADHD som något i arvsmassan:

Jag tänker att ADHD är någonting på någon DNA-sträng eller någonstans, som inte är precis som hos alla andra. Och där kan jag ju sedan, det kan vara ett hinder naturligtvis, utifrån att man kanske har svårare för att koncentrera sig, du tar in intryck, du har inte den selektiva perceptionen som man normalt sett har eller vad vi nu ska använda för ord.
(Tove)

Det föreföll sig svårt för socialsekreterarna till en början att beskriva diagnosen ADHD med utgångspunkt i att de inte var direkt kopplade till diagnostiseringen. Socialsekreterarna lyfte att deras frånvaro vid processen samt brist på kunskap som bestämde om en individ fick en diagnos eller inte bidrog stort till osäkerhet kring beskrivning av diagnosen. I den beskrivning de så småningom gav av ADHD hade samtliga sex informanter en utgångspunkt i den medicinska doktrinen där *koncentrationssvårigheter* samt *hyperaktivitet* var återkommande begrepp. Det framkom även en komplexitet gentemot ADHD och allmänt mot diagnoser. Diagnossättningen som ett professionellt konkurrensområde (Liljegren, 2008) gav de uttryck för kritik mot just diagnosticeringen:

Asså jag tänker egentligen att jag gillar inte riktigt det här med att sätta stämplor med funktionsvariation och handikapp utan vi är födda med olika egenskaper. Vi är olika robusta och vi är olika sårbara för olika saker... På något sätt så diskvalificerar man ju individen genom att det blir fult. 'Du har ADHD, jaha så du är en sån'...' (Tove)

Här lyfter socialsekreteraren kritik mot att en diagnos kan sätta en stämpel på barnet eller individen som får diagnosen. Underförstått i citaten ovan är att socialsekreteraren riskerar att endast se den *stämpling* som de menar att en ADHD-diagnos kan vara. Denna stämpel som barnet riskerar att få menar informanterna kommer att påverka de professionella i deras arbete.

Som Cunial et. al(2017) påvisar i sin studie att en ADHD-diagnos på en av två identiska ungdomar bör påverka hur en utredare ska agera mot den personen. Det blir med andra ord en särbehandling utifrån en diagnos som förhoppningsvis kommer vara positiv men, som informanterna vittnar om, även kan bli negativ. Att som socionom utgå från en diagnos, framstod stå i konflikt till det professionella ideal som finns, att se varje klient som en individ:

Alltså jag anpassar ju alla möten efter barnen sen funderar jag inte mer på om jag gör det för att barnet har en diagnos eller för att barnet är blygt eller för att barnet kanske bara är trött efter att ha varit på förskolan en hel dag. (Malin)

Att socialsekreterarna ska möta barnet som individer och inte som tillhörande av en särskild kategori är något som är allmänt accepterat och som, med stor sannolikhet, inte ifrågasätts av andra professionella aktörer i samhället. Detta utifrån att det finns flertalet styrdokument och föreskrifter som förkunnar att den professionella ska se till individens individuella behov, såsom BBIC-modellen (Socialstyrelsen, 2018). Med utgångspunkt i ovanstående citat lyfts frågan om en socialsekreterare kan se till individens individuella behov utan att ta hänsyn till om det finns en diagnos ställd på barnet? Frågan är dubbelsidig där informanterna själva understryker vikten av att bortse från all kategorisk information för att kunna se till individen i varje möte utifrån dennes egna förutsättningar. Samtidigt kan det argumenteras för att en diagnos även tillhör information som är viktigt för den professionelle att förhålla sig till i mötet med klienten/individen. Ett förbiseende av diagnosen kan därför vara ett misslyckande när det gäller att se till individens *hela* situation och förutsättningar, vilket går emot den uppfattning informanterna själva uttrycker.

Informanternas åsikter skiljde sig med andra ord gällande huruvida ADHD-diagnosen ska få ta plats i bedömningar samt i mötet med klienten. En del menade att för mycket fokus på ADHD-diagnosen riskerade att människan bakom diagnosen hamnade i skymundan. Andra menade att kunskap om diagnosen var en nödvändighet för att kunna bemöta klienten på bästa sätt. Utifrån Lindqvist (2017) diskussion om den *sociala*- och den *medicinska modellen* kan dessa beskrivningar förstås vad våra informanter väljer att adaptera för synsätt kring ADHD-diagnosen på barn och unga. Hur informanterna beskriver och väljer att se på diagnosen ADHD

är av vikt för vilken roll diagnosen får i utredningsarbetet. Det Heimer, Näsman & Palme (2018) uppvisar i sin rapport "Barn som rättighetsbärare eller problembärare" tyder på att det finns en komplexitet kring hur ADHD hos barn påverkar både barnet men även andra professionella som kommer i kontakt med barnet. Vilken förklaringsmodell socialsekreteraren anammar kan vara avgörande för huruvida en insats riktas *åt* barnet eller *för* barnet.

5.1.1 Medicinskt- medicinering kan vara nödvändigt

En ständig diskussion genom intervjuerna var gränsdragningen mellan den medicinska och den sociala bedömningen. Även om informanterna nämnde de biologiska skillnaderna såsom perception, hur uppfattningen av omvärlden kan skilja sig ur ett biologiskt perspektiv, så behövde detta inte vara den enda anledningen till ett beteende förknippat med ADHD. Informanterna var alla överens om att omgivningen påverkar hur barn beter sig, oavsett om barnet diagnostiserats med ADHD eller ej.

Så att man skannar av lite hur funkade de här bitarna för föräldrarna, för jag är säker på att det är en hel del barn som i en annan miljö inte hade behövts medicineras. För att man får det fyrkantiga, strukturerade som gör att man faktiskt lättare kan hantera sina symtom.

(Karin)

Denna avgränsning mellan den medicinska delen av diagnosen och den sociala har som tagits upp i kunskapsläget problematiserats i en rapport från Gävleborgs län (Svensson, 2007:6). I den går det att läsa att socionomer kritiserats för att inte respektera diagnosen tillräckligt utan istället letar efter orsaken i personens omgivning. Informanterna som deltagit i denna undersökning har dock markerat vikten av att se till helheten, där eventuell problematik orsakad av omgivningen ingår. Man har även kunnat se en uttalad tilltro till att Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som är ansvariga för utredning och diagnosställande i Sverige idag gör välgrundade bedömningar efter utredning.

Det jag tänker är att många gånger så hänvisar vi, om problematiken är att barnet har diagnos ADHD och föräldrarna behöver stöd i hur man kan stötta upp där, så hänvisar vi ju många gånger till BUP, för att det är ju dom som har den kunskapen och som har insatser till de barnen och de föräldrarna. (Malin)

Malin gav uttryck för en tydlig professionshierarki där socionomens roll är att hänvisa klienter vidare och där BUP är de som har kunskapen. Informanterna var också positiva till medicinering i viss utsträckning och motsatte sig inte betydelsen det kan ha för en person med ADHD. Den medicinska modellen nämner en individs skyldighet att bruka den medicin som finns tillgänglig. Att ta emot den medicinska hjälp som erbjuds för att kunna anpassa sig efter samhällets krav och förväntningar (Lindqvist, 2017:37). Det är något som informanterna menade måste vara upp till var enskild individ att bestämma. ”Och sen har jag ingenting emot att man medicinerar ett barn som behöver det, för jag har sett barn som mått fantastiskt av medicinering så det är inte så att jag är emot den biten.” (Tove)

Den medicinska modellen menar att personer med ett funktionshinder till viss del är skyldiga att lyssna på den medicinskt kunniga vårdpersonalens behandlingsbedömning för att man ska kunna rehabiliteras till att fungera i samhället (Lindqvist, 2017:38) Modellen tar dock mest avstamp på en makronivå där individer har förpliktelser gentemot samhället. Informanterna fokuserade mest på funktionshindret i relation till mikroperspektivet, där fokus är på individen och dess rättigheter mer än vad man pratat om någon slags skyldighet i relation till samhället.

Samtidigt som informanterna pratade om medicinering som något som borde vara tillgängligt så fanns det även orosmoment. Majoriteten av informanterna var positivt inställda till medicinering, men de kunde ändå se risken med medicinering i förhållande till den upplevda överdiagnostisering de sett i samhället. Valet att använda medicin eller inte ansågs vara upp till varje individ och inget som man ansågs vara skyldig till. Argumentet gäller att debatten kring över- och underdiagnostisering är viktig utifrån att man måste akta sig för att rutinmässigt skriva ut narkotikaklassade läkemedel.

Debatten ja den kanske är viktig utifrån att man inte övermedicinerar tänker jag, för att jag tror att det är farligt att man gör det slentrianmässigt. De som behöver medicin, de ska få medicin men det ska inte vara för att föräldrarna vill ha lite lugnare hemma. (Tove)

Att ADHD kan vara problematiskt för de drabbade och att de har rätt till stöd var informanterna överens om samtidigt som det fanns en viss skepsis till att medicinera barn i så unga åldrar.

Annan kritik som riktades mot medicineringen av ADHD kom från en informant som berättade om hennes oro kring hur samhället har förändrats de senare åren.

Tröskeln är lägre i tidigare ålder och det tycker jag är jätteskrämmande. Vad gör de här medicinerna med barn som inte är utvecklade i hjärnan? Asså för man forskar ju inte på barn på det sättet. Vill man ge sitt barn det här? Vill man inte pröva ALLT annat först, med pedagogiska ramar. Innan man ger sitt barn sån medicin. (Rolf)

Man kan alltså se en ambivalens i hur socialsekreterarna förhåller sig till medicinering och BUP. Samtidigt som de kunde se de positiva aspekterna med medicinering som ett hjälpmedel för att klara vardagen, fanns det även kritik mot att skriva ut narkotikaklassade preparat till unga personer utan att ha koll på vilka följder det kan ge i det långa loppet. Kritiken riktade sig även mot vården och att slentrianmässigt skriva ut så pass stark medicin. Det socialsekreteraren beskriver är en tankegång där medicinska åtgärder bör vara det sista alternativet i behandling av ADHD, som tas till först när alla andra alternativ provats. Detta går i linje med det synsätt som påpekar vikten av de faktorer som finns kring individen, den sociala modellen.

5.1.2 Sociala modellen- miljön är viktig

Socialsekreterarna gav uttryck för en tydlig avgränsning gällande vad som ingick i deras uppdrag, där psykiatrin framställdes ha legitimt monopol på att sätta diagnos. I intervjuerna framfördes inte kritik rätt ut mot detta tillvägagångssätt, men flera socialsekreterare problematiserade utredningen av en ADHD diagnos. Informanterna menade att beteendeproblematiken kan ha sin grund i sociala faktorer.

Ja, samtidigt tänker jag lite så att jag hade nästan hellre velat ha någon form av kunskap kring när man stämplar eller sätter diagnosen ADHD där det faktiskt inte är ADHD utan det handlar om att barnet kanske agerar ut och har alla de här svårigheterna för att mamma och pappa kanske bråkar eller slåss eller super, för jag är rädd, alltså jag har ingenting emot diagnoser... Men jag tänker att ibland finns risken att man diagnostiserar symptomet istället för problemen. (Tove)

En diskussion och ett synsätt som lyftes frekvent under studiens gång hos våra informanter var hur en ADHD-diagnos kan ge en social stämpel på den individ som får diagnosen. Informanterna tog även upp att många barn som diagnostiseras i nuläget kan få sin diagnos utifrån beteendemässig problematik som liknar *symptomen för ADHD* men som kan ha en social förklaring. Med andra ord sätts diagnosen inte på grund av en medicinskt och biologiskt existerande funktionsavvikelse. Våra informanter, som är socialsekreterare, uttrycker med andra ord en misstro till den process där barn och unga diagnostiseras med ADHD. Det kan förstås i informanternas resonemang och i ovanstående citat att de professionella som handskas med diagnostiseringen av barn, har en för snäv syn och därmed missar det bredare perspektivet på individen vad deras beteende kan ha sina orsaker i.

Den sociala modellen antar ett makroperspektiv på funktionshinder och funktionsvariationer. Modellen grundar sig i att det är samhället som måste anpassa sig kring individens särskilda behov istället för tvärtom (Lindqvist, 2017:47). Detta kan kopplas till att informanterna uppger att många barn ges en stämpel kopplat till en ADHD-diagnos. De menar på att risken finns att diagnosen förenklar och försummar andra bakomliggande faktorer vilka kan vara upphov till ett problematiskt beteende. ADHD som en enbart socialt eller medicinskt förklarad diagnos verkar inte räcka till i den komplexitet som socialsekreterare inom barn och familj möter. När socialsekreterarna söker sociala förklaringar eller orsaksmönster på en ADHD-diagnos kan detta leda till att själva diagnosen undermineras och förlorar trovärdighet inom professionella sammanhang. Det går att urskilja en rädsla hos våra informanter av att vara med och befästa en negativ stämpling utifrån en ADHD-diagnos:

Jag har nog alltid varit att det här har varit en typ av diagnosinflation. Jag kan absolut förstå att det är bra att som individ om du behöver extra stöd. Den här positiva särbehandlingen t.ex. i skolan för att kunna uppnå samma resultat som det vi vill att barn ska uppnå i skolan. Så är det ju absolut rätt till den. Och det får man ju oftast med en diagnos i Sverige. MEN sen tycker jag också att på nått sätt är i alla fall min bild att ramen du ska passa in för att va en ”normal” svensk är så snäv att du ska ha en diagnos om du hamnar utanför den liksom. (Sara)

Informanten tenderar här till att anta den sociala modellens diskussion om *sjukdomen/fysiska skadan* kontra *det faktiska funktionshindret* (Lindqvist, 2017:47ff). De medicinska eller fysiska

skillnader som särskiljer individen från vad som anses som "normalt" utgår från själva *sjukdomen/fysiska skadan*. Denna skada eller sjukdom, som teorin beskriver det, blir inte ett hinder för individen förrän samhällets regler, krav och framförallt normer inverkar på individen. Det är först då som den *fysiska skadan* även blir ett *funktionshinder* för individen i sitt vardagsliv. Själva "problemet" ligger med andra ord inte hos individen utan hos samhällets hantering och bemötande av individen. Informanterna rör sig här kring vad som samhället anser vara "normalt" och hur en människa bör bete sig inom samhällets ramar. Om en individ faller utanför dessa ramar efterfrågas det en förklaring till detta beteende. Det informanterna tar upp i sina resonemang är att en diagnos kan vara en sådan förklaring. Diagnosen benämns återigen som en stämpel på individen, i detta fall på ett barn. Barnet är inte som andra barn, barnet tillhör inte det normala och detta förklaras med en diagnos. Denna risk ser informanterna när de ställs inför frågan om en ADHD-diagnos är en viktig information att få i utredningsarbetet. Där all information och samhällsnormer spelar roll är i mötet och kan påverka hur socialsekreteraren förhåller sig till sin klient. En av informanterna beskrev vilken ingång denne har inför ett möte. "Jag träffar en människa, den människan är unik och i mötet så möter jag den här personens egenskaper." (Tove)

Informanten beskriver hur hon försöker utgå från den människa som sitter mitt emot henne genom att skala av de samhälleliga kategoriseringar samt strukturer som kan påverka hur hon bemöter sin klient. Alla människors unikheter är något som ofta poängteras och som verkar vara under hot när det blandas in en diagnos eller andra professionellas bedömningar på en klient/ett barn inom utredningsarbetet på socialtjänsten. Att missa denna unikheter och enbart se till diagnosen är något som informanterna är rädda för och som kan tyda på en rädsla av att bekräfta att "normalspannet" i samhället minskat. Samtidigt uppvisar även informanterna en annan sida vilket är att de måste använda sig av sin professionella hållning för att gallra ut relevant information som kommer in om en klient.

Jag tycker att man kan vara professionell och göra bägge två, asså du måste ju förlita dig på andra professioner. Samtidigt som du kan vara kritisk eller ta avstamp eller bilda dig din egen uppfattning utifrån det. (Rolf)

Socionomprofessionen har en balanserande roll där forskning och andra professioner konstant vägs mot beprövad erfarenhet och det mellanmänniska mötet.

5.2 Hur beskriver socialsekreterare sin egen yrkesroll i relation till andra aktörer?

Det flertalet av informanterna påpekade var att som socialsekreterare hade de inte den djupgående kunskap om diagnoser eller diagnostisering som exempelvis psykologer och psykiatriker har. Istället var beskrivningen av socialsekreterare och socionomer som profession att de har ett helhetsperspektiv som andra professioner saknar. En informant beskrev detta synsätt genom påståendet. ”Vi är ju inte specialister utan vi är ju generalister, vi är specialister på att vara generella...” (Tove)

Den generalitet som informanterna beskrev var socionomers expertis ledde till att informanterna, under intervjuerna, rörde sig på flera olika nivåer vad gäller beskrivningen av ADHD-diagnosen, dess uppkomst, dess förklaring och dess behandling. Något som flera av våra informanter var tydliga med var att den medicinska bakgrunden till ADHD och de bedömningar som BUP gör inte ifrågasätts på socialtjänsten. På frågan vad informanterna tyckte om över- respektive underdiagnostisering tydde svaren på en komplexitet:

Min professionella eller min privata?...Jag tänker lite att i min professionella roll kan jag inte ha så mycket åsikt eftersom att det inte är inom mitt område....Jag som privatperson kan nog vara inne på att det är överdiagnostiserat....Så att privat är jag nog mer inne på att man skyller för mycket på ADHD och för lite på föräldrarna. (Malin)

Hur socialsekreteraren ställde sig till frågan skilde sig beroende på om den befann sig på sin arbetsplats i rollen som socialsekreterare eller om den befann sig hemma som egen privatperson. Socialsekreterarens ord tyder även på att dennes professionella roll inte möjliggör för kritik mot frågor som inte faller innanför socionomprofessionens område. Istället kan socialsekreteraren yttra sin kritik och de tankar hen har i rollen som privatperson. En annan av informanterna tar en ståndpunkt gällande debatten samtidigt som hen kopplar riskerna som debatteras kring ADHD med det egna arbetet.

Nämen lite nyanserat va. Så att man inte bara är kategorisk. Det tror jag är en fara om man är det i vårt jobb. Är man väldigt kategorisk, nu tänker jag stort och brett, då kan det också bli så att man är mer benägen att döma ut människor och att ”såhär är det” utan att riktigt lyssna in, jamen vad är det dom säger? Att man har en förutfattad mening redan innan man går in i mötet. (Bertil)

5.2.1 I relation till BUP- Anpassa sig efter BUP:s ord

Informanterna var i huvudsak tydliga med hur långt deras jurisdiktion räckte sig. De visade tydligt att det inte var inom deras professionsområde att varken utreda en diagnos eller behandla den. De var överlag försiktiga med att uttrycka åsikter när det gällde BUP.

Jag tänker lite att i min professionella roll kan jag inte ha så mycket åsikt eftersom att det inte är inom mitt område. Vi möter ju vissa barn med ADHD, men det är ju långt ifrån alla... Diagnosen stämmer tänker man som professionell. (Malin)

Man kunde se en markant skillnad i hur socialsekreterarna pratade om BUP och hur de pratade om andra aktörer såsom skola och föräldrar. Detta skulle kunna ha att göra med den hierarki som finns i samhället när det kommer till olika professioner. Läkare samt psykologer ses som specialister på sitt område och har dragit tydliga gränser mellan sig själva och andra professioner. Att på ett lekmanamässigt vis ifrågasätta deras kunskap och auktoritet kan bidra till en utmaning av de territoriella gränser som exempelvis psykologprofessionen har upprättat.

Den kritik som funnits har också handlat om kötiderna och vad en lång väntan på en diagnos kan få för konsekvenser för barnen och deras familjer som tvingas leva ovetandes under en lång period i väntan på tid för utredning.

Jag vet inte hur mycket det påverkar att de har ju en superduperlång kö.

Så de kanske måste va effektiva och då blir det inte lika grundliga utredningar och då blir det liksom som det blir. Så är det ju med allt, resurser påverkar allt i samhället. (Sara)

Det har dock också funnits förståelse för att det även på BUP kan finnas organisatoriska brister som ligger till grund för långa kötider och bristande utredningar. Informanterna överlag har visat

en förståelse för svårigheter inom andra professionsområden, även om det såklart också påverkar tilltron till den specifika professionella aktören.

Och det kan jag känna, kring professioner. Jag menar jag litar inte alltid på BUPs (bedömningar) heller. Jag tänker att ibland har de haft vissa ärenden dem har intervjuat bara mamman och bildat sig en bild av ett barn, som jag kan tycka är helt felaktig och inte ens pratat med pappan till exempel om uppfattning (av barnet)...Och därför litar jag inte heller på BUP så ”hur har dem tänkt?” när de har diagnostiserat ett trauma eller en ADHD(-diagnos) eller en autism(-diagnos). Men jag vet inte helt...de har ju också pressade situationer tänker jag, där. Så jag tänker att det är väl en resursbrist.
(Rolf)

I relation till det egna yrket så visade även en informant ett visst motstånd till att hänvisa sina klienter vidare till BUP. Detta skulle kunna ses som ett exempel på Liljegrens stängningsstrategier där man genom att lita mer till sin egen kompetens drar gränser gentemot andra professioner samtidigt som man är medveten om de olika professionernas olika jurisdiktioner och hur långt de sträcker sig (2008:20). Då vill man hellre utreda ärendet inom sin egen jurisdiktion för att vara säker på att rätt bedömning görs och rätt stöd ges.

Begreppet *boundary work* som handlar om gränsdragning mellan olika professioner och inställningen att skydda sin profession kan appliceras här. Liljegren beskriver att professionen först och främst värnar om de egna aktörerna för att kunna stå emot de påfrestningar och prövningar som kommer utifrån och riktas mot den egna professionen (Liljegren 2008:20f). Ser man på detta och kritiken som framkom gentemot socialarbetare i rapporten från Gävleborgs län där man ansåg att socialarbetare genom att fokusera på barnets omgivning inte tog tillräckligt mycket hänsyn till diagnosen i sig så kan man tolka detta som ett sätt för socialarbetare att påtala vikten av den egna professionen. I samhället, och som rapporten till viss del visar att läkaryrket är högt uppsatt inom professionshierarkin vilket gör att man har större tilltro till deras bedömning än andra professioner (ibid.). Detta kan också ses utifrån den medicinska modellen där funktionshinder ses som något som med hjälp av medicinska hjälpmedel ska rehabiliteras (Lindqvist 2017:37f). Något som informanterna däremot var måna om att belysa, som nämnts tidigare, var att inom deras profession var en helhetssyn det viktigaste hjälpmedlet för att kunna

göra en bedömning. Det medför att de inte kan se BUPs diagnos som det enda svaret på problematik utan de är skyldiga att undersöka alla delar för att göra ett bra jobb. Det går därför att ifrågasätta rapporten med hänvisning till att socialsekreterare som letar svar på beteendeproblematik i ett barns omgivning bara uppfyller sina arbetsuppgifter.

Ja eller liksom att det blir fel att om vi utreder en social situation så kanske vi försöker hitta orsaker jättelänge för ett beteende som vi ser som problematiskt för barnet. Men vi hittar ingenting. Ja det kanske är för att det här barnet har ADHD till exempel. Och vise versa då om dem (BUP) tittar på beteendet, ”ja det här är ett ADHD-beteende, diagnos”. För dem går ju inte så djupt in i alla fall på familj, bakgrund och den sociala biten och då kan det bli fel. (Sara)

Här görs en distinktion mellan de olika professionerna och vad deras arbetsuppgifter går ut på. Informanternas erfarenhet säger dem att BUP inte går in på djupet när det kommer till barnens omgivning på samma sätt som man gör som en socialsekreterare. Denna föreställning leder i sin tur till citatet under.

...där jag jobbar så tänker man kanske att man inte vill hänvisa ett barn till BUP om man inte är väldigt övertyga dom att det kan va en sån typ av problematik för man tänker att: ‘BUP kommer ju inte utreda den sociala situationen så hur kommer de få syn på att det är något annat i familjen som är orsaken?’ och då kanske barnet visar EXAKT likadant beteende som ett barn med ADHD och så får det en diagnos. För det kan man ju inte heller kräva att BUP ska utreda hela biten utan det är ju socialtjänstens roll så det blir också lite det att vi är så uppdelade som myndigheter och då finns det ju risker med det, att vi inte får syn på alla bitarna. (Sara)

Återkommande i intervjuerna var vikten av en helhetsbild. Informanterna uppgav att de under en utredning kontaktade såväl skola som anhöriga till den aktuella klienten för att få en så bred bild som möjligt av barnet och inte missa något som kan vara av vikt för utredningen. Som ovanstående citat visar riktades också kritik mot hur de olika myndigheterna jobbar. Mer samverkan var något som efterfrågades för att kunna göra ett så bra arbete som möjligt. Mer information om hur exempelvis BUP arbetar och hur deras utredningar ser ut samt vad deras

beslut grundar sig på hade ökat socialsekreterarnas möjligheter att hänvisa vidare till BUP i fall där det ansågs passande.

5.2.2 I relation till föräldrarna- “Uppfostran” av föräldrarna

Då våra informanter alla är socialsekreterare inom socialtjänstens enhet för barn och familj var kontakt och interaktion med föräldrar något som var oundvikligt och som utgjorde en stor del av deras arbete. Föräldrar är med andra ord en viktig aktör i utredningsarbetet och någon som socialsekreterare måste förhålla sig till för att tillgodose de behov som de enskilda barnen har. I detta samspel mellan socialsekreterare sker det även här ett gränsdragningsarbete och en konkurrens uppstår ofta mellan de två aktörerna om tolkningsföreträde för det aktuella barnets situation. Informanterna beskriver komplexiteten med deras arbete då de, enligt lagstiftning, måste ha samtycke till insats från föräldrarnas sida om det inte finns tillräckligt många rekvisit uppfyllda för tvångsåtgärder. Som informanterna beskrev det, måste socialsekreteraren då ingå i ett motvilligt samarbete där flertalet krafter sätts i rullning.

...föräldrarna erkänner inget våld t.ex. och dem kan gå med på att det är svårt för dem o sätta gränser kring sina barn och få sina barn o lyssna på dem o följa reglerna hemma.

Och som socialsekreterare så känner man att hellre att man får in något stöd som kan göra det lite bättre för familjen än inget alls, eftersom föräldrarna ska samtycka till insats....det finns ett motiveringsarbete som måste göras med föräldrarna först... (Sara)

Här uttrycker informanten ett missnöje eller en problematik med att behöva förhandla och ingå i ett samarbete med föräldrar gällande en situation där problematiken anses ha sin grund hos föräldrarna själva. Det sker en tydlig gränsdragning här mellan socialsekreteraren och föräldrarna. Även om socialsekreterare som profession kan antas ha en högre hierarkisk *position* på den hierarkiska pyramiden så medför samhällsstrukturella faktorer, som i detta fall en lagstiftning till största delen baserad på frivillighet och självbestämmanderätt, ett hinder för socialsekreteraren. Denne måste nu acceptera att den hierarkiska strukturen mellan socialsekreterare och föräldrar är utjämnad till den grad att socialsekreteraren nu måste anpassa sig gentemot föräldrarnas önskan. I ovanstående citat går det dock att fortfarande urskilja ett gränsarbete genom *särskiljande* (Liljegren, 2008:55) gentemot föräldrarnas “territorium” som aktör. Informanten gör en gränsdragning om att socialsekreteraren har en tydlig bild av vad som

är fel och vad som måste åtgärdas, men hindras av föräldrarnas frånvarande samtycke och därför tvingas ändra på sin insats för att få ett medgivande från föräldrarna. Kvarliggande, underförstått finns tanken om att socialsekreteraren har tolkningsföreträde och den egentliga bestämmanderätten utifrån professionens hierarkiska tillhörighet och den utbildning samt beprövad kunskap som medföljer. Det "...*motivationsarbete*..." som informanten pratar om kan antas syfta till att få föräldrarna på "rätt spår" så att deras uppfattning går i linje med vad socialsekreteraren anser.

Utanför den professionella arenan där våra informanter möter föräldrarna finns en underliggande misstro och föreställning om föräldrarna, som aktörer inom utredningsprocessen, som är att de kan vara roten till en del problematik och även en problematisk faktor för många av de barn som socialsekreterarna möter. För att göra denna kraftmätning och konflikt mer komplext så måste socialsekreterare även ta hänsyn till en diagnos på ett barn, vad den gör och vad den kommer av.

Men däremot tror jag föräldrarna kan använda det som en bortförklaring. "Ahmen de har ju den här diagnosen och han är så utåtagerande och det är så svårt, jag orkar inte mer, och så ställer han till det på skolan nu igen" Så de tycker nog mer synd om sig själva.
(Malin)

Informanterna målar här upp en bild av föräldrar som en aktör som undflyr konsekvenser av ett bristfälligt föräldraskap till sitt barn. Föräldrarna hålls inte ansvariga för sitt barns agerande till den mån de kanske borde och föräldrarna söker undflykt från ansvar genom att eftersöka, i vissa fall, en diagnos.

Denna beskrivning av en diagnos som en skuldbefrielse och ett ansvarsfrigörande för föräldrarna var ett tema som återkom flertalet gånger i informanternas diskussioner kring diagnosen. Resonemanget går i direkt linje med vad Heimer, Näsman och Palme (2018) diskuterar i sin rapport om barn som antingen rättighets- eller problembärare. En diagnostisering av ADHD, oavsett orsak eller mening, sätter rampljuset på det barn som är under utredning eller redan diagnostiserats av diagnosen. Det informanterna, såväl som rapporten, beskriver är att utanför detta rampljus på barnet kan föräldrar stå osynliga från en beskyllning av att en problematik kan ha sitt ursprung hos föräldrarna själva och deras agerande gentemot sitt barn.

...jag tycker att man överdiagnostiserar sen handlar det mer om kriterierna tänker jag. Att det är ju bara ett...en benämning av ett symtom så jag vet inte om man kanske hade behövt döpa om det till nånting annat... Jag tänker att man diagnostiserar väldigt många men det kanske är få som har den rejäla problematiken. Men ibland känns det bara som att föräldrarna vill ha en diagnos på sitt barn för då öppnar det upp portar eller skuldbefriar eller...vad det nu kan göra. (Rebecca)

Samtidigt diskuterar informanterna även hur strukturella faktorer kan få en förälder att vilja få sitt barn diagnostiserat. Återigen diskuteras skolan som en viktig faktor gällande ADHD-diagnosen och barnet:

...förr kunde man mer få rätt hjälp i skolan UTAN en diagnos. Det har väl gått lite i vågor. Men ibland är det ju så att en skola verkligen behöver...har dom en diagnos är det mycket lättare att ge rätt hjälp till barnet. Och då kan man vilja ha en diagnos bara därför ju. (Karin)

Under dessa två citat snävar informanterna in resonemanget på två viktiga huvudpunkter kring föräldrar som aktörer, en diagnos, påverkan och socialsekreterares komplexa roll i detta. Utifrån dessa två citat och de resonemang som förts av informanterna har begreppet *diagnoshunger* myntats inom kontexten för denna uppsats. Informanterna uttrycker hur en diagnos på ett barn kan vara en skuldbefrielse för föräldrar som på ett eller annat sätt behöver få skulden för ett beteende lagt bortom sig själva och på barnet istället. Samtidigt och minst lika viktigt uttrycker en informant hur bland annat skolsituationen ser ut där en diagnos "öppnar upp dörrar" för extra resurser till barnet så att detta får bättre chanser att klara sig bra i skolan.

Med andra ord beskriver socialsekreterare en diagnos i relation till föräldrar som aktörer som antingen en indikation på att föräldrarna brister i sin föräldraförmåga och vill utpeka sitt barn som den felande länken eller som ett uppvisande av omsorg hos en förälder, där det blir viktigt att barnet får rätt resurser till sin unika individuella situation. Mitt i denna labyrinth av resonemang och aktörer befinner sig socialsekreteraren som försöker navigera sig fram till förmån för barnets bästa.

5.2.3 I relation till skolan

Skolan och lärarnas ansvar var något som frekvent togs upp under våra intervjuer. Skolan är en av de aktörer som kontinuerligt skickar in orosanmälningar kring barn vars situation ses som oroande. Skolan ska enligt lag erbjuda alla skolungdomar tillräckligt stöd för att de ska uppnå målen. Informanterna var i huvudsak kritiska mot skolans sätt att hantera barn med inlärningssvårigheter överlag. Skolans oförmåga att anpassa sitt sätt att lära ut efter vad eleverna behövde och skolans sätt att hantera barn som faller utanför inlärningsnormen. Ett exempel på den kritiken kan läsas i detta citat:

Det är inte barnet som ska svara rätt, barnet ska på något sätt inte ge mig ”rätt” svar utan det är jag som ska hitta rätt fråga till det här barnet. Lite som en lärare. ”Jag undervisar på det här sättet och de som inte förstår är dumma i huvudet”. Nej, det är ditt jobb som pedagog att hitta just det sättet som det barnet lär sig på. Och lite så tänker jag att det är när man träffar barn. (Tove)

Informanten väljer här att dra kopplingar till sitt eget yrke och det ansvar som anses ligga på socialsekreteraren i mötet med ett barn. Hen väljer sedan att jämföra detta med den uppfattning om skolan som finns. Informanten menar på att skolan i större utsträckning lägger ansvar på eleverna när det kommer till inläring. Att det blir upp till barnet att se till att göra det som krävs för att kunna nå upp till de kunskapskrav som finns och om de då inte lyckas göra det med hjälp av den inlärningsstil som läraren valt att utgå ifrån får de se till att lära sig på egen hand. Med neuropsykiatriska diagnoser i bakhuvudet går detta att koppla till den medicinska modellen där en person med ett funktionshinder såsom ADHD anses skyldig att ta emot den hjälp som finns att erbjuda, till exempel medicin och hemarbete. Citatet nedan visar på ett annat perspektiv när det kommer till medicinering i skolan.

Samtidigt som jag tror det kan vara en hjälp för många. Det tror jag, att man liksom har jättesvårt att sköta skolan och så, man kanske behöver medicin just när man är i skolan därför att skolsituationen inte kan ge det barnet just vad det behöver. Det kanske behöver den lugna miljön, det lilla formatet och så. Nä då medicinerar man för att man ska kunna klara av alla intryck och sitta i en 28 elev- stor klass. (Bertil)

Här ses medicinering som en hjälp för eleven att kunna passa in i inlärningsnormen och klara av skolan trots sitt funktionshinder. Då skolan inte kan ha de resurser som krävs för att kunna ge en elev med koncentrationssvårigheter det lugn som den behöver kan medicin bli ett sätt för den individen att lära sig ändå. Denna kritik var återkommande under intervjuerna. Skolans resursbrist när det kommer till att anpassa inläringen efter de elever som faller utanför inlärningsnormen. Diskussion angående viljan att bli utredd för ADHD kopplades till möjligheten att få rätt stöd av skolan, intervjupersonerna nämnde att både skolan och föräldrar pushar för en diagnos för att barnet ska anses ha rätt till extra stödundervisning, trots att det är något som ska finnas oavsett.

För att har du svårigheter med någonting oavsett vad det är så har du rätt till stöd och egentligen står det i skollagen att du behöver inte ha nån diagnos för att få särskilda anpassningar. Vilket skolan tyvärr fortfarande är fruktansvärt dålig på. Jag tänker att vem som helst skulle ha rätt till precis det stödet som någon som har papper på att det står att jag behöver det. (Tove)

På frågan om synen på barn med en ADHD-diagnos lätt blir negativ inom socialtjänsten fick vi under en av intervjuerna svaret att det nog händer oftare på skolor. Ett barn med en ADHD-diagnos ses som en problembärare av lärare vilket också förs över på klasskamrater. Informanten menade då att den synen inte var ett problem inom socialtjänsten men att det är en skillnad mot hur situationen kan se ut i skolan.

Tror det är vanligare att det händer på skolor. Faktiskt. Än att det händer på socialtjänsten. Jag tänker rent allmänt i en klass att är där ett barn med ADHD som ofta ställer till det. Barn vill ju inte göra fel men kommer det en neuropsykiatrisk diagnos så kan det var svårt att antingen hålla sina impulser eller förstå vad som är rätt och fel och då blir det nog i en klass, så kan det bli att lärarna [suck] ”nu håller det barnet på igen”... (Malin)

Diskussionen kring hur de vuxna inom skolväsendet genom sina förväntningar på barnet skapar såväl klasskamraters förväntningar på barnet som barnets förväntningar på sig själv. Detta menar de då blir till en ond spiral där även barnet ser sig själv som en ovillkorlig problembärare med

begränsad kompetens. Trots denna kritik gentemot skolan visade samma informant även förståelse för att situationen såklart blir annorlunda då man i skolan måste hantera eleven på daglig basis och hantera de problematiska situationer som uppstår.

Och det är ju också en lyx jag har att jag kan skita i hur det blev för det andra barnet. Det är inte jag som behöver stå till svars. Jag kan bara fokusera på barnet jag har framför mig och fokusera på hur det kände och upplevde det. (Malin)

Skolan har ansvar för samtliga elever och kan inte på samma sätt visa förståelse för problematiska beteenden som socialsekreterare kan.

6. Avslutande diskussion

Detta avsnitt kommer att behandla de slutsatser som kan lyftas utifrån de resultat och den analys som genomförts under arbetets gång. Uppsatsförfattarnas förförståelse och ståndpunkter samt svaren på studiens frågeställningar kommer nedan att diskuteras. Avslutningsvis kommer också idéer till kommande studier att delges.

6.1 Sammanfattning

I denna uppsats undersöktes socialsekreterare vid Barn- och Familjeenhetens syn på ADHD i sitt arbete samt vilken roll det har fått i utredningsarbetet. Frågeställningarna efterfrågade kunskap dessa socialsekreterares syn på ADHD samt hur de ser på sin egen yrkesroll i relation till andra aktörer. För att få svar på dessa frågeställningar har semistrukturerade intervjuer med sex socialsekreterare genomförts. Teoretisk utgångspunkt i analysen av den insamlade empirin har varit den sociala och den medicinska modellen såväl som professionsteori. Dessa teorier har underlättat analysarbetet då de använts som hjälpmedel för att förstå och förklara de olika synsätt som presenterats.

6.2 Genomgång av arbetet

Inledningsvis vill vi poängtera att socialsekreterarnas närhet till varandra kan vara grunden till att svaren vi fick tenderar att likna varandra. Då studien inte ämnar komma fram till generaliserande slutsatser utan istället att belysa socialsekreterares synpunkter och förhållningssätt till en neuropsykiatrisk diagnos som ADHD samt den komplexitet som socialsekreterare ställs inför i sitt utredningsarbete går det att dra slutsatser utifrån svaret trots deras likhet. Svaren som socialsekreterarna gav rörde sig inom samma tankesätt, att diagnoser kan vara en viktig faktor att ta hänsyn till men den får inte ta överhanden och därmed slå en skugga över barnet som ska utredas. Samtidigt var även själva diagnostiseringsprocessen i fokus där socialsekreterarna hade synpunkter kring att sociala faktorer inte togs i tillräckligt stor beaktning vid diagnostiseringen. Slutligen det socialsekreterarna alla syftade till, på ett eller annat sätt, var hur komplext bedömningsfrågor gällande diagnosen ADHD var och hur den komplexiteten tillfördes till deras arbete.

Som uppsatsförfattare gick vi in i det här arbetet med olika förförståelse och erfarenheter av begreppet neuropsykiatriska diagnoser. Debatten gällande huruvida dessa diagnoser ska förstås utifrån ett medicinskt eller ett socialt perspektiv är något som färgat studien redan från start. På samma sätt som socialsekreterarna har haft svårigheter med att definiera sin egen ståndpunkt har även vi kämpat med att hitta en ståndpunkt att utgå ifrån. Komplexiteten i ämnet har belysts gång på gång och att komma fram till ett definitivt svar har känts omöjligt. Med olika utgångspunkter inför arbetet har vi på många sätt kunnat komplettera varandra och föra givande diskussioner där både för och nackdelar med de olika synsätten kommit upp. Vad vi kunnat enas om är att samhället som det ser ut idag har en tendens att begränsa människor och styra vilka egenskaper som eftertraktas. Samtidigt som samhällets norm kan vara krävande och begränsande kan den också vara stöttande och uppmuntrande. Samhället vill att alla människor ska uppnå normen och utvecklar därför hjälpmedel och riktlinjer för hur detta kan realiseras.

Även om båda uppsatsförfattarna utgick mer eller mindre utgick med basen i den sociala modellen skiljde sig åsikterna något även inom denna modell. Ena uppsatsförfattaren kunde till större del känna igen sig i den medicinska modellen där biologiska faktorer är kan påverka och utforma beteendemönster som resulterar i diagnoser. Att dessa beteendemönster kan stärkas eller

försvagas med hjälp av den sociala omgivningen var dock ingenting som motsades. Medicinering och vilken betydelse den kan ha för människor som vill fungera i exempelvis dagens utbildningssystem var också något som skiljde uppsatsförfattarnas initiala inställningar. Som dagens samhälle ser ut kan medicinering vara en avgörande faktor för att kunna ta in och lagra den information som krävs i den miljön som erbjuds, på det sätt som inläring anses ske.

Analysen visar vilket komplext ämne en klient med en ADHD-diagnos kan innebära för en socialsekreterare i utredningsarbetet av barn och unga. Ett perspektiv som beskrivs är att kunskap om diagnosen är en viktig del för att bemöta den unga på bästa sätt. Ur ett annat perspektiv poängteras risken med att enbart se till en diagnos istället för människan bakom, samt att kategorisering av någon som ett "ADHD-fall" kan göra att andra aspekter i dennes liv osynliggörs. Informanterna har på många plan visat upp en ambivalens i sina uttalanden om diagnosen och vilken betydelse den bör få i utredningsarbetet. Denna ambivalens kan visa på en kunskapslucka när det kommer till just ADHD och vad diagnosen kan innebära för en individ, men den visar också på komplexiteten med den ständigt föränderliga betydelse en neuropsykiatrisk diagnos får i dagens samhälle.

Som tidigare nämnts både i problemformulering och tidigare forskning är personer med ADHD-diagnos överrepresenterade både inom fosterhemsplaceringar samt kriminalvården. Anledningarna till detta kan vara många och varierande, men en ökad kunskap kring den problematik som symptomen till en ADHD-diagnos innefattar, kommer kunna leda till förbättrade möjligheter att hjälpa dessa personer att klara en vardag med de krav som dagens samhälle ställer på befolkningen. Vare sig de hjälpmedel som behövs är av medicinska, terapeutiska eller pedagogiska slag så dras slutsatsen att en ökad förståelse för dessa individer och deras problematik kommer att göra skillnad. När det kommer till neuropsykiatriska diagnoser närmade sig informanterna den sociala modellen i sitt synsätt då de tog upp hur samhällets ökade krav tenderar att skapa snävare ramar kring hur en person ska vara och bete sig för att passa in. Detta i sin tur skapar en större efterfrågan på förklaringar på varför individerna inte passar in inom dessa ramar där en ADHD-diagnos kan bli en sådan förklaring. Medicinering sågs dessutom som något frivilligt där den aktuella individen har rätt till valfrihet utefter eget tycke.

6.3 Slutsatser och diskussion utifrån studiens frågeställningar

- Hur beskriver socialsekreterare ADHD?

Den beskrivning som finns av diagnosen ADHD och den rådande diskursen i professionella sammanhang skiljde sig även åt i informanternas utsagor. Om diagnosen var till följd av en biologisk avvikelse kontra psykosomatiska symtom på sociala tillkortakommande var något som informanterna vacklade mellan. Beroende på vilken syn den professionelle har på en diagnos kan detta komma att påverka hur denne agerar samt förhåller sig mot klienten. Om synen enbart innefattar att diagnosen är en biologisk avvikelse flyttas fokus automatiskt mer åt individen och vad den behöver göra eller behöver för stöd för att fungera "normalt". Ett synsätt som innehar en mer social läggning flyttar således fokus mer ifrån individen och söker förklaringsmönster på det beteende som nu står i fokus. I mitten av dess två motpoler står socialsekreteraren som måste ta in, förhålla sig till och använda samtliga fakta som finns om den klient den har framför sig. Om fokus kommer att ligga på en individs tillkortakommanden eller anta ett mer makroperspektiv ligger inom det handlingsutrymme som socialsekreterare och socionomer har. Det är upp till socialsekreteraren som professionell aktör att använda sitt eget omdöme kring vad som ska tas hänsyn till eller inte i varje enskilt ärende. Socialsekreteraren har kunskap om forskningsläget kring sitt arbete men framförallt, och kanske än viktigare, har socialsekreteraren en beprövad erfarenhet som baseras i den kunskap som finns i det mellanmänskliga mötet som sker med varje klient. Den kunskapen är likväl så viktig i den slutgiltiga bedömningen om vad som blir bäst för klienten, i detta fall, för barnet.

- Hur ser socialsekreterare på sin egen yrkesroll i relation till andra aktörer?

Vikten av samverkan mellan samhällets olika professioner och aktörer är något som varit återkommande vid intervjuerna. Både samarbete med skolan samt BUP har belysts som en del i att öka kunskapen och kompetensen kring att hantera klienter med en ADHD-diagnos. Denna studie visar på utmaningar i denna samverkan, där socialsekreterarna visserligen bekräftar psykiatrin som professionen med mest kunskap om ADHD, men som samtidigt framför kritik och oro gällande allt för lättvindigt diagnosättande. Informationsutbyte mellan dessa aktörer kommer dock att öka samarbetsmöjligheterna med de aktuella familjerna och vilket stöd samhället kan ge. Att dra kopplingar mellan den rådande debattens oenighet och samhällets olika

aktörers bristande samverkan kan anses långsökt, men faktum är att så länge BUP, skolan och socialtjänsten fortsätter med bristande samverkan så kommer klienter att drabbas negativt.

Slutsatser som kan dras med stöd i den här studien är att ett hål i socialtjänstens kunskapsläge upptäckts när det kommer till det problematiska beteende som ofta kännetecknas av en ADHD-diagnos. Samtidigt som det finns omfattande forskning kring beteendeproblematiken samt hur det kan påverka drabbade individer är kunskapen när det kommer till andra möjliga anledningar till liknande beteendeproblematiken samt behandling för den bristfällig. Förslag till vidare studier är att vidare undersöka hur bristen på samverkan mellan samhällets olika aktörer påverkar klienter samt hur hålet i socialtjänstens kunskapsläge kring diagnostisering och användning av ADHD kan minskas.

För att kunna säkerställa att en ADHD-diagnos ställs på ett korrekt sätt krävs en grundlig undersökning kring andra möjliga faktorer. Att se ADHD som något konstant och oföränderligt bör även det göras med försiktighet då problematiken är varierande och kontextberoende. Alla människor förändras och utvecklas dagligen, en neuropsykiatrisk diagnos ändrar inte på det. Speciellt under uppväxten förändras både beteende och tankesätt. Något som varit ett problem under den tidiga uppväxten kan sedan försvinna när individen kommer längre i utvecklingsstadiet. Det ligger med andra ord stor tyngd på socialsekreterarens axlar där forskning, andra professionella aktörers bedömning samt den egna beprövade erfarenheten ska vägas mot varandra med syftet att bejaka och skydda barnets bästa.

Studien har belyst komplexiteten kring diagnosen ADHD och hur det kan komma att påverka socialsekreterare i deras utredningsarbete av barn och unga. ADHD, har splittrat den svenska psykiatrin och diagnosens historia är kantad av olika behandlingsmodeller för och synsätt på beteendemönstret samt vad det innebär. Meningsskillnaden kring hur diagnosen bör betraktas, vad den bör innefatta och hur den bör användas är än idag något som diskuteras. Finns det *ett* svar på hur diagnosen bör hanteras eller är det, i linje med vad informanterna menar, viktigare att se till varje individ?

7. Referenslista

Ahrne, G & Eriksson Zetterquist, U (2015). Eriksson-Zetterquist, U & Ahrne, G (2015). Intervjuer. I Ahrne, G & Svensson, P (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss.40, 42, 53

Ahrne, G & Svensson, P (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I Ahrne, G & Svensson, P (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss.12

Bergey, M. R & Conrad, P. ”The rise and transformation of ADHD in the United States”. I Bergey, M. R., Filipe, A. M., Conrad, P & Singh, I(red.) (2018). *Global perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in 16 countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press

Bergey, M. R & Filipe, A. M ”ADHD in global kontext: An introduction”. I Bergey, M. R., Filipe, A. M., Conrad, P & Singh, I (red.) (2018). *Global perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in 16 countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press

Brown, N.M, Brown, S.N, Briggs, R.D, Germán, M, Belmarich, P.F, Oyeku, S.O (2017). Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Academic Pediatrics*. Volume 17, Issue 4, May–June 2017, Pages 349-355

Bryman, A (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Johanneshov: TPB

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

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2017). Autismspektrumtillstånd och ADHD

bland barn och unga i Stockholms län: Förekomst i befolkningen samt vårdsökande under åren 2011 till 2016. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Cunial, K. J, Casey, L. M, Bell, C & Kebbell, M.R. (2019). Police perceptions of the impact that ADHD has on conducting cognitive interviews with youth, *Psychiatry, Psychology and Law*, 26:2, 252-273,

Heimer, M, Näsman E & Palme, J (2017). *Rättighetsbärare eller problembärare? - Barns rätt att komma till tals och socialtjänstens insatser*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset

Grundbok I BBIC: barns behov I centrum. Andra upplagan (2018a). [Stockholm]: Socialstyrelsen

Kalman, H & Lövgren, V (2019). *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Andra upplagan. Malmö: Gleerups

Karlsson, P & Lundström, T (2019). ADHD and social work with children and adolescents [Elektronisk resurs]. *European Journal of Social Work*.

Tillgänglig på Internet: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-167238>

Kärfve, E (2000). *Hjärnspöken: DAMP och hotet mot folkhälsan*. Eslöv: Brutus Östlings bokförlag Symposion AB

Liljegren, A (2008). *Professionellt gränsarbete: socionomexemplet*. Göteborg: Göteborgs universitet

Lindqvist, R (2017). *Funktionshindrade i välfärdssamhället*. Fjärde upplagan Malmö: Gleerups

Metodstöd för BBIC: barns behov i centrum. Andra upplagan (2018b). [Stockholm]: Socialstyrelsen

Ruiz, R (2014). *The Atlantic*. 7 Juli 2014. ADHD and social work with children and adolescents (Hämtad 2019-12-16)

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*

Singh, I. (2008). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD. [Elektronisk resurs] *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 957–964

Socialstyrelsen (2014). *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar*
Stockholm: Socialstyrelsen

Statens medicinsk-etiska råd, (2015). *ADHD- Etiska utmaningar*. Stockholm: Elanders Sverige
AB

http://www.smer.se/wp-content/uploads/2015/12/Smer-rapport-2015_2_WEBB.pdf

Svensson, M (2007). *“Falla mellan stolarna...”: rapport från verksamhetstillsyn i två kommuner i Gävleborgs län avseende samverkan inom socialtjänsten i ärenden med barn och ungdomar med ADHD och Asperger syndrom*. Gävle: Länsstyrelsen Gävleborg

Teorell J & Svesson T (2013). *Att fråga och att svara. Samhällsvetenskaplig metod*. Liber:
Malmö

8. Bilaga 1: Presentationsbrev

Hej!

Vi heter Josefin Jacobson och Marcus Johnsson och är socionomstudenter vid Lunds Universitet. Vi skriver för nuvarande vår kandidatuppsats om ADHD i socialtjänstens arbete och är intresserade av era erfarenheter. Vi skulle vilja intervjua socialsekreterare på utredningsenheten inom Barn och Familj. Intervjun kommer att ta ca 1 timme och informationen kommer att användas som empiri till vår kandidatuppsats. Varje intervjuperson förblir anonym och svaren kommer endast att användas som underlag för vår analys.

Vi uppskattar ert deltagande och hoppas att även ni kan dra nytta av vår uppsats och de reflektioner som uppstår.

Tack på förhand!

Hälsningar,

Josefin Jacobson och Marcus Johnsson

Marcus Johnsson- ma3787jo-s@student.lu.se

Mobil: 070 347 2329

Josefin Jacobson- jo2415ja-s@student.lu.se

Mobil: 070 792 4660

Handledare: Tove Arnett- tove.harnett@soch.lu.se

Mobil: 046 222 1426

9. Bilaga 2: Intervjuguide

Info om respondent

1. Hur länge har du varit socionom?
2. Hur länge har du jobbat som socialsekreterare på barn och familj?
3. Om, var har du varit innan?
4. Trivs du på din arbetsplats?
5. Vad är det bästa respektive det sämsta med ditt yrke?
6. Om du kort skulle beskriva vad ADHD är, för någon som inte vet, vad skulle du säga då?

Syn på yrkesroll

1. Hur ser du på relationen mellan socialsekreterare och barn? (förtydligande, vad är viktigt att ha med sig när man möter barn inom socialtjänsten).
2. Vår uppsats handlar om barn med ADHD - Är en ADHD-diagnos något som du ska få information om tycker du? Varför? Varför inte?
3. Har du någon gång gått en utbildning, via arbetsplatsen, relaterad till neuropsykiatriska diagnoser?

Verktyg

1. Finns det några "verktyg" som du anser vara effektiva i arbetet med barn som har en ADHD-diagnos? (förtydligande- med "verktyg" menas insatser eller behandlingsmetoder)
2. Tycker du att det saknas kunskap kring barn med ADHD inom socialtjänsten?
3. Har du någon personlig erfarenhet av ADHD-diagnos – alltså inom din familj eller närhet?
4. Tror du att diagnoser påverkar utredningsarbetet inom socialtjänsten?
5. I debatten finns det de som menar att ADHD är både underdiagnostiserat och överdiagnostiserat – hur tänker du om det?

Ålder/kön/etnicitet

1. Finns det särskilda åldrar där ADHD blir särskilt betydelsefulla?
2. Möter du flest flickor eller pojkar med ADHD? Är det någon skillnad i hur det tar sig uttryck mellan könen?