



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# ADHD hos elever i grundskolan

En kvantitativ studie om vilka som initierar ADHD-  
utredningar på grundskoleelever

Ashraf Khoshiwal & Sanna Holmquist

Kandidatuppsats (SOPA 63)

VT 2022

Handledare: Malin Nilsson

# Abstract

Author(s): Ashraf Khoshiwal & Sanna Holmquist

Title: ADHD-symptoms in elementary school: A quantitative study on who initiates ADHD-assessments on children in elementary school.

Supervisor: Malin Nilsson

Assessor: Lotta Jägervi

The purpose of our thesis has been to increase the knowledge about the need of investigating children who may have ADHD in order to contribute to more children receiving the support and understanding they need to be able to succeed in school. In our research, we have investigated which initiator that initiates ADHD investigations in the majority of cases for children in primary school and elementary school at the ages 0-16. We have also looked into what the gender distribution of the students who have been investigated looks like and focused on how old they were when their investigations started. After examining these three variables separately, we compared them with each other and examined the relationships between age and gender as well as initiator and gender. We contacted 45 randomly selected school counselors who provided information on a total of 67 students that we have reported in our survey. Many of our hypotheses turned out to match the results of our study, among these were the majority of boys' investigations initiated by schools while the majority of girls' investigations were initiated by their parents or guardians and that more investigations were initiated for boys than for girls in general.

Keywords: ADHD, attention-deficit/hyperactivity disorder, assessment, initiator, children, elementary school, gender, age.

## Förord

I första hand vill vi tacka vår handledare Malin Nilsson som väglett oss under vårt utförande av den kvantitativa studien som vårt examensarbete är baserad på. Vi är tacksamma för dina snabba svar i vår mejlkontakt, dina tips och all konstruktiv kritik vi fått ta emot från dig. Vi vill även tacka Marcus Amasalidis och Johan Holmquist som varit fantastiska med att läsa igenom delar av vår uppsats och stöttat oss under vårt skriftliga arbete. Slutligen vill vi rikta ett stort tack till alla våra respondenter som varit villiga att delta i vår enkätstudie, utan era enkätsvar hade det inte varit möjligt för oss att genomföra vår studie.

# 1 Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b><i>Innehållsförteckning</i></b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b><i>Inledning</i></b> .....	<b>7</b>
2.1	<b>Problemformulering</b> .....	<b>7</b>
2.2	<b>Syfte</b> .....	<b>8</b>
2.3	<b>Frågeställning</b> .....	<b>8</b>
2.4	<b>Begrepp och avgränsningar</b> .....	<b>9</b>
<b>3</b>	<b><i>Teoretisk- och kunskapsmässig referensram</i></b> .....	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>Bakgrund</b> .....	<b>10</b>
3.1.1	ADHD-diagnosens innebörd.....	10
3.1.2	Diagnostisering av ADHD.....	11
3.1.3	Skolans ansvar att ge elever extra stöd.....	14
3.1.4	ADHD-diagnosen kopplat till socialt arbete.....	15
<b>3.2</b>	<b>Tidigare forskning</b> .....	<b>16</b>
3.2.1	ADHD-diagnosen kopplat till barn, skola och familj.....	16
3.2.2	ADHD-diagnosen kopplat till ålder och kön.....	18
3.2.3	Kritik av ADHD-diagnosen.....	20
<b>3.3</b>	<b>Teori</b> .....	<b>21</b>
3.3.1	Utvecklingspsykologi kopplat till genetik kontra miljö.....	21
3.3.2	Utvecklingspsykologi kopplat till psykopatologi.....	22
3.3.3	Barnets förväntade utveckling i korta drag.....	23
3.3.4	Utvecklingspsykologi kopplat till genus.....	24

3.4	Sammanfattning och hypotes .....	25
<b>4</b>	<b>Metod.....</b>	<b>27</b>
4.1	Förförståelse .....	27
4.2	Kunskapssökning.....	27
4.3	Arbetsfördelning .....	27
4.4	Metodval och insamlingsmetod.....	28
4.5	Enkätens utformning .....	29
4.6	Etiska överväganden.....	29
4.7	Urval.....	31
4.8	Materialbearbetning, resultat och analys.....	33
4.9	Respondenter och bortfall .....	34
4.9.1	Externt bortfall.....	35
4.9.2	Internt bortfall.....	36
4.10	Validitet/Reliabilitet.....	37
<b>5</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>39</b>
5.1	Antal grundskolebarn.....	39
5.2	Vem initierar processen att inleda en ADHD-utredning .....	40
5.3	Initiator kopplat till ålder .....	42
5.4	Initiator kopplat till kön.....	46
<b>6</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>49</b>
6.1	Vem inleder oftast processen att starta en NPF-utredning när misstanke om ADHD uppkommer? .....	49
6.2	Finns det ett samband mellan initiator och ålder?.....	50

6.3	Finns det ett samband mellan initiator och kön?.....	52
6.4	Sammanfattning och slutsats.....	53
6.5	Förslag till vidare forskning.....	54
7	<i>Referenslista</i> .....	55
8	<i>Bilagor</i> .....	58
8.1	Bilaga 1: Mailutskick 1 .....	58
8.2	Bilaga 2: Mailutskick 2 (påminnelsemail).....	60
8.3	Bilaga 3: Enkäten.....	61

## 2 Inledning

### 2.1 Problemformulering

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) är en diagnos som kommit att bli allt vanligare hos barn och unga över Sverige, och övriga världen, under de senaste decennierna (Socialstyrelsen 2019, s. 7). I takt med att diagnostiseringen har ökat, har också samhällsdebatten kring ADHD ökat, där vissa kritiker fört fram att för många barn diagnostiseras med ADHD (Øgrim, 2021). Uppdrag granskning (2022) har i sin dokumentär *Bokstavs barnen* lyft fram kritik riktad till det svenska skolsystemet. I dokumentären intervjuas experter inom området, som insinuerar att skolan driver fram ADHD-diagnoser, bland annat genom kravet på att elever ska kunna sitta still. I samband med dokumentären genomfördes en enkätundersökning riktad till föräldrar till 5000 skolbarn med någon form av NPF-diagnos. I enkäten har cirka 20% av föräldrarna svarat att det var skolan, snarare än de själva, som ville inleda utredning på barnen (Arén, Yllner & Lindahl, 2022).

Andra menar att det snarare är för få barn som blir utredda för ADHD och får stöd och behandling i tid (Edebol & Norlander 2013, s. 331). Om personer som uppfyller kriterierna för att diagnostiseras med en ADHD-diagnos inte får det stöd de är i behov av i tid, riskerar de att drabbas av samsjuklighet och därmed en försämrad psykisk hälsa. Psykisk samsjuklighet (även kallat komorbiditet) är vanligt förekommande hos personer med diagnosen ADHD, och diagnosen medför bland annat svårigheter i att bedriva studier (Socialstyrelsen 2019, s. 8). Av denna anledning bör diagnosen uppmärksammas och utredas i en tidig ålder för att på så sätt underlätta för elever att få det stöd och den hjälp de behöver. Ökad hjälp skulle kunna leda till förbättrade prestationer i skolan, och därmed ökade möjligheter att bedriva framtida studier på en högre nivå. Får eleverna inte det stöd de behöver, ökar risken för socialt utanförskap betydligt, inte minst på grund av att ofullständiga grundskolebetyg är något som i sig är den största riskfaktorn för psykosociala problem i framtiden (Socialstyrelsen, 2010, s. 11).

Majoriteten av forskning om ADHD sker inom den medicinska forskningsgrenen. Genom strikt medikalisering riskerar vi att gå miste om andra påverkansfaktorer som individer med ADHD utsätts för, exempelvis socialt utanförskap. Den stora graden av samsjuklighet, och olika psykosociala problem i framtiden hos människor som växer upp med ADHD skapar ett behov

av mer forskning på området med socialvetenskaplig utgångspunkt (Karlsson & Lundström 2019, s. 151f).

De sjukdomssymptom som är utmärkande för ADHD-diagnosen är främst ouppmärksamhet och hyperaktivitet (Socialstyrelsen 2019, s. 27) vilket gör situationen vid skolbänken problematisk för många barn. Barn som i större utsträckning besväras av koncentrationssvårigheter och svårigheter med uppmärksamheten snarare än ett hyperaktivt beteende (en diagnos som tidigare benämns ADD), kan antas vara svårare att upptäcka för skolpersonal eftersom deras svårigheter inte utmärker sig lika tydligt. Därför kan risken för dessa elever att gå miste om stöd i skolan anses vara högre, än för gruppen elever som har ett hyperaktivt beteende (Klefsjö et al. 2020, s. 302f.). I de fall där eleven främst har problem med ouppmärksamhet finns risken att ett större ansvar läggs på barnets vårdnadshavare i att uppmärksamma barnets behov av extra stöd. Vem som initierar processen att inleda en utredning när misstanke om ADHD uppkommer, och vid vilken ålder eleven är kan vara avgörande i hur mycket hjälp och stöd eleven kan få i att klara sin skolgång, och bygga en god grund för framtiden. Genom ökad kunskap om vilka instanser som inleder initiering, och när, kan det tydliggöras var i samhället det finns behov av mer information för att upptäcka ADHD hos barn i tidigare åldrar. Detta är något som vi vill undersöka närmare.

## 2.2 Syfte

Vår studie ämnar undersöka hur initieringsprocessen för en ADHD-utredning på barn i grundskolan kan se ut, samt om barnets kön eller ålder kan anses vara påverkansfaktorer.

## 2.3 Frågeställning

- På vems initiativ inleds oftast en ADHD-utredning på barn i grundskoleåldern?
- Finns det något samband mellan kön och vem som initierar ADHD-utredningen?
- Finns det något samband mellan ålder och vem som initierar ADHD-utredningen?



## 2.4 Begrepp och avgränsningar

*ADHD-utredning:* När misstanke om ADHD-diagnos hos ett barn uppkommer kontaktas oftast barn- och ungdomspsykiatri (BUP). BUP beslutar sedan om en utredning är aktuell, vilket isåfall resulterar i en neuropsykiatrisk utredning, även kallat NPF-utredning. En NPF-utredning kan innefatta flera olika diagnoser, och inkluderar utöver ADHD även autismspektrumtillstånd, och tourettes syndrom. Majoriteten av de NPF-utredningar som inleds på barn grundas dock på misstanke om ADHD (Holmér, 2020). Vi har valt att använda oss av begreppet ADHD-utredning i vår studie. Detta, för att exkludera övriga diagnoser som skulle kunna vara aktuella om vi använt oss av ett vidare begrepp.

*Barn i grundskoleåldern:* Med barn i grundskoleåldern innefattas samtliga barn som är elever på grundskolan; från F-klass (förskoleklass) till årskurs 9. Vi har valt att avgränsa vår studie efter årskurs framför ålder eftersom ålder kan variera bland elever i samma årskurs.

## 3 Teoretisk- och kunskapsmässig referensram

### 3.1 Bakgrund

#### 3.1.1 ADHD-diagnosens innebörd

ADHD, som står som förkortning för Attention Deficit Hyperactivity Disorder, började användas som ett diagnostiskt begrepp under 1980-talet (Hansen 2019, s.16) för att huvudsakligen beskriva besvär inom de tre områdena koncentration/ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet (Hansen 2019, s. 12); (Karlsson 2017, s. 571f.). Tidigare har tillstånd som liknat ADHD bland annat benämnts som mental rastlöshet, dålig moralkontroll, MBD (förkortning för “minimal brain damage”), och fortfarande används ibland benämningen DAMP (förkortning för “deficits in attention, motor control and perception”) (Hansen 2019, s. 18).

ADHD klassas idag som ett neuropsykiatriskt funktionshinder som många gånger innebär att personer med denna diagnos kan ha stora svårigheter inom vissa områden medan de inom andra områden kan prestera bättre än genomsnittet (Socialstyrelsen 2019, s. 7). Vad som är lätt eller svårt kan variera stort för olika personer med denna diagnos men i hur stor grad diagnosen utgör ett funktionshinder beror till stor del på hur stor möjligheten är att anpassa personens omgivning och hur pass stödjande den är (ibid.).

Att ha ADHD kan innebära svårigheter med: att hålla koncentrationen, lätt bli distraherad, följa givna instruktioner, lyssna på andra, organisera och planera, sitta still, frekvent avbryta andra i samtal, ha svårt för att vänta på sin tur, vara otålig, känna sig rastlös och ha svårt för att varva ner och ha ett konstant stort behov av stimulering (Hansen 2019, s. 12f.).

Något som många gånger inte uppmärksammas lika väl som svårigheterna, är fördelarna som ADHD kan innebära (Hansen 2019, s. 13f.). Personer med ADHD kan också vara: initiativrika, pådrivande och får saker gjorda, kreativa och kan tänka “utanför lådan”, orädda i den mening att de vågar investera i nya idéer, nyfikna, flexibla, bra på att hyperfokusera, envisa och kämpar på utan att lätt ge upp, intuitiva och ifrågasättande, bra på att se saker ur nya perspektiv samt bra på att hantera motgångar och misstag utan att älta över dem. Dessa positiva egenskaper är

mer vanligt förekommande bland personer som har ADHD än bland den generella populationen (ibid.).

Hur stor andel av befolkningen som uppfyller diagnoskriterierna för ADHD och dess föregångna benämningar har varierat över tid (Hansen 2019, s. 18). Under tidsperioden då diagnosen MDB var den vanligast förekommande diagnosen ansågs 1% av befolkningen uppfylla kriterierna för att bli diagnostiserade med diagnosen. Därefter började begreppet damp användas mer frekvent för att diagnostisera personer med liknande symptom, där andelen som påstods uppfylla diagnoskriterierna låg någonstans mellan 2% och 5% av befolkningen (ibid.). Idag finns betydliga skillnader avseende hur stor andel av befolkningen som antas uppfylla diagnoskriterierna för ADHD. Skillnaderna beror till stor del på var i världen man befinner sig, och andelen människor som får diagnosen växer snabbt. Ett tydligt exempel på denna utveckling går att se i USA där andelen barn som fått diagnosen växt från 1% till 11% på tjugo år. I delstaten Mississippi ligger andelen på över 20% där ungefär en tredjedel (30%) av alla pojkar får diagnosen (Hansen 2019, s. 156).

Den som har ADHD föds med dopaminreceptorer av varianten drd4-7r (dopamine receptor d4-7r). Detta är en form av receptor som är mindre aktiv när dopamin binds till den jämfört med andra dopaminreceptorer. Detta gör att personer som har denna variant har ett mindre aktivt belöningssystem i hjärnan. Av denna anledning upplever sig personer med ADHD understimulerade i högre grad jämfört med andra, och kan känna en starkare dragning till snabba dopaminbelöningar (Hansen 2019, s. 29f.). Exempel på aktiviteter som ökar dopaminnivåerna i hjärnan är: förtäring av mat, mobil- och internetanvändning, samlag, bruk av droger (som exempelvis kokain och amfetamin), samt upplevelser av intensiva händelser och starka sinnesintryck (Hansen 2019, s. 35). Enligt uppgifter som inhämtats från metaanalyser som presenterats i Läkartidningen (8/2022) finns det indikationer på att 25 procent av fängelseintagna har ADHD. Detta kan tyda på att det finns ett starkt samband mellan den ständiga sökningen efter snabba dopaminbelöningar och socialt nedbrytande beteende som i dessa fall resulterat i fängelsedomar.

### 3.1.2 Diagnostisering av ADHD

ADHD-diagnosens utredning och bedömning sker, likt majoriteten av övriga psykiastiska diagnoser, utifrån individens beteenden. Diagnosen bedöms med hjälp av mätinstrument i form

av manualer. Vanligast idag är att man använder sig av DSM-V (Diagnostic & statistical Manual of mental Disorders, 5:e revideringen), vilken är en diagnosmanual som ges ut av American Psychiatric Association (Karlsson 2017, s. 532). Enligt DSM-V definieras ADHD som "ett ihållande mönster av ouppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som stör funktion eller utveckling" (Karlsson & Lundström 2019, s. 153f).

De svårigheter som är typiska för ADHD kan alla människor ha i olika hög grad. Det är först då svårigheterna blir så pass allvarliga att de medför problem av den grad att behandling kan anses motiverad, som en ADHD-diagnos kan bli aktuell (Habiliteringen, 2014). Symptomen behöver ha uppkommit vid tidig ålder, vara varaktiga och synas i flera olika situationer (ibid.). Viktigt att notera är att ADHD-diagnosen inte kan ställas på barn som är yngre än 4 år, samt sällan ställs innan barnet fyllt 6 år (Socialstyrelsen, 2014).

Det finns tre huvudgrupper av ADHD; ADHD-I med huvudsakligen ouppmärksamma inslag, ADHD-HI med främst hyperaktiva/impulsiva inslag, samt ADHD-C som är en kombinerad version (Hoang et al, 2021, s. 997f.). ADHD-diagnosen är en diagnos som är kopplad till ökad risk för depression och andra ångestrelaterade sjukdomar. I familjer där barnet har en ADHD-diagnos kan en ökad press på ekonomi, utbildning och hälsa också skönjas, vilket tyder på att diagnosen påverkar hela familjen och inte enbart individen (ibid.).

Nedan följer en lista på nio kriterier varav minst sex behöver vara uppfyllda och utgöra så pass stora problem för individens i dennes dagliga livsföring att de ska kan likställas med ett funktionshinder samt ha en direkt negativ påverkan på barnets deltagande i sociala aktiviteter och studierelaterade aktiviteter (Habiliteringen, 2014):

Kriterier för ADHD typ 1 (ADD/Ouppmärksamhet) enligt DSM-5:

- a. Är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, arbetslivet eller andra aktiviteter (t ex förbiser eller missar helt detaljer, slarvigt genomförda arbetsuppgifter).
- b. Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar (t ex har svårt att bibehålla fokus under lektioner, samtal eller under längre stunder av läsning).
- c. Verkar sällan lyssna på direkt tilltal (t ex ter sig frånvarande även utan någon uppenbar källa till distraktion).
- d. Följer sällan givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (t ex påbörjar uppgifter, men tappar genast fokus och låter sig lätt distraheras).

- e. Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter (t ex har svårt att klara av uppgifter i flera led; har svårt att hålla ordning på utensilier, redskap och tillhörigheter; arbetar rörigt och oorganiserat; har svårt att tidsplanera; kan inte hålla tidsramar).
- f. Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t ex skolarbete eller läxor; för äldre tonåringar och vuxna: t ex sammanställa rapporter, fylla i formulär, läsa längre artiklar).
- g. Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för uppgifter eller aktiviteter (skolmateriel, pennor, böcker, verktyg, plånböcker, nycklar, anteckningar, glasögon, mobiltelefoner).
- h. Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli (för äldre tonåringar och vuxna kan det inkludera ovidkommande tankar).
- i. Är ofta glömsk i det dagliga livet (t ex göra hemsysslor, gå ärenden; för äldre tonåringar och vuxna: t ex följa upp telefonmeddelanden, betala räkningar, komma till avtalade möten).

#### Kriterier för ADHD typ 2 (Hyperaktivitet och impulsivitet) enligt DSM-5:

- a. Har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still på stolen.
- b. Lämnar ofta sin plats i situationer då man förväntas sitta kvar en längre stund (t ex lämnar sin plats i klassrummet, på kontoret eller andra arbetsplatser, eller i andra situationer där det krävs att man sitter kvar).
- c. Springer ofta omkring, klänger eller klättrar i situationer där det inte kan anses lämpligt. (Obs: hos ungdomar eller vuxna kan det vara begränsat till en känsla av rastlöshet.)
- d. Klarar sällan av att leka eller förströ sig lugnt och stilla.
- e. Är ofta ”på språng”, agerar ”på högvarv” (t ex är oförmögen eller obekvämt med att vara stilla en längre stund vid exempelvis restaurangbesök eller på möten; kan uppfattas av omgivningen som rastlös eller ha ett sådant tempo att andra har svårt att hänga med).
- f. Pratar ofta överdrivet mycket.
- g. Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren är färdig (t ex fyller i och avslutar andras meningar; oförmögen att vänta på sin tur i ett samtal).
- h. Har ofta svårt att vänta på sin tur (t ex när man står i kö).
- i. Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t ex kastar sig in i andras samtal, lekar eller aktiviteter; använder andras saker utan att be om lov eller få tillåtelse; för ungdomar och vuxna: t ex inkräktar i eller tar över andras aktiviteter).”

#### Övriga kriterier som behöver vara uppfyllda:

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

- b. Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet föreligger inom minst två olika områden (t ex i hemmet, i skolan eller på arbetet; i samvaron med vänner eller närstående; vid andra aktiviteter).
- c. Det finns klara belägg för att symtomen stör eller försämrar kvaliteten i funktionsförmågan socialt, i studier eller i arbete.
- d. Symtomen förekommer inte enbart i samband med schizofreni eller någon annan psykosjukdom och förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa (t ex förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom, personlighetssyndrom, substansintoxikation eller substansabstinens).

(Habiliteringen, 2014)

Symptomen för ADHD kan variera från dag till dag. Detta gör att ADHD-utredningen behöver ske över en längre tid med upprepade mätningar/skattningar för att kunna fastställa en diagnos. Eftersom det ännu inte går att urskilja om en människa har ADHD genom att studera rent fysiska neurologiska skillnader, grundar sig diagnosens fastställande enbart på professionellas bedömningar. Detta betyder att skillnaden mellan att ha respektive att inte ha diagnosen ADHD kan vara väldigt tunn. ADHD-diagnosen är därför en diagnos som påverkas mycket av den kultur vi har i samhället; hur våra skol- och hälsovårdssystem är uppbyggda samt hur praxis ser ut hos dem som gör bedömningarna. Detta synliggörs genom att titta på statistiken över diagnostiserade barn i olika länder runtom i världen. I USA ligger, som nämnt ovan, andelen individer med ADHD på 11% i genomsnitt (med upp till 15% i vissa delstater). USA:s höga antal kan jämföras med Frankrike, som har en mer psykodynamisk inriktning inom hälsovården, där 3,8% av befolkningen har ADHD-diagnos (ibid.).

### 3.1.3 Skolans ansvar att ge elever extra stöd

På Skolverkets hemsida går att läsa om hur skolan lägger upp och planerar sin undervisning. Nationella proven är ett obligatoriskt prov som sker på samtliga grundskolor i Sverige, och fungerar som ett verktyg för att alla grundskoleelevers kunskaper ska kunna mätas under samma förutsättning (Skolverket, 2021b). De nationella proven på grundskolenivå sker i årskurs 3, årskurs 6, samt årskurs 9. Syftet med proven är framför allt att stödja betygssättningen, men också att stödja lärarens bedömning av uppnådda kunskapskrav. 3 kapitlet 5§ i skollagen behandlar hur elevers behov av extra anpassningar i skolan bör uppmärksammas och hanteras. Lagen menar att; om bedömning görs att en elev inte kommer att nå de kunskapskrav som minst ska uppnås, ska eleven skyndsamt ges stöd i form av extra anpassningar. På Skolverkets

hemsida går vidare att läsa att dessa behov kan upptäckas genom nationella kartläggningsmaterial, såsom resultatet på ett nationellt prov (Skolverket, 2022).

### 3.1.4 ADHD-diagnosen kopplat till socialt arbete

Det saknas forskning om ADHD inom socialt arbete, och i synnerhet forskning om ADHD hos barn inom den sociala barnvården. Detta menar Karlsson och Lundström (2019) i sin artikel *ADHD and social work with children and adolescents* vars fokus är att uppmuntra forskare och utövare av socialt arbete att fördjupa sina kunskaper om barn och unga med ADHD (Karlsson & Lundström 2019, s. 151f). ADHD är troligtvis den snabbast växande diagnosen bland barn och unga. Majoriteten av forskning om ADHD sker inom den medicinska forskningsgrenen, något som kan förklara den höga medikaliseringen i samhället som är kopplad till ADHD-diagnosen. Genom strikt medikalisering riskerar vi att gå miste om andra påverkansfaktorer som individer med ADHD utsätts för, exempelvis socialt utanförskap. Som nämnts tidigare i uppsatsen förekommer ADHD i hög grad i kombination med andra sociala problem. Karlsson och Lundström menar att detta är en av anledningarna som skapar ett behov av mer forskning om ADHD kopplat till socialt arbete (ibid.).

Om man tittar på sambandet mellan hur många ungdomar som har en ADHD-diagnos och befinner sig i samhällsvård blir det tydligt hur stort samband det finns mellan ADHD-diagnosen och förekomst av socialt avvikande beteende. Detta samband visas i tabellen på följande sida:

Tabell 1: Statistik från Socialstyrelsen (2014) som visar på ADHD-diagnos hos svenska barn, svenska barn i familjehem, samt svenska barn i HVB- och SIS-boenden (Socialstyrelsen 2014, s. 15f.)

	Pojkar (13-17 år)		Flickor (13-17 år)	
	Andel som medicinerar	Andel med ADHD-diagnos	Andel som medicinerar	Andel med ADHD-diagnos
Ej placerade barn	3,6%	4,9%	1,5%	2,2%
Barn i familjehem	19,8%	21,1%	9,2%	15,4%
Barn i HVB-hem	9,0%	14,7%	23,6%	30,2%
Barn i sluten ungdomsvård (SiS)	33,3%	47,4%	29,0%	46,6%

Socialstyrelsen menar vidare att risken för komorbiditet och försämrad psykisk ohälsa ökar om barn med ADHD-diagnos inte får det stöd de är i behov i tid (Socialstyrelsen 2019, s. 8). Ovan indikation på att barn i samhällsvård är överrepresenterade när det kommer till ADHD-diagnos talar för att kunskap om ADHD behöver prioriteras inom socialt arbete (Karlsson & Lundström 2019, s. 153f).

## 3.2 Tidigare forskning

### 3.2.1 ADHD-diagnosen kopplat till barn, skola och familj

Andelen barn (0-18 år) med diagnostiserad ADHD beräknas ligga mellan 4-12% världen över. I en meta-analys som gjordes av Thomas et al. (2015) studerades 175 olika studiers estimerade värden över förekomsten av ADHD hos befolkningen. Studien kom fram till att 7,2% är medelvärdet, och alltså den genomsnittliga förekomsten av ADHD utslaget på hela världen. Studien föreslår att siffror under detta värde således kan betraktas som förekomst av underdiagnostisering och vice versa (Thomas et. al. 2015, s. 994). Enligt en rapport från



Socialstyrelsen (2019, s. 11) beräknas ADHD i Sverige förekomma hos 5-7 % bland barn. Förekomsten bland pojkar (5-9 %) bedöms vara högre än förekomsten bland flickor (3-5 %) (ibid.).

Andelen barn som får diagnosen ADHD har under de senaste decennierna ökat i hög takt och skapat en bättre förståelse för både barnen själva, och deras föräldrar och skolpersonal för hur de ska hantera de svårigheter som diagnosen kan orsaka (Laurin 2021, s. 13). Många föräldrar beskriver hur de känner oro och skuld över sitt barns beteende, och på så vis kan känna en lättnad när barnet väl får en diagnos (Moen, Hedelin & Hall-Lord 2015, s. 11). Diagnosen kan även ge barn rätt till medicinering, och rätt till att få ta del av särskilt stöd och annan anpassning i samband med dennes undervisning från skolans sida (Laurin 2021, s. 13). Det har satsats på kompetenshöjande insatser avseende ADHD-diagnoser och andra neuropsykiatriska diagnoser på skolor, och i takt med att andelen diagnostiserade elever har ökat, har även kraven på anpassningar blivit fler (ibid.). Trots att andelen barn som fått diagnosen ökat i hög takt uppskattas det fortfarande vara en stor andel människor som får diagnosen senare i livet, då i samband med annan problematik såsom: ångest, droganvändning, arbetslöshet etc. (Hoang et al., 2021, s. 998).

Hoang et al. (2021) undersöker i sin studie *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Associated Factors Among First-Year Elementary School students* förekomsten av ADHD-symptom hos förstaårselever i Vietnam. Studien genomfördes genom att forskarna samlade in information om förstaårselevens eventuella ADHD-symptom från lärare och föräldrar (eller annan vårdnadshavare). Studien visade att lärarna identifierade ADHD-symptom hos en större andel av eleverna än vad vårdnadshavarna gjorde (Hoang et al. 2021, s. 1002f.). Enligt lärarna visade 5,9% av eleverna i skolan symptom på ADHD, jämfört med 4,9% enligt vårdnadshavarnas egen bedömning. Hoang et al. (2021) menar att detta skulle kunna bero på att skolans klimat är mindre flexibelt än hemmiljön, och därför synliggör symptomen för ADHD i högre grad. Forskarna menar vidare att det vore idealt om en ADHD-screening ingick som en inkorporerad del i skolans hälsoprogram. Målet med detta skulle vara att öka chansen för tidig upptäckt och behandling för att minska riskerna för problem i vuxen ålder. Studien visade också att ADHD-symptom är 4,9 gånger vanligare hos pojkar än hos flickor. Studien menar vidare att det finns ett samband mellan existerande ADHD-diagnos i familjen och symptom hos barnet, något som stärker den existerande teorin om att genetik är en nyckelfaktor för ADHD (Hoang et al., 2021, s. 1003). Med tanke på att denna studie är genomförd i Vietnam,

ett land som ligger både geografiskt och kulturellt sett långt bort från Sverige, kommer vi inte att kunna göra några närmare jämförelser av denna studies resultat kopplad till vår egen studie. Vi tycker trots detta att studien tar upp relevant forskning som är aktuell för vår uppsats.

Moen, Hedelin och Hall-Lord (2015) tar också upp ADHD som en ärftlig diagnos i sin studie *Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD*. De skriver att ADHD har en arvsgrad på 76%, och att många barn med ADHD även har föräldrar med samma diagnos. Föräldrar med ADHD kan vara bra föräldrar, men deras förmåga att söka hjälp, samt synen på vad som är symptom eller inte hos ett barn kan skilja sig från föräldrar utan ADHD. Familjer med frekventa konflikter mellan föräldrar, låg föräldranärvaro, samt inkonsekvent uppfostran är faktorer som ofta kopplas samman med ADHD-diagnosen. Genom att identifiera problemen tidigt finns det större chanser att ge familjen den hjälp de behöver för att nå förbättring. Andra studier visar att mödrar till barn med ADHD har en högre grad av oro och stress jämfört med fäder som istället kan anlägga en "vänta och se"-attityd till familjens problematik (Moen, Hedelin & Hall-Lord 2015, s. 10f., s. 15).

Moen, Hedelin och Hall-Lords studie undersöker, genom kvantitativ metod, familjekaraktäristiska drag kopplat till barn med ADHD-diagnos. Studien genomfördes i enkätform, där 548 föräldrar till barn med diagnosen fick skatta bland annat: familjens styrkor och svårigheter, vilket stöd de upplevde sig få från myndigheterna, samt vilken känsla av sammanhållning familjen hade (Moen, Hedelin & Hall-Lord 2015, s. 10f., s. 15). Studiens resultat visade att familjer där barnet medicineras för ADHD var med tillfredsställda med socialt stöd och socialt nätverk, jämfört med de familjer där barnen inte medicineras. De medicinerade barnens beteenden skattades också som mindre problematiska (Moen, Hedelin & Hall-Lord 2015, s. 13). Föräldrar som själva hade ADHD-diagnos skattade lägre på socialt stöd och hjälp till familjen. Familjer som skattade högre på familjens funktion, skattade också högre på hur mycket hjälp som samhället erbjöd. Studien indikerar att stöd och uppföljning från barnets skola, samt möjlighet till föräldrautbildning är extra viktiga faktorer för att förbättra familjens vardag (ibid., s. 15).

### 3.2.2 ADHD-diagnosen kopplat till ålder och kön

*The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD – gender differences in the diagnostic process* är en studie av Klefsjö et.al (2020) som jämför diagnostiseringsprocessen

på 50 pojkar respektive 50 flickor i Sverige (Klefsjö et al. 2020, s. 301). Klefsjö et al. (2020) inleder studien med att problematisera den existerande bristen på forskning kring diagnostiseringsprocessen för barn med ADHD. I dagsläget uppskattas fördelningen mellan pojkar och flickor med ADHD-diagnos ligga kring 2 pojkar på 1 flicka (ibid.). Flera forskare för dock fram att fördelningen mellan män och kvinnor i vuxen ålder estimeras vara förhållandevis jämnt fördelat, och alltså lika vanligt bland kvinnor som hos män. Diagnosen förekommer också i alla samhällsklasser, etniska grupper och nationaliteter (Barkley 2015, s. 151). Det är fler pojkar än flickor som utreds för ADHD i skolåldern. Flickor utreds vanligare i tonår eller vuxen ålder. Troligtvis missar både föräldrar och skola att upptäcka ADHD-symptom hos flickor, och utredningarna sker därför i högre grad genom att flickor själva tar upp problematiken. Om man tittar på fördelning mellan typ av ADHD diagnos och kön finns där också skillnader mellan pojkar och flickor. ADHD-HI (med hyperaktiva inslag) är vanligast förekommande hos pojkar, medan ADHD-I (med ouppmärksamma inslag) är mer förekommande hos flickor. Flickor har dessutom mer ångest och depressionssymptom i kombination med sin diagnos (Klefsjö et al. 2020, s. 301).

Studien av Klefsjö et al. (2020) undersöker diagnostiseringsprocessens olika stadier genom att; identifiera initierande organ, anledning till initiering, ålder vid utredningens påbörjan, antal besök hos psykiatrin innan diagnos ställs, ålder vid diagnos etc. (Klefsjö et al. 2020, s. 302f.). Enligt studiens resultat är det ofta frågor kring den neurologiska utvecklingen som ligger till grund för utredning på pojkar, medan känslsymptom är vanligare hos flickor. Hos både pojkar och flickor var föräldrarna den vanligaste initiatör, följt av skolan. Genomsnittsålder vid utredningens påbörjan var 11,4 år för pojkar jämfört med 12,7 år för flickor. Tiden för diagnos skiljde sig också: 14,0 år för pojkar respektive 15,6 år för flickor. Studiens resultat indikerade att av alla barn som deltog i studien, var det enbart var 3 flickor och 1 pojke som inte medicinerades efter att de fått en diagnos (ibid.).

Klefsjö et al. (2020) menar att skillnaden i ålder vid utredningens start kan bero på att pojkars symptom påverkar omgivningen i högre grad, och därför skulle kunna ses som mer akuta. ADHD kopplad till psykisk ohälsa och dåligt mående är mer vanligt hos flickor, något som skulle kunna ha ett samband med att de får ADHD-diagnosen senare, och därmed hjälp senare. En annan möjlig förklaring till åldersskillnaden är att flickor har allt svårare att dölja symptomen med hjälp av coping-strategier. När man jämför de olika organen som medverkar i utredningar (skola, föräldrar samt barnet självt) graderar ADHD-symptom, kan man se att många flickor graderar sina ADHD-symptom högre än både föräldrar och skola. Detta kan leda

till att flickor förblir odiagnostiserade om större vikt läggs vid föräldrars och skolas graderingar (Klefsjö et al. 2020, s. 304).

Klefsjö et al. (2020) avslutar sin studie med att konstatera att det behövs mer kunskap kring flickors symptom vid ADHD-diagnos, eftersom de skiljer sig från pojkars. Den mesta existerande forskningen om ADHD på barn idag har genomförts med pojkar som studiesubjekt något som kan påverka den bedömning som görs i såväl utredningar som i hur själva beskrivningen av symptom är formulerad. Förståelsen av de olika symptomen kan tolkas olika baserat på att pojkar och flickor tenderar att använda olika begrepp när de beskriver olika tillstånd. Flickor använder oftare emotionella begrepp, såsom ångest eller oro, medan pojkar snarare syftar till fysiska begrepp såsom rastlöshet (Klefsjö et al. 2020, s. 304f.).

Waschbusch, King och Gregus (2007) har genomfört en studie där de undersöker vid vilken ålder barn börjar visa symptom för ADHD, där de jämför olika ADHD-typer. Deras studie indikerar, likt Klefsjö et al.'s (2020) att symptom som grundar sig i hyperaktivitet/impulsivitet uppmärksammas innan övriga symptom på ADHD (Waschbusch, King & Gregus 2007, s. 9, jmf. Klefsjö et al. 2020, s. 302). Waschbusch, King och Gregus menar vidare att barn som visar symptom på ADHD i en tidig ålder även har en högre frekvens av samsjuklighet, samt mer förekommande allvarliga brister i exempelvis IQ och motoriska förmågor (Waschbusch, King & Gregus 2007, s. 9). Studien av Waschbusch, King och Gregus är en studie som grundar sig i USA. Med tanke på den stora kulturella skillnaden, samt höga förekomsten av diagnostisering här har vi valt att inte göra närmare jämförelser på denna studie kopplad till vår egen.

### 3.2.3 Kritik av ADHD-diagnosen

Enligt vissa kritiker diagnostiseras för många barn med diagnosen ADHD vilket de anser resultera i att barnen blir stigmatiserade (Øgrim, 2021). Risken för överdiagnostisering är dock liten så länge andelen som diagnostiseras inte överskrider den förväntade förekomsten (ibid.). För att undvika såväl överdiagnostisering som underdiagnostisering är det av stor vikt att de professionella som ansvarar för att fastställa neuropsykiatriska diagnoser besitter den rätta kompetensen för att kunna göra det på ett adekvat sätt. Med tanke på att så många som en av fyra som avtjänar fängelsestraff har ADHD (Läkartidningen, 8/2022) och att 40 % av de individer som blivit intagna på psykiatriska anstalter har diagnosen (Edebol & Norlander 2013, s. 331) vore det rimligt att påstå att det snarare är för få barn som blir utredda för ADHD och får stöd och behandling i tid.

## 3.3 Teori

Med tanke på att det ämne vi undersöker är på en väldigt bred och generell nivå har vi även valt att använda oss av en bred teoretisk utgångspunkt. Detta, för att inte låsa fast oss i en snäv teori och på så sätt riskera att gå miste om eventuella upptäckter i uppsatsens diskussionsdel. Vi vill undersöka ADHD-diagnosens initieringsprocess, samt vem som uppmärksammar symtom hos barnet, och när detta görs. Detta gör att vi valt en utvecklingspsykologisk utgångspunkt i vår teori, där fokus bland annat ligger på *psykopatologin*, ett vedertaget sätt att belysa psykisk ohälsa genom att studera avvikelser. Vi kommer i vår teoretiska del utgå ifrån det Broberg et al. (2015) skriver om utvecklingspsykologi kopplad till psykisk ohälsa i boken *Klinisk barnpsykologi - Utveckling på avvägar*.

### 3.3.1 Utvecklingspsykologi kopplat till genetik kontra miljö

För att kunna identifiera vad som är avvikande, och i behov av extra insatser, behöver vi också veta vad som är det ”normala”/förväntade förloppet i ett barns utveckling. Broberg et al. (2015) skriver om olika områden under barnets uppväxt som är extra viktiga för hur den psykiska hälsan (eller ohälsan) utvecklas (Broberg et al. 2015, s. 21).

Historiskt sett har utvecklingspsykologin gått från att fokusera uteslutande på det genetiska arvets betydelse (något som kallas inifrånstyrd utveckling) till att under 1900-talets början även inkludera teorier där fokus låg på inläring och miljöns betydelse (en så kallad utifrånstyrd utveckling). Idag bygger många utvecklingspsykologiska teorier istället på samspelet mellan individspecifika- (inifrånstyrda) och miljöstyrda faktorer (Broberg et al. 2015, s. 30ff.). Under 1900-talet genomfördes mycket forskning kring psykiska sjukdomars genetiska överförbarhet. Detta gjordes genom storskaliga släktstudier. Samtliga studier misslyckades att upptäcka någon specifik gen för de olika sjukdomarna. Istället drar Broberg et al. (2015) slutsatsen att psykiska sjukdomar förs vidare genom ett polygenetiskt arv, vilket betyder att vardera förälder kan föra vidare en lång rad gener vilka i kombination med varandra kan öka risken för olika psykiska sjukdomar hos barnet. Broberg et al. menar att olika psykiska sjukdomar kan föras vidare genom förälderns genprofil. Oavsett om den ena föräldern för sin specifika genprofil vidare till barnet, blandas dock denna profil ut med den andra förälderns. Resultatet blir att barnet får en unik profil, även om den kan vara likartad förälderns (ibid., s. 71f.).

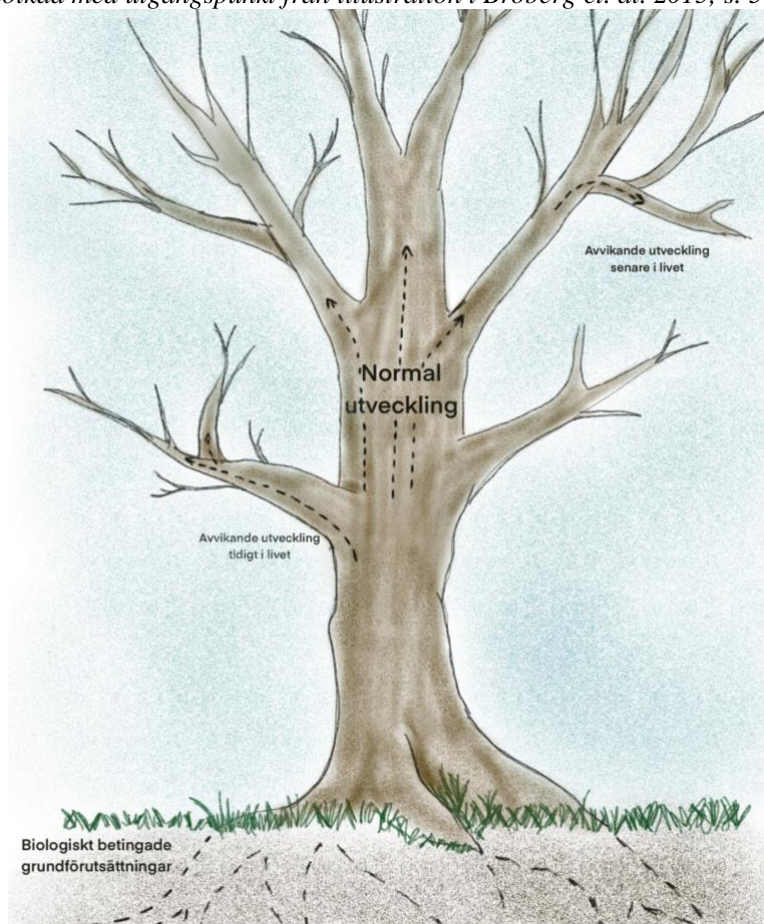
Forskning som sker idag inom genetik och olika egenskapers överförbarhet (exempelvis på barns intellekt) indikerar att genetiken har större genomslag i områden utan utspridda sociala problem. Denna forskning indikerar att barn som växer upp i utvecklingsländer har i genomsnitt en lägre kunskapsnivå än barn som växer upp i länder där de får tillgång till bra vård och skola. Skillnaderna mellan de olika individerna kan dock variera beroende på hur väl respektive individ kan nyttja de resurser hen får tillgodo. Grundat i denna forskning menar Broberg et al. att det kan sägas att den miljö vi lever i skapar genomsnittet för den specifika egenskapen, medan arvet avgör variationen inom de olika egenskaperna (Broberg et al. 2015, s. 70f.).

### 3.3.2 Utvecklingspsykologi kopplat till psykopatologi

Inom utvecklingspsykologin utgår teoretiker från att det finns en förväntad utveckling under uppväxten, det vill säga en utveckling som sker i en viss ordning och som ser likartad ut för majoriteten av mänskligheten (Broberg et al. 2015, s. 38f.). Broberg et al. skriver om att vi människor utvecklas inom två områden: dels kognitivt i hur vi kommunicerar med och förstår oss själva och vår omgivning, dels emotionellt i hur vi känner och hanterar våra känslor. Studiet av psykisk ohälsa kallas för psykopatologi och går ut på att man genom att studera det förväntade utvecklingsmönstret identifierar svårigheter och avvikelser som den enskilda individen har för att sedan, om möjligt, förstå orsakerna bakom olika individuella mönster. Broberg et al. framför att det ofta inte går att urskilja en specifik orsak som ensamt kan förklara det individuella mönstret. Detta, eftersom det individuella mönstret ofta grundar sig i flera olika orsaksfaktorer. Då är det mer framgångsrikt att istället studera flera olika individuella mönster för att sedan identifiera riskfaktorer (ibid.).

Den förväntade utvecklingen kan enligt psykopatologin liknas vid stammen på ett träd. Hur trädets grenar kommer se ut beror på hur individens utveckling ser ut. Ju längre ifrån en gren sträcker sig från stammen, desto större är avvikelsen från den förväntade utvecklingen. Broberg et al. menar att det dock är möjligt att åter röra sig mot den förväntade utvecklingen (Broberg et al. 2015, s. 54).

Figur 1. Utvecklingen av psykisk hälsa/ohälsa i form av ett träd (Bild illustrerad av Sanna Holmquist, fritt tolkad med utgångspunkt från illustration i Broberg et. al. 2015, s. 54)



Teorin med utvecklingsträdet skiljer sig från DSM; verktyget som beskrivs tidigare i denna uppsats och som används vid diagnostisering av olika psykiska sjukdomar såsom ADHD. DSM speglar enbart hur störningen hos individen ser ut just nu, oavsett historia eller framtid, och utvecklingsträdet illustrerar både individens bakgrund och möjliga framtid (Broberg et al. 2015, s. 54).

### 3.3.3 Barnets förväntade utveckling i korta drag

Nedan följer en kort genomgång av barns olika utvecklingsstadier enligt Broberg et al. (2015, s. 59f.):

Under det första året i ett barns liv behöver barnet skapa tillit och knyta an till sin vårdnadshavare. Ofta är det den biologiska föräldern som intar rollen som primär anknytningsperson. Under barnets första år använder hen sig av miner och ljud för att kommunicera med sin omgivning, men allt eftersom barnet växer utvecklas också dess

symbolspråk. När barnet är mellan ett och två år gammalt börjar barnet lära sig ord. Genom ord kommer tänkandet och förmågan att förstå sig själv och omgivningen. I takt med att ordförrådet växer formar barnet åsikter och en egen vilja. När barnet är runt tre år brukar viljan yttra sig i olika former av trots, där barnet testar vilka gränser som finns. Hur trygg barnets anknytning är till dess vårdnadshavare spelar här roll i hur enkel denna period upplevs (Broberg et al. 2015, s. 59f.).

När barnet börjar förskolan börjar grunden läggas för hur barnet kommer förhålla sig till framtida auktoriteter. Barnet utvecklar också förmågan att umgås med jämnåriga. I skolan ökar kraven på barnet, och fokus hamnar på att klara de nya utmaningarna som ställs på barnet. Skolperioden präglas av prestationskrav och regler. Barn som har svårt att anpassa sig får ofta en svår skoltid. Denna period är därför avgörande på många sätt för dessa barn, och får de inte hjälp i tid finns en risk att en grund läggs för ett livslångt utanförskap. När barnet kommer upp i tonåren hamnar fokus återigen på tillit och anknytning, dock utanför den egna familjen. Barnet behöver våga att lita på andra och skapa sin egen identitet (Broberg et al. 2015, s. 60).

### 3.3.4 Utvecklingspsykologi kopplat till genus

Broberg et al. (2015, s. 28f.) skriver att kön är en kategori som vi tilldelas redan vid födseln, eller tidigare om föräldrarna tagit reda på kön under barnets fosterstadiet. När grupper av barn studeras kan det ofta noteras att medelvärden, samt olika symptom kan variera mellan pojkar respektive flickor. Författarna betonar att det är viktigt att vara medveten om att skillnader mellan individer av samma kön kan skilja sig mer än de uppmätta skillnaderna på gruppnivå. I bedömandet av individen bör man av den anledningen inte lägga för stor vikt vid de ”könsbundna normerna” (ibid.).

Broberg et al. (2015, s. 28f.) menar vidare att könskategorin är en kategori som är ständigt närvarande i vårt samhälle. Kategorin är ofta präglad så långt bak i historien att föreställningarna vi bär på om vad som är manligt respektive kvinnligt till stor del uppkommer omedvetet. Författarna framför att människor påverkas av vår omgivning, och de förväntningar som finns omkring oss. Detta resulterar i att blir oundvikligt att inte påverkas av de kulturella värderingar som finns kopplat till kön (Broberg et al. 2015, s. 28f.). Huruvida kön är något vi gör och konstruerar, eller något vi bär med oss genetiskt, är således en fråga som är ständigt aktuell inom utvecklingspsykologin.



### 3.4 Sammanfattning och hypotes

Nedan kommer vi presentera de hypoteser vi skapat utifrån teorierna och i förhållande till de olika forskningsfrågor vi formulerat i vår uppsats.

*På vems initiativ inleds oftast en ADHD-utredning på barn i grundskoleåldern?* Studien av Klefsjö et. al (2020) indikerade att vårdnadshavarna är de som i störst grad initierar utredningar på barn i grundskoleåldern, följt av skolan (Klefsjö et al. 2020, s. 302f.). För att kunna inleda en ADHD-utredning på ett barn krävs vårdnadshavares samtycke. En risk finns därför att en stor del av svaren i vår studie kommer indikera att vårdnadshavarna tagit initiativet. Vi är intresserade av vem som först lyfter frågan när misstanke om ADHD hos ett barn uppstår, för att på så vis kunna identifiera i hur stor grad skola respektive föräldrar identifierar ADHD-symptom hos barn. Vår hypotes är att det oftast är föräldrar som tar initiativet till utredning. Detta eftersom de följt barnet under en längre tid, och att de har större inblick i barnets liv och dess svårigheter.

Om man utgår från utvecklingspsykologin, och hur psykisk ohälsa kan upptäckas genom att identifiera de avvikelser som sker utifrån den förväntade utvecklingen (Broberg et al. 2015, s. 38f.), kan detta betyda att föräldrar genom större inblick i barnets liv, också har en större möjlighet att upptäcka dessa avvikelser, framförallt i en tidigare ålder. Dock förutsätter detta att föräldrar är insatta i, och har kunskap om barns förväntade utveckling. Med tanke på att ADHD har en hög arvsgrad (Moen, Hedelin & Hall-Lord 2015, s. 10f.), samt att barnet ärver föräldrarnas genprofil (Broberg et al. 2015, s. 71f.), finns risk att föräldrar som själva har haft liknande avvikelser under sin uppväxt inte identifierar avvikelser hos barnet, utan att detta istället görs av skolan.

*Finns det något samband mellan kön och vem som initierar ADHD-utredningen?* Tidigare forskning indikerar att det är en betydligt större andel pojkar i skolåldern som utreds för ADHD än flickor. Baserat på detta tror vi att det är vanligare att skolan initierar utredningar på pojkar än på flickor, detta satt i förhållande till hur många föräldrar som initierar utredningarna. Vi tror att nästan uteslutande del av utredningarna på flickor initieras av vårdnadshavare, och eller på eget initiativ när flickorna kommer upp i åldern. Detta baseras på forskning som indikerar att flickor är bättre på att dölja symptomen i skolan, och att deras symptom oftare synliggörs senare under tonåren i form av psykisk ohälsa och depression (Klefsjö et al. 2020, s. 304). Vår hypotes grundar sig också i utvecklingspsykologins utgångspunkt i hur symptom kan variera

mellan pojkar och flickor, samt hur samhället oundvikligen påverkas av de värderingar som finns kopplat till kön (Broberg et al. 2015, s.28f.). Då ADHD dessutom är en diagnos vars kriterier utformats med pojkar som främsta studiesubjekt påverkar det givetvis hur misstanke om ADHD kan kopplas till pojkar i högre grad (Klefsjö et al. 2020, s. 304).

Hypotes: Vi tror att skolan initierar fler utredningar på pojkar än på flickor.

Nollhypotes: Skolan initierar inte fler utredningar på pojkar än på flickor.

*Finns det något samband mellan ålder och vem som initierar ADHD-utredningen? Vi tror att föräldrar initierar utredningar i högre grad på yngre barn. Ju äldre barnen blir, desto mer ökar kraven i skolan vilket tydliggör symptomen hos de elever som inte klarar av de ökade kraven. I takt med att ett barn blir äldre, skapar också en tydligare självbild, och barnets förmåga att själv uttrycka när något är fel ökar (Klefsjö et al. 2020, s. 302f.).*

Hypotes: Vi tror att föräldrar initierar utredningar på barn tidigare än övriga instanser gör.

Nollhypotes: Föräldrar initierar inte utredningar på barn tidigare än andra instanser gör.

# 4 Metod

## 4.1 Förförståelse

Vi vill påbörja vårt metodkapitel med att skriva om våra egna erfarenheter kopplat till ADHD-diagnosen. Vi som skriver denna uppsats har båda ADHD-diagnoser som förekommer inom familjen. Detta gör dels att vi har ett underliggande intresse för diagnosen, men skapar också en risk för att våra subjektiva erfarenheter påverkat studiens innehåll, då det är svårare att hålla sig objektiv. Vi har båda olika former av ”inifrån-perspektiv” av ADHD-utredningars initierings-, samt utredningsprocess. Det har varit av stor vikt för oss att inte låta denna erfarenhet färga den kunskap vi lagt fram, utan istället strikt använda oss av vedertagen forskning och litteratur.

## 4.2 Kunskapssökning

För att få kunskap om diagnosen ADHD lånade vi böcker som behandlade ämnet från olika bibliotek i Lund respektive Malmö kommun. För att få en koppling mellan ADHD-diagnosen och hur dess utbredning ser ut i Sverige idag, samt hur den kan kopplas till olika sociala problem i Sverige, använde vi oss av Socialstyrelsens rapporter och utgivningar. Vi gick även in på andra svenska myndigheter, såsom Skolverket, för att ytterligare fördjupa bilden av hur skolan och samhället i stort förhåller sig till ADHD-diagnosen. I samband med att vi påbörjade vår studie blev vi rekommenderade att titta på dokumentärserien *Bokstavs barnen* via SVT-play.

För att ytterligare fördjupa vår kunskap om ämnet och finna artiklar, samt tidigare forskning, använde vi oss av sökmotorn Lubsearch, via Lunds universitet. Vissa av våra källor har även hittats genom att vi följt referenser till tidigare forskning i de artiklar vi sökt fram.

Sökord som använts i olika kombinationer för att finna relevanta artiklar är: ADHD, utredning, barn, grundskola, assessment, children, elementary school, kön, gender, ålder, age.

## 4.3 Arbetsfördelning

Vi har genomgående under uppsatsskrivandets gång fördelat arbetsuppgifterna jämt mellan båda parter. Efter att ha identifierat de källor vi ville använda oss av fördelade vi böckerna och artiklarna mellan oss, och ansvarade för hälften var. Resultat- och diskussionsdelen skrevs ihop

tillsammans. Detta genom fysiska träffar och över zoom. Var och en av oss har läst igenom vad den andre skrivit, och vi har genom diskussioner och tankekartor kommit fram till hur vi vill att uppsatsen ska disponeras.

## 4.4 Metodval och insamlingsmetod

Vi har valt att använda oss av en kvantitativ metod för att genomföra vår studie. Bryman (2018, s. 198) skriver att kvantitativ forskning handlar om insamlandet av numerisk data, där man med ett deduktivt synsätt kopplar empirin till teorin. Detta är något som vi anser passar vår studies frågeställning, samt teoretiska referensram.

Vi valde att använda oss av en webbenkät som huvudmetod för insamlandet av data till vår studie. Anledningen till att vi valde en webbenkät är för att det är en snabb och enkel metod som kan nå ut till många respondenter på kort tid. Vår webbenkät skapades via Google Formulär som sedan skickades ut via mejl till samtliga skolkuratorer i vår urvalsgrupp (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 77f.). För att ytterligare öka svarsfrekvensen valde vi att även ringa upp samtliga kuratorer i urvalsgruppen och erbjuda att de istället svarar på frågorna muntligt över telefon. Telefonuppringning kan vara en fördelaktig metod för att öka svarsfrekvensen på undersökningen. Ytterligare en fördel med telefonintervju är att respondenten får möjlighet att ställa följdfrågor om svarsalternativen är otydliga (ibid.). Det är viktigt att tänka på att informera respondenterna om de etiska riktlinjer som studien omfattas av (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 80f.). Då vi inte samlar in uppgifter som kan kopplas till en specifik individ omfattas dock inte vår studie av dataskyddsförordningen (GDPR), men det är fortfarande viktigt att ta hänsyn till de etiska aspekterna i information om studien, samt enkätens utformande. Barmark & Djurfeldt (2020) exemplifierar att frågor om exempelvis kön kan väcka obehag hos respondenter om de inte anser sig tillhöra någon könsidentitet (ibid.). I vårt fall är det inte respondentens kön vi efterfrågar, utan barnets. Vi har ändå valt att lägga in svarsalternativet “annan könsidentitet” i vår enkät för att inte exkludera någon. Vem som initierar en utredning efter att misstankar om ADHD uppkommer har vi också valt att göra till en öppen fråga, med möjlighet att kryssa i “annat”, samt skriva en kommentar i ett kommentarsfält. Detta för att ge respondenten en möjlighet att utveckla sitt svar. Frågan om vilken ålder barnet har är dock utformad med enbart numeriska svarsalternativ, eftersom det är en avgörande variabel i vår analys.

## 4.5 Enkätens utformning

Vid utformandet av vår enkät har vi valt att använda oss av programmet Sunet Survey som finns tillgängligt för studenter på Lunds universitet (Lunds universitet 2022). Vi har valt att ha med tre frågor med olika svarsalternativ i vår enkätstudie som ska fyllas i för upp till tio elever på respektive skola, där varje elev är numrerad från ett till tio i enkäten. Vid de fall då antalet elever som blivit utredda för neuropsykiatriska diagnoser som grundat sig i en misstanke om att de kunnat ha diagnosen ADHD på skolorna är färre än tio har vi informerat respondenterna att fylla i information om det antal utredningar som de har tillgängliga, och således skicka in enkätsvar med färre besvarade frågor, något som innebär mindre analyserbara data. Med anledning av denna oförutsägbarhet har vi valt att enbart ha de tre första frågorna som berör elev #1 som obligatoriska att besvara i enkäten.

Vid vårt första försök att skapa denna enkät valde vi att använda oss av programmet Google Formulär, där vi lade stor vikt vid att enkäten skulle vara färgglad och estetiskt tilltalande i syfte att göra enkäten roligare att besvara för respondenterna. Denna färgglada enkät kom dock aldrig till användning då vi efter att vi i samband med ett möte med vår handledare fick reda på att det var möjligt att se vilka som besvarar enkäten om vi använder oss av programmet Sunet Survey istället för Google Formulär. I samband med återskapandet av enkäten i programmet Sunet Survey valde vi att lägga större fokus på att formulera enkätfrågorna på ett så tydligt sätt som möjligt för att undvika misstolkningar och mindre fokus på dess estetiska form.

För att begränsa antalet alternativ för variabeln initiatör valde vi att använda fem olika svarsalternativ för denna första fråga i vår enkät. Dessa fem indikatorer utgjordes av barnets föräldrar/vårdnadshavare, skolan, annan sjukvårdsinstans, socialtjänsten, samt barnet självt.

## 4.6 Etiska överväganden

Eftersom vi har valt att genomföra en kvantitativ studie med hjälp av en enkätundersökning som våra studiedeltagare fått besvara anonymt har vi inte behövt ta hänsyn till lika många etiska aspekter som vi hade behövt göra ifall vi genomfört en kvalitativ studie genom att exempelvis intervjua våra studiedeltagare. Då vi samlar in uppgifter om barn i vår undersökning via anställda kuratorer på skolorna påverkas inte barnen direkt av vårt arbete vilket gör vårt arbete gör att vi inte behöver ta ställning till de etiska omständigheterna. Om vi hade vänt oss direkt till eleverna hade vårt arbete kunnat ses som oetiskt då det strider mot de etiska riktlinjerna

genomföra studier på barn eftersom vi inte besitter de kunskaper som krävs för att få genomföra den formen av studier. Om studier som genomförs på barn inte utförs på rätt sätt kan det leda till stress och sämre självkänsla (Bryman 2018, s. 132).

Anonymiteten gör det lättare för deltagarna att skydda sina elevers identiteter. Skolkuratorerna som vi skickar ut enkäterna till är de enda som känner till elevernas personuppgifter och då inte heller skolornas namn kommer gå att skönja i undersökningen gör att deltagarnas anonymitet stärks ytterligare. Programmet som vi använt oss av för att genomföra utredningen heter Sunet Survey och gör det möjligt för oss att se vilka som besvarat vår enkät utan att visa vilket svar de givit oss. För att inte kunna koppla något inskickat svar till en specifik respondent satte vi en spärr i systeminställningarna, vilken gjorde det möjligt att komma åt de inskickade svaren först när totalt tre respondenter besvarat enkäten. På så sätt kunde vi spåra vilka i vår urvalsram som besvarat enkäten utan att kunna spåra vilka enkätsvar som tillhörde vilken respondent.

Vi har valt att skicka ut separata länkar till enkäten som endast går att använda vid ett tillfälle, och bifogat dessa i e-postmeddelanden. I e-postmeddelandet har vi presenterat oss själva, syftet med vår studie, dess innehåll samt en beskrivning av hur vi anser att de centrala forskningsetiska kraven som vi förutsätter att vi behöver ta hänsyn till är uppfyllda.

De centrala forskningsetiska kraven består av information- och samtyckeskravet, anonymitet, frivillighet, skyddande av privatliv samt att ingen kan komma till skada i samband med studien (Bryman 2018, s. 126). Genom att vi i de e-postmeddelanden som vi skickat till våra respondenter informerat dem om vår studie samt att de närsomhelst har möjlighet att avbryta sitt deltagande utan att några uppgifter sparas anser vi att vi uppfyllt informationskravet, samtyckeskravet och frivillighetskravet. Samtyckeskravet anser vi ha uppfyllts i samband med att våra respondenter blivit informerade om hur det insamlade materialet kommer användas samt att de har möjlighet att avbryta studien när som helst om de inte känner sig bekväma med att besvara någon av frågorna som enkäten består av. I de e-postmeddelanden som vi skickat ut till våra respondenter har vi varit tydliga med att vi inte kommer kunna se vad respektive respondent givit som svar i samband med att de besvarat enkäten, därmed anser vi oss ha uppfyllt anonymitetskravet. Då våra respondenter enbart kommer bestå av anställd personal på grundskolor och individerna vi avser att studera som utgör barn inte direkt kommer att påverkas av genomförandet av vår studie, anser vi även att kraven som avser skydd av privatliv och kravet om att ingen ska komma till skada i samband med studien är uppfyllda.

## 4.7 Urval

Målet med vår studie var att få ett så representativt urval som möjligt av de barn som utreds för ADHD på grundskolor i Sverige, men samtidigt lägga undersökningen på en rimlig och genomförbar nivå. Vi beslutade oss därför för att göra en stickprovsundersökning.

En stickprovsundersökning är fördelaktig när slutsatser ska kunna dras om en hel population genom att undersöka en liten del av den totala populationen. Detta går bara att göra om urvalet sker slumpmässigt; d.v.s. genom ett *sannolikhetsurval* (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 63ff). För att kunna genomföra en stickprovsundersökning behövde vi först klargöra den totala populationen i vår undersökning. Eftersom vi ville undersöka grundskolebarn som varit aktuella i en utredning för ADHD valde vi att definiera vår population på följande vis: alla sveriges grundskolebarn som varit aktuella i en NPF-utredning vilken grundar sig i misstanke om ADHD. Antalet grundskolebarn i Sverige är 1 106 077 barn (Skolverket 2021a). Antalet barn med ADHD-diagnos i Sverige beräknas ligga mellan 5-7% (Socialstyrelsen 2019, s. 11). Det finns ingen statistik på antalet NPF-utredningar med misstanke om ADHD som grund. Istället görs antagandet att majoriteten av de utredningar som görs resulterar i en diagnos vilket gör att studiens population rör sig om runt 66 400 barn (drygt 6% av 1 106 077).

Att bestämma storleken på stickprovet är en avvägning mellan hur säkert resultat man eftersträvar, och det arbete man har möjlighet att lägga på att nå ut till urvalet (exempelvis genom en enkätundersökning). Stickprovets storlek behöver inte motsvara storleken på populationen, och att ha ett urval på 1000 personer jämfört med 900 ökar inte studiens säkerhet nämnvärt (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 69). Med tanke på att tidsramen för vår studie är ytterst begränsad kom vi fram till att sträva efter ett urval på runt 500 individer. Detta för att få ett någorlunda representativt resultat även om vi får ett högt bortfall.

Utöver att bestämma stickprovets storlek, diskuterade vi vem som skulle kunna bistå med den information som vi behövde för att utföra vår studie. Av forskningsetiska skäl bör man undvika att nå ut direkt till en utsatt grupp, speciellt med tanke på att studiens nivå ligger på kandidatnivå. Detta exkluderade alternativet att skicka enkäten till privatpersoner. Då tidigare forskning inom området indikerar att symptom på ADHD ofta uppmärksammas via skola eller familj drog vi slutsatsen att någon i skolans elevhälsoteam skulle vara ett bra alternativ. För att få ytterligare kunskap inom skolans inblandning i utredningsprocessen tog vi kontakt med två

skolkuratorer för att få information om hur de arbetade när misstanke om ADHD uppstod. Dessa kuratorer bekräftade att misstankar om ADHD kan gå via skolkurator, från föräldrar eller lärare på skolan, som sedan tar det vidare till möte med övrig personal i elevhälsoteamet. Av den anledningen kan skolkuratorer ha information om vem som initierat processen. En fördel med att kontakta skolor för att få information om vem som initierat utredningar är att man kan få information om flera individer från en enda person.

För att få en geografiskt utspridd urvalsgrupp över hela Sverige genomförde vi ett tvåstegsurval, där vi först genom ett obundet slumpmässigt urval, med hjälp av en slumpgenerator, först slumpat fram 15 av Sveriges 290 kommuner, vilka vi ämnade genomföra enkätundersökningen i. Ett obundet slumpmässigt urval innebär att alla inom urvalsramen, det vill säga alla kommuner, har lika stor chans att bli utvalda. Stickprovet blir med denna metod så representativt som möjligt (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 64f.). När kommunerna slumpats fram, slumpade vi, på likartat sätt, fram tre skolor i varje kommun. Metoden som användes för att få fram skolorna var ett oproportionerligt stratifierat urval. Vi gjorde valet att välja ut tre skolor per kommun av anledningen att alla kommuner skulle ha lika stor representativitet oavsett storlek eller antal skolor. Det kan dock argumenteras för att en jämn representativitet också kan innebära en oproportionerlig urvalsgrupp, eftersom mindre kommuner får en större andel av den totala populationen i kommunen. Om vi istället kontaktat samtliga skolor i kommunerna hade urvalsgruppen blivit för stor och ohanterbar (vissa av kommunerna hade över 30 skolor). Genom att välja färre skolor, och fler kommuner, strävade vi istället efter att få en geografisk utspriddhet snarare än få kommuner och många skolor.

Vi skickade ut vår enkät till samtliga kuratorer på de 45 olika skolorna där de fick möjlighet att besvara tre frågor om maximalt tio elever rörande ålder, kön och initiator. Efter att vi tagit emot svar från 10 av dessa 45 skolkuratorer upptäckte vi att endast en av dessa hade besvarat samtliga frågor. Hade vi fått göra om denna studie tror vi att vi med större sannolikhet hade fått information om fler elever om vi istället kontaktat fler kuratorer och efterfrågat information om färre elever.

En metod vi kunde använt oss av för att undvika att genomföra ett tvåstegsurval hade varit om vi, istället för att i första hand slumpa fram kommuner för att sedan slumpa fram skolor, tagit fram en lista på samtliga kommunala och privata grundskolor i hela Sverige. Från den listan hade vi sedan kunnat slumpat fram de skolor som vi sedan skulle kontakta. Det finns cirka 4748 skolor i Sverige, och för att kunna genomföra ett slumpmässigt urval hade vi behövt en



sammanställd lista med samtliga skolor att exportera till Excel. Bristen på sådan lista, och med tanke på tiden det tagit att sammanställa den manuellt, gjorde att vi istället valde att genomföra ett tvåstegsurval.

## 4.8 Materialbearbetning, resultat och analys

För att koda in våra svar i SPSS fyllde vi i svaren från samtliga besvarade enkäter som våra respondenter skickade in till oss. Vi var här tvungna att skriva in alla svar manuellt för varje enskild elev i programmet. Detta eftersom enbart en av våra respondenter besvarat samtliga 30 frågor som enkäten bestod av. Efter att vi kodat in våra svar använde vi oss först av en frekvenstabell för att visa hur stor andel av eleverna som var pojkar respektive flickor eller hade annat kön i både antal och procent. Därefter använde vi oss av stapeldiagram för att visa fördelningen på pojkar respektive flickor över de olika åldrar som angivits för dem. För att undersöka hur stor andel av utredningarna som initierats av respektive initiator använde vi oss inledningsvis av en frekvenstabell som tydligt visade att förälder/vårdnadshavare och skola tillsammans stod för 92 % (58% respektive 34%) av initieringarna. Socialtjänst och annan sjukvårdsinstans stod för 3% av initieringarna vardera och 2% av initieringarna gjordes av eleverna, vi illustrerade även denna fördelning med hjälp av ett cirkeldiagram.

När vi skulle undersöka förhållandet mellan initiator och ålder gjorde vi en bivariat analys där vi använde oss av ett *lådagram* (box plot) där förälder/vårdnadshavare och skola fanns med som initiatorer, därefter undersökte vi samma förhållande med hjälp av en korstabell och ett histogram. I vår sambandsanalys valde vi att övriga instanser (socialtjänst, annan vårdinstans, samt eleven själv) skulle räknas in i gruppen *bortfall* eftersom de inte skulle tillföra något värde till analysen. Medelvärde, standardavvikelse och medelvärde för standardavvikelse presenterades också med hjälp av ett diagram där enbart förälder/vårdnadshavare undersökts som initiatorer i förhållande till elevernas ålder vid initieringstillfällena. För att mäta signifikansen av förhållandet mellan variablerna initiator och kön använde vi oss av ett T-test som vi presenterat med hjälp av en tabell. Slutligen undersökte vi distributionen med samtliga möjliga initiatorer med hjälp av ett stapeldiagram där samtliga fem initiatorer fanns med. Detta för att få en bild av hur samtliga initiatorer fördelades över åldrarna.

För att undersöka förhållandet mellan kön och initiator genomförde vi en bivariat analys med hjälp av en 2x2 korstabell där variabeln kön representerades av pojkar respektive flickor och variabeln initiator representerades av förälder/vårdnadshavare respektive skola. Detta

förhållande undersöktes även med hjälp av ett tredimensionellt cirkeldiagram. För att undersöka signifikansen för förhållandet mellan variablerna utförde vi ett chi-två-test. Även här valde vi att behandla övriga initiatörer som bortfall, av samma anledning som den nämnd ovan. Vi valde dessutom att behandla gruppen *annan könsidentitet* som bortfall i analysen, dels för att vi inte vet anledningen till att respondenten valt att kryssa i rutan (om det var för att värna om sekretess, eller om eleven faktiskt identifierar sig som en annan könsidentitet), dels för att det låga antalet (2 st) inte skulle kunna gå att analysera.

Anledningen till varför vi främst valt att använda oss av stapel- och cirkeldiagram samt tabeller för att visa resultaten av vårt insamlade datamaterial är för att vi anser dem vara lätta att tolka. Enligt Bryman (2018, s. 323) tillhör användandet av diagram den vanligaste metoden för att beskriva kvantitativa data då diagram anses vara förhållandevis lätt att förstå, därför har vi valt att främst använda oss av diagram för att presentera vårt insamlade datamaterial.

## 4.9 Respondenter och bortfall

Vi skickade ut enkäten till 45 skolor. Av dessa skickade vi ut enkäten till 43 skolkuratorer, samt en skolsköterska och en skolpsykolog (av anledningen att dessa två skolor inte hade någon aktiv skolkurator på skolan). Av de 45 mail som skickades ut mottogs 10 svar. Det innebär att enkäten hade en svarsfrekvens på 22%. Ytterligare 2 svarsförsök gjordes efter det att vi stängt enkäten, och därmed räknas även dessa in i bortfallsgruppen på 78%.

Enkäten var öppen mellan 2022-04-11 och 2022-04-29, sammantaget i tre veckor. Enkätens första mailutskick skickades ut 2022-04-11. Den första veckan inkom enbart ett mailsvar. Andra veckan (2022-04-19) skickade vi ut en påminnelse om att delta i enkäten, varpå vi gjorde ett försök att ringa runt till samtliga respondenter som ännu inte svarat. Vi fick genom detta tillvägagångssätt tag på ett fåtal personer, och samlade in fyra ytterligare svar. Ett sista försök att samla in svar gjordes under enkätens sista vecka (2022-02-28), då vi ringde runt en sista gång till de som inte besvarat enkäten och som vi inte fått tag på vid föregående uppringningsförsök. Detta resulterade i ytterligare 5 svar.

Det höga bortfallet i vår undersökning påverkar undersökningens representativitet. Det stickprov som vi tagit fram med hjälp av slump kan således inte längre anses vara slumpmässigt, i och med att majoriteten av individerna av olika skäl valt att inte delta i undersökningen

(Barmark & Djurfeldt 2020, s. 74). I vår studie anser vi att bortfallet dock skett mer eller mindre slumpmässigt i förhållande till den information som samlats in. Detta, eftersom den information vi efterfrågar inte grundar sig i mottagarens attityd eller ställningstagande, utan på rena fakta som är svåra att snedvrída. Vi tror således att det resultat vi samlat in kan användas för att visa på indikationer och mönster, likt ett stickprov. Däremot innebär undersökningens höga bortfall att studiens geografiska utbredning inte blir lika spridd, eftersom individerna i högre grad kommer från samma skolor.

#### 4.9.1 Externt bortfall

Med externt bortfall menas de respondenter som helt faller bort ur undersökningen, genom att man antingen inte får tag på dem eller att de inte svarar. Faktorer som påverkar mottagarens motivation att svara kan vara mottagarens intresse av, eller kunskap om, det ämne enkäten behandlar (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 73f.). Vi har valt att skicka ut vår enkät till skolkuratorer, alltså de personer som arbetar på skolan som har en utbildning som motsvarar vår egen. Det faktum att majoriteten av respondenterna i vår enkät själva har genomgått samma utbildning, tror vi kan öka svarsfrekvensen då det förhoppningsvis finns ett intresse att bidra med kunskap.

För att säkerställa att skolkuratorer har möjlighet att bistå med den information vi ville samla in, stämde vi av med två skolkuratorer innan vi påbörjade enkätens utformning. Något som dock ställer till det för oss är att skolkuratorers tjänster kan se väldigt olika ut i olika kommuner och på olika skolor. Detta beror på att skolkurator är en tjänst som saknar en tydlig yrkesdefinition, med otydlig lagstiftning och brist på riktlinjer (Backlund 2007, s. 240). Av de skolor vi kontaktade fanns det ett lågt antal skolor som helt saknade skolkurator, och istället hänvisade till skolsystemen eller specialpedagogerna. Ett fåtal skolkuratorer besvarade vårt utskick med att de inte hade kunskapen vi efterfrågade, och därför inte kunde delta i vår undersökning.

Det är med andra ord rimligt att anta att en del av bortfallet beror på att en del av mottagargruppen saknade kunskap om ämnet. Om vi å andra sidan hade valt att kontakta en annan yrkesgrupp istället för skolkuratorer hade bortfallet ändå kunnat påverkas negativt, på grund av liknande problematik i uppdelning av arbetsuppgifter inom skolan. Att vända sig direkt till BUP istället för skolan hade också varit problematiskt, då de inte har samma insyn i

initieringsprocessen, eftersom de antingen mottar en remiss från skolan, eller kontaktas av föräldrar, och därmed kommer in som ett andra steg efter att misstankar om ADHD uppkommit. För att minska risken för bortfall hade vi kunnat kontakta rektorerna på respektive skola för att få information och kontaktuppgifter till den person på skolan som är ansvarig för att bistå med hjälp när barn utreds för NPF-diagnoser. Detta hade dock tagit mycket tid, och blivit ytterligare kontaktförsök som skulle kunna leda till diverse bortfall.

Bryman (2018) skriver att svarsfrekvensen ökar om man skickar åtminstone två påminnelser, samt om enkäten som ska besvaras finns direkt i mailet (Bryman 2018, s. 241f.). Detta är något vi märkte av, då våra svar ökade markant efter att vi skickat ut en påminnelse följt av ett telefonsamtal. Tyvärr hade vi inte möjlighet att lägga enkäten direkt i mailet som vi skickade ut, utan enkäten nåddes istället via en länk i mailet, något som kan ha påverkat svarsfrekvensen negativt. Ytterligare något som kan ha ökat det externa bortfallet är timingen då enkäten skickades ut, då de två första veckorna var påsklovsveckor på skolor runtom i Sverige. Många av skolkuratorerna vi försökte kontakta var därför lediga, och uttryckte sedan att de inte hade tid att besvara enkäten när de kom tillbaka till skolan.

#### 4.9.2 Internt bortfall

Internt bortfall innebär när information saknas på en eller flera variabler inne i enkäten, det vill säga att alla frågor inte blivit ifyllda (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 74). Vår enkät bestod av totalt 30 frågor fördelat på 10 barn. Det innebär att vi hade tre frågor per barn; vem som var initiator till utredningens påbörjan, vilken ålder barnet var vid utredningens påbörjan, samt vilken ålder barnet hade. När vi fått in svaren såg vi dock att endast ett fåtal skolkuratorer fyllt i samtliga 30 frågor, och att merparten av enkäter hade ett färre antal barn per enkät. Vi tror att detta kan bero på att vissa skolkuratorer enbart fyllde i de senaste utredningarna som de hade färskt i minnet, eller att vissa kuratorer kanske inte arbetat länge nog på skolan för att ha information om så många barn. I efterhand tror vi att det hade varit fördelaktigt att ha ett mindre antal barn per enkät, och istället skickat ut enkäten till fler kommuner och skolor.

Övrigt internt bortfall bestod bara av en ruta där ålder missats att fyllas i av respondenten.

## 4.10 Validitet/Reliabilitet

Reliabilitet handlar i huvudsak om en studies pålitlighet, det vill säga hur sannolikt det är att uppnå samma resultat vid ett upprepat genomförande av studien vid ett senare tillfälle (Bryman 2018, s. 207). Eftersom skolan över tid ändrar sina pedagogiska metoder, samt sättet att hantera svårigheter som uppkommer då elever med neuropsykiatriska funktionshinder uppmärksammas, anser vi att reliabiliteten för denna studie påverkas av både svarsfrekvens och tid. Om svarsfrekvensen i vår studie varit högre, hade detta ökat reliabiliteten på kort sikt. På lång sikt hoppas vi på att denna studies uppmätta resultat ser annorlunda ut, då vår förhoppning är att problemen som vår studie undersöker kommer hanteras på ett bättre sätt, något som skulle kunna innebära mindre svårigheter för samtliga berörda parter. Dessa svårigheter som kan antas finnas i dagsläget är bland annat lärares svårigheter med att bedriva undervisning, elevers svårigheter med att prestera akademiskt och föräldrars svårigheter med att tillgodose sina barns behov. Historiskt sett har synen på diagnosen förändrats mycket trots att den bara funnits i fyra decennier (Hansen 2019, s.16), därför är det högst sannolikt att synen på ADHD-diagnosen kommer fortsätta förändras även framöver. Andelen barn som diagnostiserats med ADHD har under en tioårsperiod ökat med 400% för flickor respektive 700% för pojkar (Hansen 2019, s. 156).

Reliabiliteten av en studie avgörs även till stor del av hur stor andel av populationen som ingår i studien samt hur representativ denna grupp är för den större populationen som studien ämnar undersöka. I vår undersökning har vi försökt nå ut till skolor över hela landet och på så sätt har vi alla grundskolebarn som utretts för ADHD som population. Den låga svarsfrekvensen på 14,89 % kan dock antas påverka reliabiliteten negativt då andelen av den undersökta populationen blir mindre och därför inte representerar den lika väl. Med tanke på att vår studie genomförts med en urvalsmetod som sker i två steg gör det att våra beräkningar blir något mindre tillförlitliga (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 73).

Validitet är ett begrepp som används för att beskriva i hur stor grad en studie mäter det den avser att mäta (Bryman 2018, s. 209). En studie som exempelvis syftar till att mäta hur mycket skräpmat studenter förtär som består av hur frekvent studenter besöker Burger King restauranger kan antas ha låg validitet då det finns många andra snabbmatskedjor som studenter kan besöka som serverar lika ohälsosam kost. En studie som däremot skulle kunna påstås ha högre validitet är en enkätstudie som har som syfte att undersöka studenters fysiska hälsa där

studenterna får besvara hur många gånger i veckan de är fysiskt aktiva. Då vår enkätundersökning som vi samlat in vårt empiriska material med hjälp utav består av frågor som berör det vi har som syfte att undersöka anser vi att validiteten för vår studie är relativt hög. Något som skulle kunna öka validiteten på ett sätt som speglar verkligheten i högre grad hade varit att nå ut till fler olika typer av möjliga initiatörer. Vi hade exempelvis kunnat skicka ut enkäten till både skolor, psykologer på BUP, samt vårdnadshavare till barn som utretts, där urvalsgruppen skapats utifrån barn som blir utredda. På så sätt hade vi haft möjlighet att samla in data från olika subjektiva vinklar för att bättre kunna skapa ett objektiva resultat. Med tanke på att denna uppsats sker på kandidatnivå, med begränsade resurser och tid anser vi dock att detta inte varit möjligt att genomföra i vårt fall.

# 5 Resultat

## 5.1 Antal grundskolebarn

Utifrån bästa möjliga datainsamling om 450 grundskoleelever nådde vi 67 stycken, vilket innebär en bortfallsfrekvens på 85%. Grundskoleeleverna fördelades enligt följande tabell:

Tabell 2 - Antal elever som medverkat i studien fördelat på kön (n=67).

Vilket kön har eleven?		
Kön	Antal	Procent
Pojke	39	58%
Flicka	26	39%
Annan könsidentitet	2	3%
Totalt	67	100%

Av tabellen går att utläsa att antalet pojkar som undersökningen innefattar är 39 stycken, och antalet flickor 26 stycken. Hur de olika könsgrupperna (med undantaget *annan könsidentitet*) fördelas på ålder tydliggörs i diagram 1 och 2:

Diagram 1 - Stapeldiagram som visar antal flickor i studien fördelat på ålder (n=26)

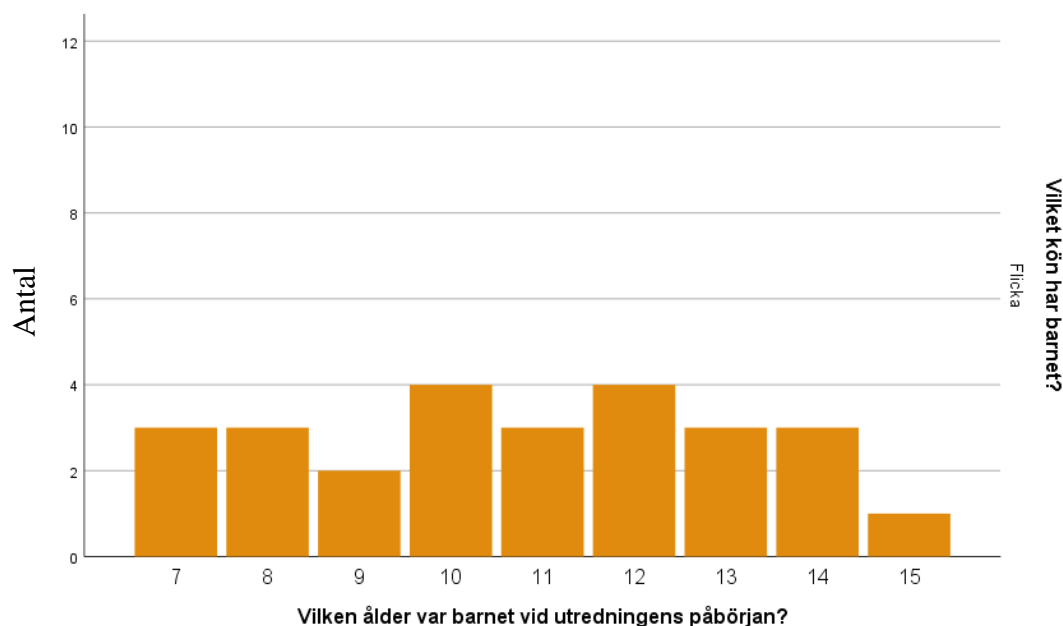
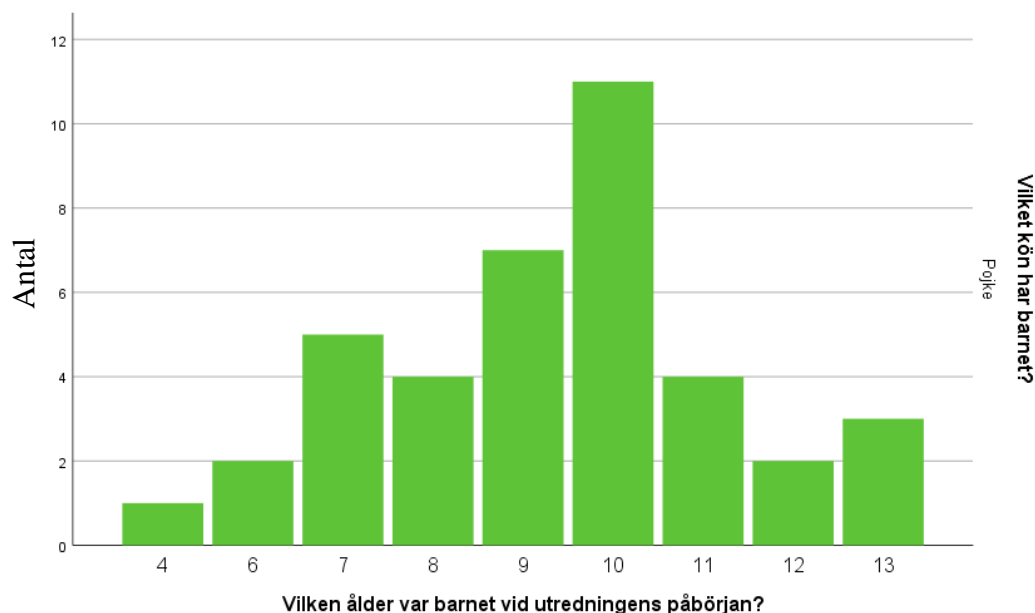


Diagram 2 - Stapeldiagram som visar antal pojkar i studien fördelat på ålder (n=39)



Den tidigaste åldern vid påbörjad process för utredning var 4 år, och den senaste 15 år. Om man jämför pojkar och flickor kan man se en förskjutning i ålder för påbörjad utredning, där pojkarna utreds i tidigare ålder i högre grad än flickorna. Flickornas utredningar är mer jämnt fördelade på de olika åldrarna, medan majoriteten av pojkarna utreds vid 9-10 årsåldern eller tidigare.

## 5.2 Vem initierar processen att inleda en ADHD-utredning

Total insamlad data om vilka som initierat processen att inleda en ADHD-utredning uppkom i 67 stycken. Hur den totala distributionen ser ut kommer här att redovisas med hjälp av en frekvenstabell, samt ett cirkeldiagram för att få en tydlig överblick över hur fördelningen ser ut.

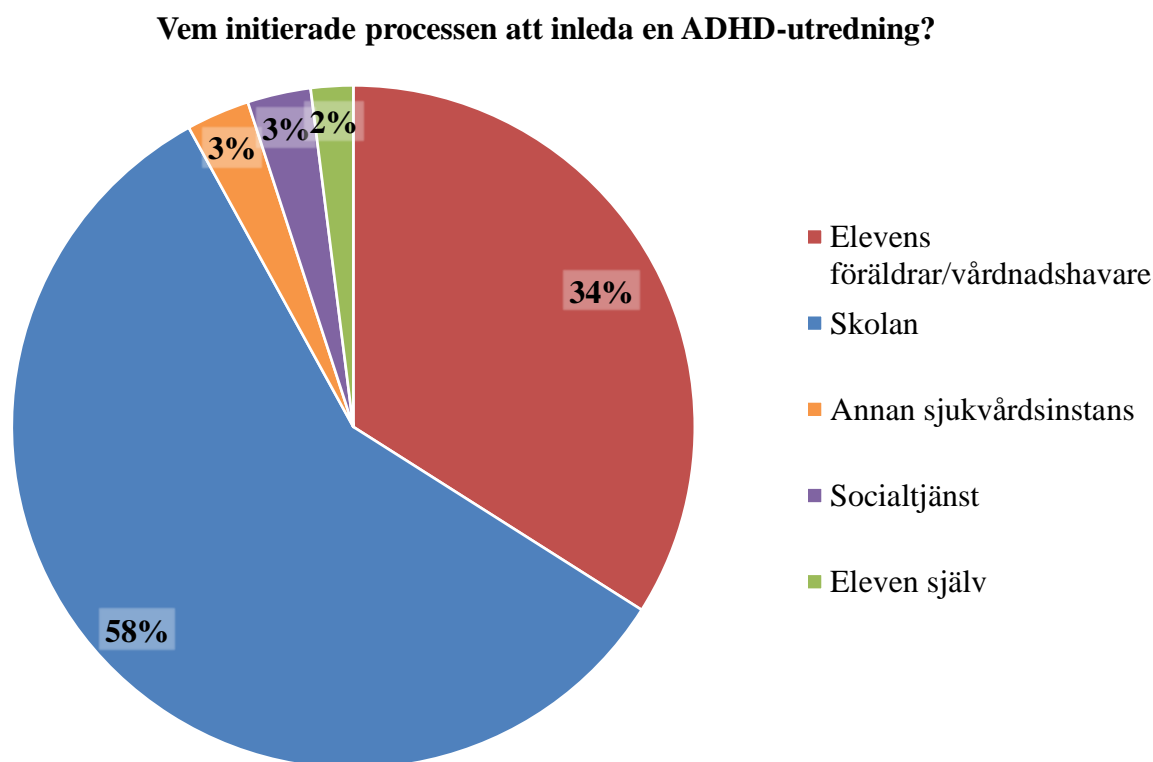


Tabell 3 - En frekvenstabell som visar hur stor andel av eleverna som de olika initiatorerna inlett utredningar åt. (n=67)

Initiator	Antal	Procent	Kumulativ Procent
Elevens föräldrar/vårdnadshavare	23	34%	34%
Skolan	39	58%	93%
Annan sjukvårdsinstans	2	3%	96%
Socialtjänst	2	3%	99%
Eleven själv	1	2%	100%
<b>Totalt</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>	

Enligt frekvenstabellen ovan går det att utläsa att majoriteten av de ADHD-utredningar som inleds på barn i skolåldern initieras av skolan: 39 stycken initieringar, vilket utgör 58%. Drygt en tredjedel initieras av barns föräldrar eller vårdnadshavare: 23 stycken, vilket utgör 34%. Enbart en liten del av utredningarna initieras av annan sjukvårdsinstans, socialtjänst eller eleven själv. Fördelningen kan visualiseras i följande diagram:

Diagram 3 - Ett cirkeldiagram som visar hur det totala antalet initiatorer fördelas (n=67).



## 5.3 Initiator kopplat till ålder

Under denna rubrik kommer sambandet mellan de olika initiatorerna undersökas i relation till de olika åldrarna som elevernas utredningsprocesser påbörjats. Denna form av analys som undersöker två variabler samtidigt i syfte att hitta samband dem emellan kallas bivariat analys (Bryman 2018, s. 326). Detta samband har vi försökt visa med hjälp av ett lådagram. I vår sambandsanalys har vi valt att enbart använda oss av variablerna elevens vårdnadshavare och skola på grund av att övriga initiatörer är för låga i antal för att kunna utföra en analys på. För att visa på hur initiatorerna distribueras över elevernas olika åldrar använder vi oss av en korstabell, samt ett stapeldiagram för att göra det så lättbegripligt som möjligt.

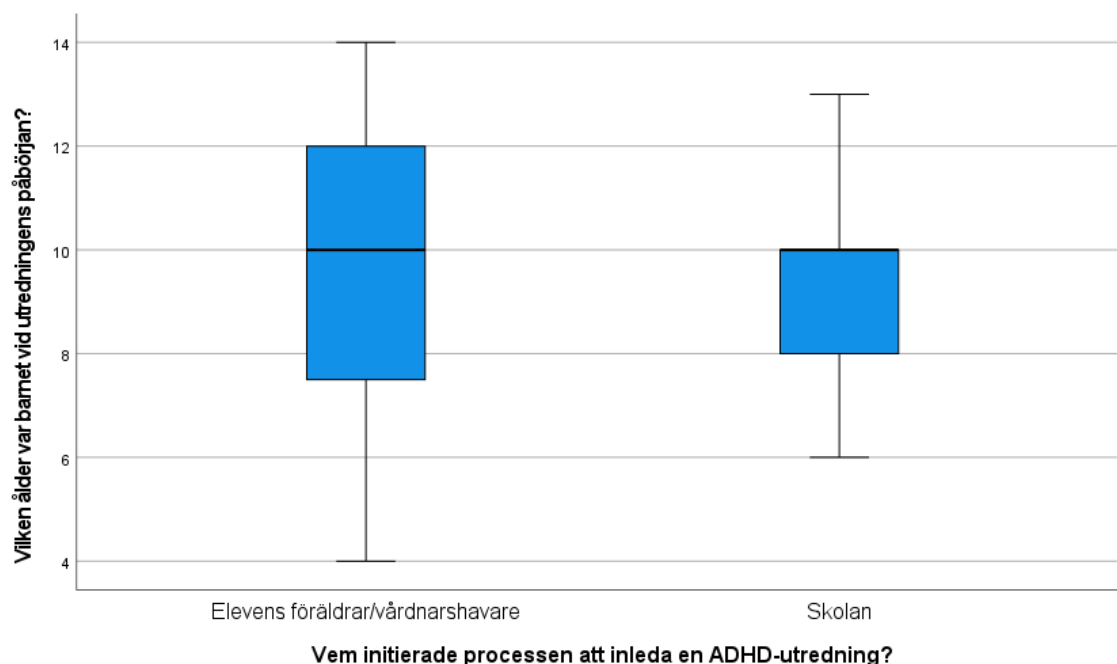
*Tabell 4 - Korstabell med variablerna initiator och ålder där medelvärde, standardavvikelse samt medelvärde för standardavvikelse angivits (n=61)*

<b>Gruppsammanställning: Vilken ålder var eleven vid utredningens påbörjan?</b>				
<b>Initiator</b>	<b>Antal</b>	<b>Medelvärde</b>	<b>Standard- avvikelse</b>	<b>Medelvärde för standard- avvikelse</b>
Elevens föräldrar/vårdnadshavare	23	9,74	2,71	0,57
Skolan	38	9,61	1,94	0,32

Av tabellen ovan framgår att medelåldern för de elever som skolan initierar utredningar för är 9,61 år vilket blir 10 år om det avrundas till ett heltal. Det framgår även att medelåldern för de elever som föräldrar/vårdnadshavare initierar utredningar för är 9,74 år som också är 10 år om det avrundas till ett heltal. Utifrån studiens resultat sker den genomsnittliga ADHD-utredningen som inleds på barn i grundskolåldern vid 10 års ålder.

Medelvärdesanalysen kan visualiseras genom diagrammet på följande sida:

Diagram 4 – Ett lådagram som visar sambandet mellan variablerna ålder och initiator (n=61)



För att ta reda på om det finns ett statistiskt samband mellan variablerna ålder och initiator använde vi oss av ett T-test som visade att värdet för tvåsidig signifikans är 0,84. Detta är ett högre värde än signifikansvärdet 0,05. Detta innebär att det inte finns ett statistiskt signifikant samband mellan variablerna indikator och ålder. Vi kommer alltså inte kunna dra några generaliserbara slutsatser baserat på detta resultat.

Fördelningen av initieringar i förhållande till ålder är i detta fall likt en normalfördelningskurva där förekomsten är högst i mitten och lägst i ytterligheterna, alltså att medianvärdet (Bryman 2018, s. 324) utgör det högsta värdet, I vårt fall utgör medianvärdet även modal-/typvärdet. Avkorstabellerna och lådagrammet ovan syns det tydligt att barn oftast blir utredda för ADHD vid 10 års ålder, samt att skolan oftast initierar utredningarna på barn i denna ålder.

För att tydliggöra hur stor del av initieringarna som utförs innan en viss ålder gjorde vi en tabell med en kumulativ procentskala. Detta hjälper oss att se hur fördelningen ser ut i förhållande till medelvädet, vilken i vår studie ligger på knappt tio år.

Tabellen visas på följande sida.

Tabell 5 - En korstabell som visar hur initieringarna fördelats mellan initiator och ålder vid utredningens påbörjan, i kumulativ procent (n=61)

	Ålder	Skolan		Föräldrar/ vårdnadshavare	
		Antal	Kumulativ procent	Antal	Kumulativ procent
	4			1	4%
	6	1	2,63%	2	13%
	7	5	15,79%	3	26%
<b>Vilken ålder var eleven vid utredningens början?</b>	8	6	31,58%	1	30%
	9	5	44,74%	4	48%
	10	12	76,32%	1	52%
	11	2	81,58%	4	70%
	12	2	86,84%	4	87%
	13	5	100,00%	1	91%
	14			2	100%
<b>Totalt</b>		<b>38</b>		<b>23</b>	

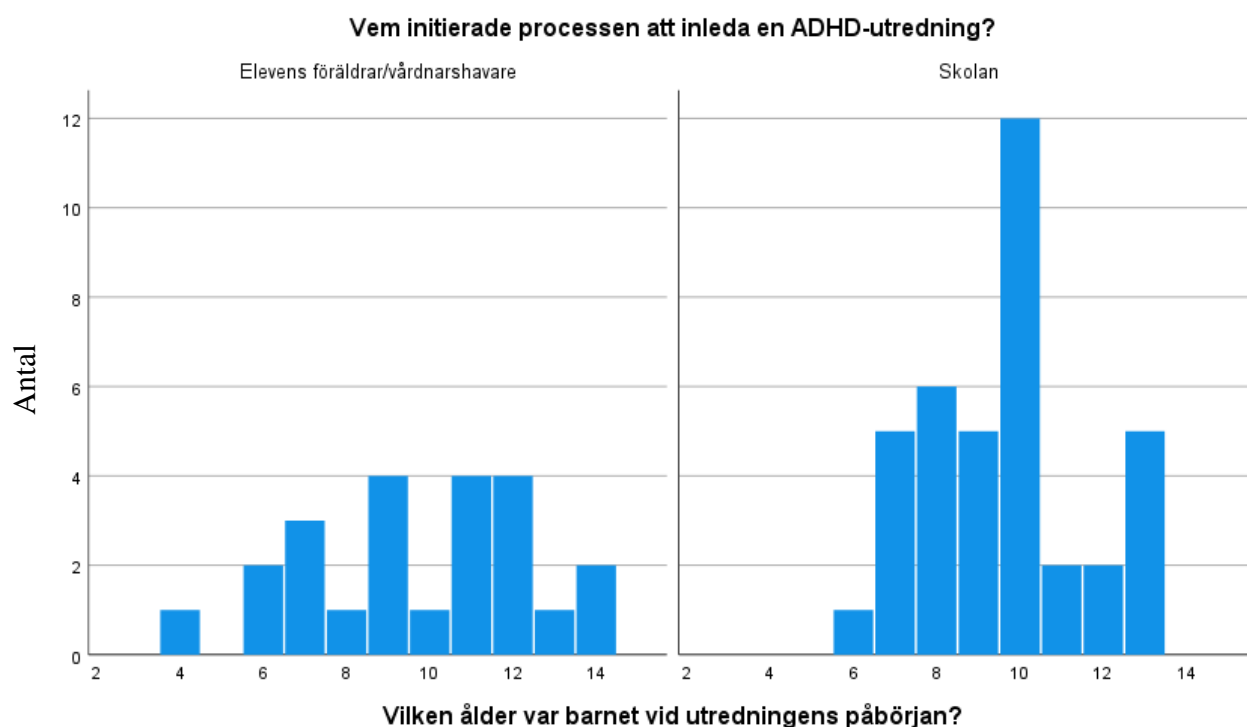
Av denna tabell går att utläsa att andelen utredningar som inleds av föräldrar är relativt jämt fördelad. Detta eftersom ungefär lika många utredningar initieras efter det att eleven fyllt tio år som efter. Skolans höga antal initieringar vid just 10 års ålder gör att den kumulativa procenten blir väldigt hög vid när eleverna nått tio års ålder. Men även bortsett från den toppen, kan man se att majoriteten av skolans initieringar skett i låg och mellanstadiet.

Spridningsmättet för barnens olika åldrar får vi genom att subtrahera den högsta angivna åldern med den lägsta, vilket i vårt fall blir 11 år ( $15 - 4 = 11$ ) (Bryman 2018, s. 325). Då åldern för ett av barnen inte angivits av en respondent har denna elev inte representerats i de diagram och tabeller där ålder funnits med som variabel.

Medelvärde (ibid.) på åldern för barn vars ålder registrerats i vår studie är 8,85 år avrundat till två decimaler och detta värde går att räkna ut genom att addera samtliga registrerade åldrar som först multipliceras med antalet barn vid angiven åldern dividerat med antalet barn som deltagit i studien.

För att se hur de olika initiatorerna fördelades över de olika åldrarna använde vi oss av ett histogram.

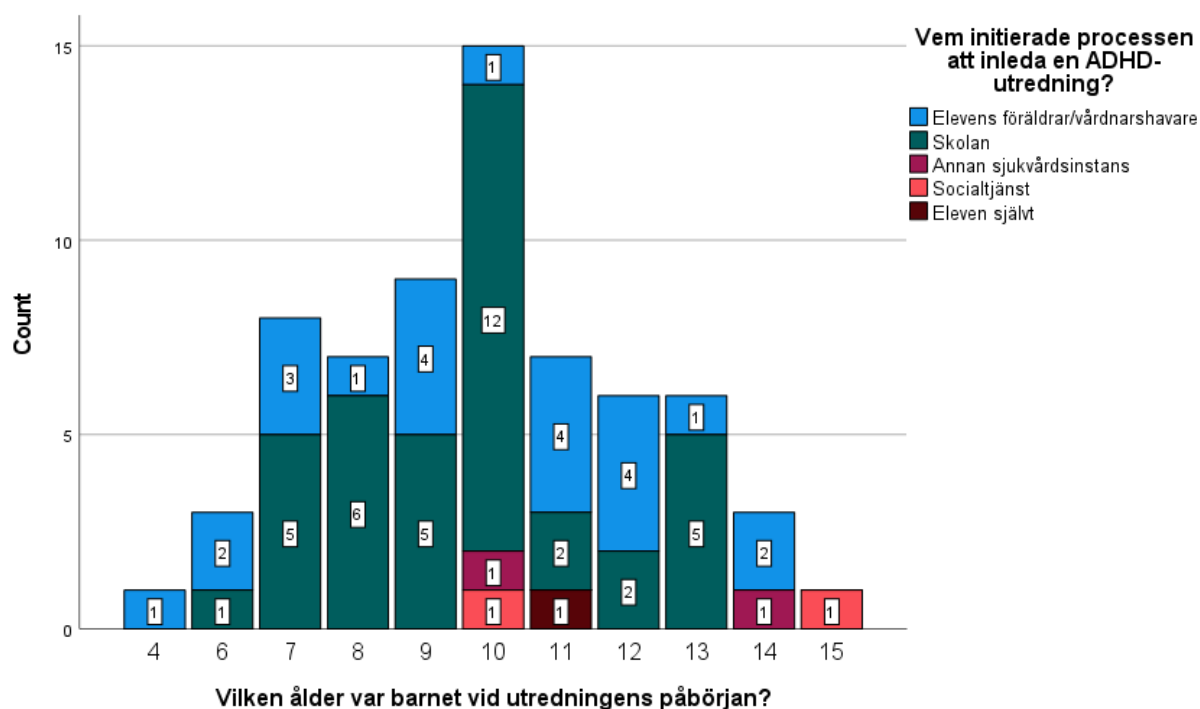
Diagram 5 – Ett histogram som visar förhållandet mellan initiator och ålder för respektive initiator (n=61)



Av histogrammet här kan vi utläsa att trots att medelåldern på eleverna är likvärdig både hos skola och föräldrar så skiljer sig mönstret på hur initieringarna fördelas mellan de olika initiatorerna. De initieringar som görs av vårdnadshavarna är mer jämt utspridda över hela grundskolan. Om man däremot tittar på skolans initieringar syns det tydliga toppar vid skolans start, samt tio- respektive trettonårsåldern. En utmärkande topp då skolan genomfört extra många initieringar är när eleverna är 10 år.

Slutligen vill vi visa hur distributionen såg ut när samtliga initiatorer inkluderas, det vill säga även de initiatorer som räknades som bortfall i vår bivariata analys.

Diagram 6 - Ett stapeldiagram som visar hur samtliga initiatörer distribueras över de olika åldrarna (n=66).



I stapeldiagrammet ovan syns att övriga initiatörer inte initierat någon utredning på elever under tio år. På grund av det låga antalet kan vi dock inte göra någon djupare analys av resultatet.

## 5.4 Initiator kopplat till kön

Något som vi särskilt intresserat oss för i denna studie är att finna samband mellan kön och ADHD då det anses finnas ett vedertaget samband mellan pojkar och flickor där frekvensen av diagnosens förekomst påstås vara dubbelt så hög bland pojkar jämfört med förekomsten bland flickor. Enligt en studie som genomfördes 2016 för att undersöka detta samband låg andelen flickor med ADHD på 2,6 % medan andelen pojkar med diagnosen låg på 5,2% (Hansen 2019, s. 156).

En grupp barn som vi inte undersökt i lika hög utsträckning är de som varken identifierar sig som pojkar eller flickor. För denna grupp fick vi enbart in två svar av våra respondenter varav den ena saknar angiven ålder. Därav kommer vår studie inte kunna anses vara relevant för undersökningen av denna kategori barn och av denna anledning kan den tolkas som en del av

bortfallet för enkätundersökningen. Nedan analyser kommer därför enbart inkludera pojkar och flickor. Av liknande skäl har vi även här valt att enbart använda oss av vårdnadshavare och skola som initiatorer.

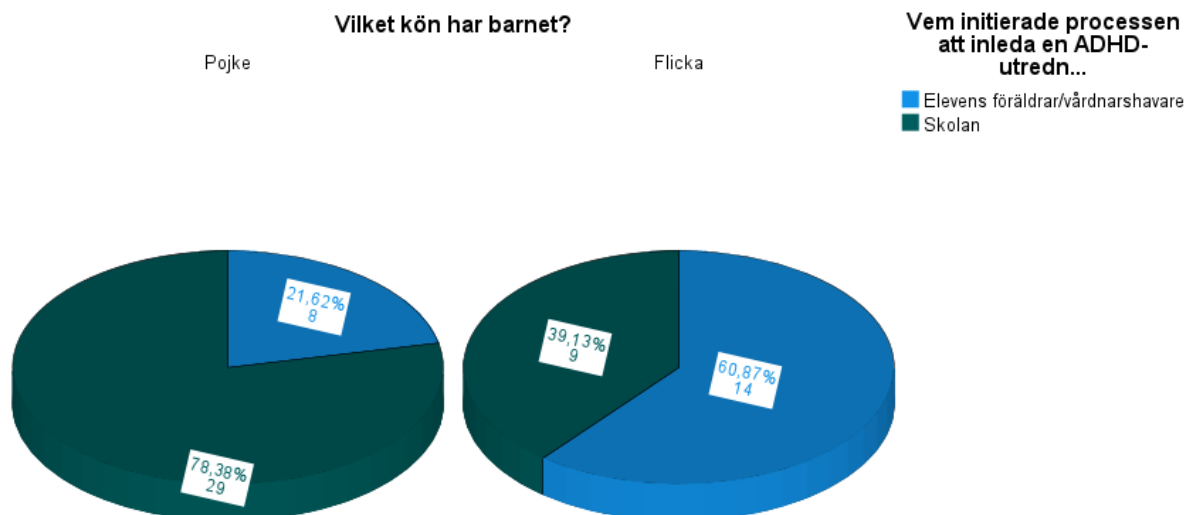
Tabell 6: Korstabell som visar relationen mellan kön och initiator (n=60)

			Initiator		Totalt
			Förälder/ vårdnadshavare	Skolan	
Kön	Flicka	Antal	14	9	23
		%	64%	24%	38%
	Pojke	Antal	8	29	37
		%	36%	76%	62%
Totalt	Antal	22	38	60	
	%	100%	100%	100%	

### Signifikans (Tvåsidig p) <,005

Av tabellen ovan går det att se att pojkar är överrepresenterade bland barn som utreds för ADHD. Något som också syns tydligt är att pojkar står för 76% av skolans initieringar (jämfört med flickor som uppkommer till 24%). Samtidigt initierar föräldrar eller vårdnadshavare utredningar för flickor i högre grad, 64% jämfört med 36% för pojkar. Detta bekräftar den hypotes vi hade innan undersökningens utförande rörande denna fråga: att föräldrar initierar utredningar på flickor i högre grad än pojkar. För att tydliggöra fördelningen mellan de olika könen har vi även valt att visualisera fördelningen med följande diagram:

Diagram 7 - Ett cirkeldiagram som visar förhållandet mellan variablerna kön och initiator i procentandel (n=60).



För att kontrollera om det fanns något signifikant samband mellan variablerna initiator och kön använde vi oss av Fisher's Exact Test. Enligt Fisher's Exact Test, som kördes i Chi-två-test i SPSS, kunde vi utläsa att p-värdet är 0,005, vilket är under gränsvärdet 0,05. Det innebär att det finns ett signifikant samband mellan variablerna kön och initiator, och därmed kan vi förkasta nollhypotesen (Bryman 2018, s. 336). Om p-värdet (p står för sannolikhet) är högre än gränsvärdet måste nollhypotesen accepteras och det innebär att det inte kan antas finnas ett statistiskt samband (Bryman 2018, s. 334). Att p-värdet i detta fall är 0,005 betyder att risken för att det inte skulle finnas något statistiskt samband mellan variablerna kön och initiator är 0,5%. Alltså kan vi tolka detta som att vi med 99,5% säkerhet påstå att det finns ett statistiskt samband mellan variablerna.



## 6 Diskussion

I denna uppsats har vi ämnat undersöka vilka som vanligast initierar processen att starta en NPF-utredning på grundskolebarn när misstankar om ADHD uppkommer. Vi har även undersökt huruvida kön och ålder har något samband med vem som initierar processen. I denna del diskuteras det resultat som samlats in i förhållande till tidigare kunskap, forskning och teori. Detta görs främst utifrån våra tre frågeställningar. Att en analys är statistiskt signifikant innebär att det finns ett tillräckligt starkt samband mellan dess variabler för att kunna tyda på en korrelation. Chi-två-test används för att fastslå om det finns ett samband mellan två olika fördelningar eller om de är signifikant skilda från varandra (Edling & Hedström 2003), vi har använt oss av denna metod i våra bivariata analyser för att se om vi kunnat fastställa statistiskt signifikanta samband mellan de variabler vi mätt som vi representerat illustrativt med tabeller. Då vi enbart undersökt sambandet mellan initiatorerna förälder/vårdnadshavare och skola i relation till barn med könen pojke och flicka har 8 % av initiatorerna räknats som bortfall vid denna jämförelse, samt elever med annan könsidentitet som utgör 3% av respondenterna.

Den teoretiska referensramen i vår uppsats grundar sig i utvecklingspsykologin. Eftersom utvecklingspsykologin har ett positivistiskt perspektiv på kunskap, påverkar detta hur vårt resultat kommer diskuteras. Om vi istället valt ett socialkonstruktivistiskt perspektiv hade detta med största sannolikhet påverkat vår uppsats diskussion, då den istället fokuserat på hur ADHD-konstrueras. I vår diskussion är istället upptäckandet av avvikande symtom hos individen i fokus, och ett allmänt antagande att diagnoser finns och är nödvändiga för att individen ska få hjälp. Vi ställer oss ödmjuka till att vårt resultat kan tolkas annorlunda ur andra teoretiska perspektiv.

### 6.1 Vem inleder oftast processen att starta en NPF-utredning när misstanke om ADHD uppkommer?

Resultatet indikerar att skolan, som stod för 58% av initieringarna, är den vanligaste initiatorn att inleda en utredning på grundskolebarn när misstanke om ADHD uppkommer. Detta resultat stämmer inte överens med vår hypotes, och inte heller Klefsjö et. al.'s (2020, s 302f.) studie där

vårdnadshavaren var den vanligaste initiatoren, följt av skolan. Klefsjö et. al. undersökte 100 barn i sin studie, medan vår studie undersökte 67 barn. Det är alltså rimligt att anta att andelen vårdnadshavare som initierar utredningar varit större om antalet svar i vår studie varit fler. Att skolan är överrepresenterad kan också bero på att anställda på skolan utgör vår respondentgrupp, och tolkningen av vad det innebär att initiera en utredning kan således ske subjektivt utifrån skolans perspektiv.

Att skolan skulle vara den instans som oftast upptäcker ADHD-symptom hos elever, och sedan initierar en process att starta utredning genom dialog med föräldrar är dock en möjlighet om man istället jämför vårt resultat med Hoang et. al.'s (2021, s. 1002f.) studie som indikerade att skolan uppmärksammar ADHD-symptom hos en större andel av eleverna än vad vårdnadshavarna gör. Enligt utvecklingspsykologin ligger fokus under skoltiden på hur barnet förhåller sig till auktoriteter, samspelar med sin omgivning, samt hanterar krav och regler (Broberg et.al. 2015, s. 59f.). Med denna teoretiska ram som utgångspunkt kan alltså antas att skolan utgör ett forum där avvikelser i utvecklingen kan synliggöras i stor grad. Skolan är en plats där högre krav ställs på eleverna. Dessutom observeras elevernas samspel med omgivningen, och elever som inte passar in synliggörs på ett annat sätt än vad de gör i hemmiljön. Således kan det vara så att lärare har lättare att uppmärksamma symptom hos elever som skulle kunna innebära att eleven uppfyller kriterier för ADHD, än vad barnets föräldrar har.

Studien av Moen, Hedelin & Hall-Lord (2015, s. 10f.) tar upp ADHD-diagnosens höga arvsgrad (76%), och att många barn med ADHD även har föräldrar med samma diagnos/beteendemönster. De menar vidare att det finns en ökad risk att föräldrar till barn med ADHD inte uppmärksammar symptom hos barnet i lika hög utsträckning som föräldrar utan ADHD. Detta kan vara ytterligare en förklaring till att skolan var den mest förekommande initiatoren i vår undersökning.

## 6.2 Finns det ett samband mellan initiator och ålder?

Enligt vår hypotes initierar föräldrar ADHD-utredningar i högre grad tidigare än övriga initiatorer. Att denna hypotes stämmer är inget vi kan styrka i vårt resultat, utan föräldrarna inleder ungefär lika många utredningar i den övre åldersgruppen som i den lägre. Istället är

skolan den instans som står för majoriteten av initieringarna redan i tidig ålder, och föräldrarna för en större andel först när eleverna är 11 år och uppåt. Att det inte finns något samband mellan initiator och ålder visas dessutom av vårt signifikanstest, som visar att den sambandsanalys vi gjort inte är statistiskt signifikant. Vi kan alltså förkasta vår hypotes om att andelen initieringar från vårdnadshavare är större i yngre åldrar.

Eftersom det inte går att hitta något samband mellan ålder och föräldrar som initiator är det svårt att analysera något mönster. Att föräldrarna står för en större andel initieringar bland de äldre eleverna kan bero på att eleverna själva kanske uttrycker oro i större grad, eller att de hamnar i problem utanför skoltid i takt med att deras självständighet ökar och de ska hitta sin egen identitet. Ur ett utvecklingspsykologiskt perspektiv handlar tonåren om att knyta an till människor utanför den närmsta familjen, samt att hitta sin egen identitet (Broberg et.al. 2015, s. 60). Med teorin som grund antar vi att ungdomar som har symptom på ADHD kan uppleva att denna anpassning kan vara svår. Det krävs att man tar större ansvar, och inte kan förlita sig på föräldrarna i lika stor grad. Symtom utöver de som handlar om skolprestation och rutiner, som till viss del kan kompenseras för med hjälp av stöd hemifrån, kan således bli mer synliga.

En intressant observation som kan göras utifrån vår insamlade data är hur antalet initieringar från skolan varierar i så stor grad mellan de olika åldrarna. Skolan står för den största andelen initieringar under elevernas första skolår, för att sedan drastiskt öka när eleverna är i tioårsåldern, och sedan återigen när eleverna är 13 år.

Den ojämna fördelningen i hur antalet initieringar som skolan initierar distribueras skulle kunna bero på flera olika faktorer. Intressant är dock att notera att antalet initieringar ökar markant i samband med att eleverna påbörjar sina studier i de olika skolstadierna: låg-, mellan-, samt högstadie. Skolan initierar också fler utredningar i samband med att nationella prov ägt rum, något som skulle kunna ha ett samband mellan skolans ansvar att bistå med extra anpassningar när bedömning att eleven inte kommer nå de kunskapskrav som minst ska uppnås (Skolverket, 2022).

Att samhällets utformning har en stor bidragande faktor till hur många som utreds för ADHD-diagnos är något som tar upp i dokumentären *Bokstavs barnen* av Uppdrag granskning (2022), och även något som Hansen (2019, s. 18; s. 156), och Karlsson & Lundström (2019, s. 153f) tar upp i sina publikationer. Dessa påståenden kan ses som en kontrast till Øgrim (2021) som menar att risken för att en överdiagnostisering ska ske är väldigt liten. Det finns även forskning

som visar på att ADHD-diagnosen förekommer i för låg grad hos barn, och leder till att de inte får stöd och behandling i tid (Edebol & Norlander 2013, s.331). Forskarna Hoang et. al. (2019, s. 1003) menar att det vore idealt om en ADHD-screening ingick som en inkorporerad del i skolans hälsoprogram.

Om vi istället tittar på sambandet mellan ålder och övriga initiatörer (eleven själv, socialtjänst, samt annan vårdinstans) förekommer dessa enbart hos elever från tioårsåldern och upp. Det låga antalet gör att en djupare analys av resultatet blir svår. Resultatet kan dock speglas i tidigare forskning, som visar på att en del av ADHD-diagnoser inleds i samband med annan problematik hos eleven, såsom psykisk ohälsa och depression, eller socialt avvikande beteende (Klefsjö et. al 2020, s. 302f.). Dessa utredningar inleds i större grad i senare ålder, där ADHD-diagnosen blir en del av den unges komorbiditet (samsjuklighet), vilket i sin tur ökar risken för försämrad psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2019, s.8). För att kunna fördjupa förståelsen för, och få kunskaper om hur vi kan förebygga komorbiditeten som är kopplad till ADHD, behöver kunskap inom området prioriteras inom det sociala arbetet (Karlsson & Lundström 2019, s. 153f).

### 6.3 Finns det ett samband mellan initiator och kön?

Vår hypotes på huruvida det finns ett samband mellan initiator och kön var att skolan initierar fler utredningar på pojkar än på flickor, samt att majoriteten av flickors utredningar initieras av vårdnadshavare eller flickan själv. Resultatet bekräftar denna hypotes. Enligt resultatet av vår bivariata analys kunde vi se att 76 % av pojkarnas utredningar initieras av skolan, men bara 24 % av flickornas. Det innebär då också att 64% av flickornas utredningar initieras av förälder eller vårdnadshavare men bara 36 % av pojkarnas. Detta bekräftas också av vårt signifikanstest som visade att skillnaden mellan vem som initierade utredningarna för pojkar och flickor var statistiskt signifikant. Vilka initiatörer som var mest förekommande hos flickor var något mer jämnt fördelade än hos pojkar där de vanligast förekommande fördelas som följer: 54% vårdnadshavare, 35% skola, samt 8% annan sjukvårdsinstans. Trots det låga antalet analysobjekt i vår studie, visar signifikanstestet av vår studie att det finns ett signifikant samband mellan kön och vem som initierar en ADHD-utredning, vilket alltså indikerar ett starkt samband.

Det resultat vi fått i vår studie, samt sambandet vi hittat mellan initiator och kön är något som även speglas i tidigare forskning. Tidigare forskning visar, likt vår studie, på att en större andel pojkar än flickor utreds för ADHD, att de utreds i tidigare åldrar än flickor, samt att de i högre grad har ADHD med hyperaktiva inslag, vilka är enklare för skolan att upptäcka (Waschbusch, King & Gregus 2007, s. 9, jmf. Klefsjö et al. 2020, s. 302). Det är också något som stämmer in i utvecklingsteorins antagande om att det ofta går att urskilja en skillnad mellan de olika könen (även om den kan variera mellan individerna inom samma könskategori).

Enbart baserat på den data vi samlat in kan vi inte dra några djupare slutsatser, eller förklara vad sambandet mellan kön och initiator kan bero på. Med det teoretiska utvecklingspsykologiska perspektivet som referensram kan dock antas att det ligger olika förväntningar på hur pojkar och flickor förväntas bete sig – något som också inverkar på hur deras avvikande symptom kan yttra sig (Broberg et al. 2015, s. 28f.). Detta, i kombination med att ADHD-diagnosens kriterier till stor del är utformad och anpassad efter pojkars symptom på diagnosen (Klefsjö et al. 2020, s. 304f.), skapar ett behov av att öka medvetenheten kring förekomsten av ADHD-symptom hos flickor, samt hur symptomen kan yttra sig.

## 6.4 Sammanfattning och slutsats

Denna studie har besvarat frågeställningar kring vilka som oftast inleder ADHD-utredningar på elever i grundskolan, samt om det finns något samband mellan initiatorer och ålder respektive kön. Resultatet i vår studie visar att skolan är den instans som oftast inleder utredningar på elever i grundskolan, följt av elevers vårdnadshavare. Studien kunde inte hitta något samband mellan initiator och ålder, men hittade däremot ett samband i att kön har inverkan på vem som initierar utredningen.

I kapitlet *Teoretisk- och kunskapsmässig referensram* skriver vi om vikten av att upptäcka ADHD hos barn i tidig ålder, för att i sin tur kunna ge dem det stöd de behöver för att klara av sin skolgång, speciellt med tanke på att många diagnoser idag upptäcks alldeles för sent (Laurin 2021, s. 13 jmf. Hoang et al., 2021, s. 998). Risken att flickor inte får en ADHD-diagnos i tidig ålder, och därmed går miste om stöd och hjälp är stor, och därför bör medvetenheten kring hur ADHD kan yttra sig hos flickor öka bland personal som arbetar på skola, och inom sociala myndigheter.

Det utvecklingsträd som används inom utvecklingspsykologin för att visualisera hur olika faktorer och interventioner kan påverka en människas psykiska hälsa/ohälsa är en tydlig visuell bild på hur vi kan tänka kring de barn som uppfyller kriterierna för olika npf-diagnoser såsom ADHD (Broberg et al. 2015, s. 54): ju tidigare vi upptäcker avvikelserna och kan kompensera för elevens svårigheter i form av stöd och hjälp – desto snabbare kan eleven åter styras mot den *normala utvecklingsvägen*.

## 6.5 Förslag till vidare forskning

Vi anser att det varit intressant att gå ett steg längre i denna studie, genom att göra en multivariat analys där samtliga variabler beaktas: initiator, kön och ålder. Det hade varit intressant att undersöka vilka samband som kunde skönjas genom en sådan analys. Ytterligare något, som vi redan nämnt tidigare i denna uppsats, är hur vi kunnat öka validiteten i denna studie genom att nå ut till vårdnadshavare och psykiatri utöver skola. Detta för att samla in en mer objektiv data på vilka som inleder en ADHD-utredning på elever i grundskolan. Genom att samla in data från flera olika instanser hade man dessutom kunnat jämföra om det fanns skillnader i hur de olika respondentgrupperna besvarade frågeställningarna.

Något som blivit tydligt för oss i samband med att vi skrivit denna uppsats är det stora behovet av mer forskning om ADHD inom den socialvetenskapliga forskningsgrenen. Med tanke på hur stor andel av de individer som utövar olika former av antisocialt beteende, såsom droganvändning och andra självdestruktiva handlingar skapas frågor kring huruvida man kunnat förebygga detta beteende genom att gå in med hjälp och stöd i ett tidigare skede i livet.

## 7 Referenslista

Arén, Sara, Nadja Yllner & David Lindahl (2022) *Tunga kritiken: Skolan driver fram adhd-diagnoser*. [<https://www.svt.se/nyheter/granskning/ug/tunga-kritiken-skolan-driver-fram-adhd-diagnoser>]. Hämtat: 2022-05-12]

Backlund, Åsa (2007). *Elefvård i grundskolan: resurser, organisering och praktik*. Stockholm: Stockholms universitet.

Barkley, Russel A. (2015) *ADHD-guiden för föräldrar*. Första uppl. Stockholm: Natur & Kultur.

Barmark, Mimmi & Göran Djurfeldt (2020) *Statistisk verktygslåda – att förstå och förändra världen med siffror*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

*Bokstavsbarne*. Diagnoseexplosionen, Avsnitt 1. 2022. Uppdrag granskning, svt, 2 februari. [<https://www.svtplay.se/video/34072706/uppdrag-granskning-bokstavsbarne/uppdrag-granskning-bokstavsbarne-diagnoseexplosionen?info=visa>]. Hämtat:2022-05-18]

Broberg, Anders, Kjestin Almquist, Pia Risholm Mothander & Tomas Tjus (2015) *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.

Edebol, Hanna, & Norlander, Torsten (2013). Perspektiv på utredning och diagnos vid ADHD. *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(3), 328-335.

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

Habiliteringen (2014) *Diagnoskriterier för ADHD* [<https://www.habilitering.se/fakta-och-rad/kort-om-funktionsnedsattningar/adhd/diagnoskriterier-for-adhd/>] Hämtat: 2022-06-03

Hansen, Anders (2017) *Fördel ADHD: var på skalan ligger du?* [Stockholm]: Mån-pocket.

Hoang, Hai Huu, Anh Thi Ngoc Tran, Van Hung Nguyen, Thi Thanh Binh Nguyen, Thi Anh Phuong Nguyen, Dinh Duong Le, Alfred Jatho, David Onchonga, Tuyen Van Duong, Minh Tu Nguyen, Binh Thang Tran (2021) Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Associated Factors Among First-Year Elementary School Students. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 997-1005.

Holmér, Emma (2020) *Neuropsykiatrisk utredning*. [<https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/undersokningar-och-provtagning/psykiatriska-utredningar/neuropsykiatrisk-utredning/#section-17702>. Hämtat: 2022-05-18]

Karlsson, Lars (2017). *Psykologins grunder*. Sjätte uppl. Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, Partik & Tommy Lundström (2019) ADHD and social work with children and adolescents. *European Journal of Social Work*, 24(1), 151-161.

Klefsjö, Ulrika, Anne K. Kantzer, Christopher Gillberg & Eva Billstedt (2021) The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD – gender differences in the diagnostic process. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(4), 301-305.

Laurin, Emma (2021) *Barn med dianoser. Mödrars och skolors strategier i Stockholm*. Doktorsavhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Lunds Universitet (2022) Sunet Survey – enkätverktyg. [<https://www.medarbetarwebben.lu.se/forska-och-utbilda/stod-tillutbildning/utbildningsadministration/studieadministrativa-system/sunet-surveyenkätverktyg>. Hämtat: 2022-04-19].

Läkartidningen 8/2022 [<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2022/02/den-morka-sidan-adhd-vanligt-vid-substansbruk-och-kriminalitet/> Hämtat: 2022-04-11]

Moen, Øyfrid Larsen, Birgitta Hedelin & Marie Louise Hall-Lord (2015) Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(1), 10-17.



Øgrim, Geir (2021). ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) Geir Øgrim ger en översikt av diagnosen ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder), Göteborgs universitet. [<https://www.gu.se/gnc/adhd-attention-deficithyperactivity-disorder> Hämtat: 2022-04-13]

Skolverket (2021a) Grundskolan – Elever – Riksnivå.

[<https://www.skolverket.se/skolutveckling/statistik/sok-statistik-om-forskola-skola-och-vuxenutbildning?sok=SokC&omrade=Skolor%20och%20elever&lasar=2021/22&run=1>. Hämtat: 2022-04-13]

Skolverket (2021b) Nationella prov – obligatoriska prov i skolan

[<https://www.skolverket.se/for-dig-som-.../elev-eller-foralder/betyg-och-nationella-prov/nationella-prov---obligatoriska-prov-i-skolan>. Hämtat: 2022-05-12]

Skolverket (2022) Extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram

[<https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/extra-anpassningar-sarskilt-stod-och-atgardsprogram>. Hämtat: 2022-05-12]

Socialstyrelsen (2010) *Social Rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Socialstyrelsen (2019) *Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd - Kartläggning och analys*. Stockholm: Socialstyrelsen

Thomas, Rae, Sharon Sanders, Jenny Doust, Elaine Beller & Paul Glasziou (2015) Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135 (4), 994-1001.

Waschbusch, Daniel, Sara King & Andrea Gregus (2007) Age of onset of ADHD in a sample of elementary school students. *Journal of Psychopathology & Behavioural Assessment*, 29(1), 9-16.

# 8 Bilagor

## 8.1 Bilaga 1: Mailutskick 1

### **Förfrågan om att delta i en forskningsstudie**

Hej,

Vi heter Ashraf och Sanna, och går sjätte terminen på socionomprogrammet, Lunds Universitet. Vi håller just nu på att skriva vår kandidatuppsats, där vi vill undersöka utredningsprocessen för ADHD hos barn och unga i grundskolan.

Syftet med vår studie är att undersöka vem som oftast initierar en NPF-utredning som grundar sig i misstanke om ADHD-diagnos. Eftersom skolan är en instans som ofta uppmärksammar och skickar vidare NPF-utredningsunderlag till BUP hoppas vi kunna samla in underlag till vår studie genom en enkätstudie som riktar sig till **Dig** i rollen som skolkurator. *Deltagandet är helt frivilligt och ni kan avbryta ert deltagande när ni vill.*

Vi vill gärna ha information om de tio senaste ADHD-utredningarna som ni genomfört på er skola (om ni inte kommer upp i 10 utredningar är vi tacksamma om ni delar med er av det antal ni har). Den information vi behöver är:

- Vem som initierat utredningen? (förälder/vårdnadshavare, skola, annan vårdinstans, socialtjänst eller eleven själv)
- Vilken ålder eleven hade vid utredningens början.
- Vilket kön eleven har.

**Anonymitet:** Medverkande kommuner och skolor kommer inte att redovisas i studien. Av forskningsetiska skäl kommer alla medverkande i studien att hållas anonyma, och enkäten är därför utformad så att den information som fylls i inte kan kopplas till någon enskild individ. Svaren kommer inte att kopplas till dig som person, och kommer således även för oss vara helt anonyma.

### **Länk för att besvara enkäten:**

\$EnkätensAdressMedInloggningInkluderad\$

Vi uppskattar att det tar ca. 10 minuter att fylla i enkäten, förutsatt att ni har nödvändig information tillgänglig. Om ni föredrar att svara på enkäten muntligt, får ni gärna återkomma med en dag och tid som passar er, så ringer vi upp er då!

Vi är väldigt tacksamma för den tid ni lagt på att läsa detta mail, och hoppas att ni vill medverka i studien. Vi kommer givetvis också att låta er ta del av studien när den är färdig.

Med vänliga hälsningar,

Ashraf Khoshiwal och Sanna Holmquist

## 8.2 Bilaga 2: Mailutskick 2 (påminnelsemail)

### **Påminnelse om att delta i enkätundersökning**

Hej!

För en vecka sedan skickade vi ett mail till Er med en inbjudan om att delta i en enkätstudie kring NPF-utredningars initiering. Det saknas fortfarande många svar, och vi skickar därför en påminnelse med önskan om Ert deltagande.

Något som noterades i föregående mail var den något knasiga formuleringen: *"Vi vill ha information om de 10 senaste utredningarna ni inlett på er skola"*. Vi är medvetna om att skolan inte inleder några utredningar, och att detta görs via psykiatrin. Däremot är skolan ofta den första instansen som upptäcker misstankar om ADHD hos barn och unga, antingen via föräldrar, eller via personal. Den information vi önskar erhålla är alltså VEM som initierat processen för att undersöka huruvida en ADHD-diagnos är aktuell.

**Vad innebär deltagandet för dig?** Du kommer att besvara en webbenkät, som tar cirka 10 minuter. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande i studien utan att ange orsak.

**Hantering av data och sekretess.** Dina svar är helt anonyma och datainsamling sker via SUNET survey. Denna tjänst är upphandlad av Lunds universitet och ämnad för liknande ändamål. Datatrafiken mellan deltagare och server är krypterad. Systemet uppfyller GDPR och personuppgiftsbiträdesavtal finns. Inga obehöriga kommer att ha tillgång till datafilerna.

**Vad gör vi med informationen?** Vi är endast intresserade av att ta del av resultatet på gruppnivå. Resultatet från denna undersökning kommer att utgöra del av en C-uppsats på kandidatnivå, där vi kopplar våra resultat till existerande forskning och vetenskapliga teorier. Som tack för ert deltagande i studien kommer ni kunna ta del av resultatet.

**Länk till enkät:** \$SurveyURLWithLoginIncluded\$

Har ni frågor och funderingar kring vår undersökning får ni gärna höra av er!

Tack på förhand.

Mvh,

Sanna Holmquist, student: sa2662ho-s@student.lu.se, 0732-672818

Ashraf Koshiwal, student: mas14akh@student.lu.se, 0703-363090

## 8.3 Bilaga 3: Enkäten

### En enkätundersökning om hur ADHD-utredningar initieras på skolor i Sverige

**Tack för att du vill medverka i vår forskningsstudie!**

Enkäten ger dig möjlighet att fylla i information om de 10 senaste npf-utredningarna som grundat sig i misstanke om ADHD-diagnos.

Deltagandet är helt frivilligt, och du kan när som helst avbryta enkäten utan att någon information lagras.

1.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #1?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)

Kommentar

---

2.

Vilken ålder var elev #1 vid utredningens påbörjan?

---

3.

Vilket kön har elev #1?

- Pojke
- Flicka
- Annan könsidentitet

4.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #2?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)

Kommentar

---

5.

Vilken ålder var elev #2 vid utredningens påbörjan?

---

6.

Vilket kön har elev #2?

- Pojke
- Flicka
- Annan könsidentitet

7.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #3?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)

Kommentar

---

8.

Vilken ålder var elev #3 vid utredningens påbörjan?

---

9.

Vilket kön har elev #3?

- Pojke
- Flicka
- Annan könsidentitet

10.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #4?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)

Kommentar

---

11.

Vilken ålder var elev #4 vid utredningens påbörjan?

---

12.

Vilket kön har elev #4?

- Pojke
  - Flicka
  - Annan könsidentitet
-

13.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #5?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)

Kommentar

---

14.

Vilken ålder var elev #5 vid utredningens påbörjan?

---

15.

Vilket kön har elev #5?

- Pojke
- Flicka
- Annan

könsidentitet

16.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #6?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)

Kommentar



---

17.

Vilken ålder var elev #6 vid utredningens påbörjan?

---

18.

Vilket kön har elev #6?

- Pojke
- Flicka
- Annan

könsidentitet

19.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #7?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)

Kommentar

---

20.

Vilken ålder var elev #7 vid utredningens påbörjan?

---

21.

Vilket kön har elev #7?

- Pojke
- Flicka
- Annan könsidentitet

22.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #8?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)
- 

Kommentar

---

23.

Vilken ålder var elev #8 vid utredningens påbörjan?

---

24.

Vilket kön har elev #8?

- Pojke
- Flicka
- Annan könsidentitet

25.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #9?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)

Kommentar

---

26.

Vilken ålder var elev #9 vid utredningens påbörjan?

---

27.

Vilket kön har elev #9?

- Pojke
- Flicka
- Annan könsidentitet

28.

Vem initierade processen att inleda en ADHD-utredning på elev #10?

- Elevens föräldrar/vårdnadshavare
- Skolan
- Annan sjukvårdsinstans
- Socialtjänsten
- Eleven själv
- Ingen av ovanstående (vänligen skriv vem i kommentarsfältet)

Kommentar

---

29.

Vilken ålder var elev #10 vid utredningens påbörjan?

---

30.

Vilket kön har elev #10?

- Pojke
- Flicka
- Annan könsidentitet