

ADHD i dagens samfunn

En teoretisk oppgave om økningen av ADHD- diagnosen i skolen.

Masteroppgave i spesialpedagogikk
Martine Misvær Brustad
August 2011
NTNU Dragvoll- pedagogisk institutt

Forord

Ja, da sitter jeg her da, en masteroppgave klokere. Veien hit har vært litt lang, det må jeg ærlig innrømme, men for en lærerik og spennende vei det har vært. Helt fra man satt der med en liten ide, som etter hvert ble til et tema og en problemstilling. Det er akkurat som et tre som får flere og flere grener ettersom det vokser. Det er rart å tenke på at oppgaven som jeg har jobbet med i et halvt år nå, plutselig er ferdig. Alle tankene, forventningene, spørsmålene og timene foran datamaskinen har kommet til live på papiret og blitt til et produkt, et produkt jeg er veldig fornøyd med.

Det var ikke vanskelig for meg å finne ut hva som skulle være tema for denne masteroppgaven. ADHD er en diagnose som jeg har fått kjennskap til både privat og gjennom studiet. Jeg synes det er en spennende diagnose og per dags dato er det en diagnose som flere og flere barn i Norge og rundt om i verden stadig får tildelt, og bruken av ADHD- medisiner har økt i takt med diagnosen. Om det er slik at alle som får denne diagnosen virkelig har ADHD er en annen sak. Det kan virke som om samfunnet setter ADHD- merkelappen på det meste av problematisk og urolig atferd i dag. For økningen av diagnosen har som sagt vært enorm de siste årene. Og det er nettopp dette jeg synes er interessant, hva kan være mulige årsaker til at denne økningen har vært så stor? Det er spørsmålet jeg ønsker å fundere over i oppgaven. Jeg håper at en videre refleksjon over dette, hva som fører til at diagnosen ADHD har en slik dramatisk økning, vil få oss til å fundere over om det virkelig kan stemme at det er så mange barn som strever med denne diagnosen. Jeg mener at vi trenger en påminnelse, en påminnelse som forteller oss at det er veldig viktig å være sikker før en diagnose settes, ikke bare fordi en diagnose er noe man bærer med seg videre i livet, men også fordi diagnosen kan være feil for barnet.

Jeg føler at dette halvåret har vært en lærerik prosess som både har styrket min kunnskap innenfor spesialpedagogikkens rammer, samtidig som jeg også har lært å bli mer kritisk og stille spørsmål ved tilfeller som virker urimelige og absurde. Jeg vil takke min veileder, Kjetil Steinholt for gode innspill og ideer underveis. Jeg vil også takke mine medstudenter for fine råd og støtte, det har vært til stor inspirasjon.

Oslo 24.08.2011

Martine Misvær Brustad

Sammendrag

I dag er ADHD blitt en utbredt diagnose, og helsemyndighetene regner med at det er 50 000 barn under 18 år som har ADHD i Norge. Rundt 3-5 prosent av barn i den norske skole oppfyller kriteriene for en slik diagnose, og i 2009 var ADHD- diagnosen den som ble hyppigst stilt innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Det har kommet en økt bevissthet rundt diagnosen, blant folk og fagfolk, noe som har ført til at det har vært en dramatisk økning av stilt ADHD- diagnose. Samtidig øker også bruken av medisiner mot ADHD, og i løpet av de siste seks årene har forbruket av sentralstimulerende medikamenter blitt doblet. Det interessante spørsmålet er hva som ligger til grunn for at så mange elever får denne diagnosen i dag, sammenlignet med tidligere. I oppgaven min har jeg skrevet ut ifra følgende problemstilling:

Hva skyldes økningen av ADHD- diagnosen i dagens skole?

Det kan i henhold til den dramatiske økningen virke som om samfunnet setter ADHD-merkelappen på det meste av problematisk oppførsel i dag. Vi har blitt mer opptatt av og patologisere urolig atferd og diagnoseredskapene for ADHD, blant annet DSM-V, har opp gjennom årene fått flere og flere kriterier, noe som fører til at flere oppfyller kravene for ADHD. Om det er fordi vi har mer forskning å vise til i dag, og økningen skyldes en tidligere underdiagnostisering, eller om ADHD- diagnosen stilles for ofte i tilfeller der barn og unge sliter med andre ting er vanskelig å vite. Men det vi vet er at lærere føler de mangler kompetanse på området atferdsproblemer, og flere fagfolk mener at denne diagnostiseringen er ute av kontroll. Det er vanskelig å skille mellom hva som er problematisk oppførsel og hva som er ADHD, og dette kan føre til en feildiagnostisering som får betydelige konsekvenser for den det gjelder. Den medisinske industri har stor innvirkning på forskningen av ADHD, da de sponser mye av forskningen. Dette fører til at medikamenter ofte blir anbefalt som første behandlingstiltak, selv om det finnes andre og mer sunne alternativ. Dagens skole og de høye akademiske kravene, samt individualiseringen i skolen, og barns teknologiske livsstil kan også ha en innvirkning på økningen av diagnosen. Gjennom å drøfte de nevnte årsakene har jeg kommet fram til at økningen av diagnosen må sees på som et polyfont samvirke av en rekke faktorer.

INNHold

1 Innledning **1**

1.1 Oppgavens oppbygning **3**

KAPITTEL 2 **5**

2.1 Teori om ADHD, årsaksforhold og tilleggsvansker **5**

2.1.1 Årsaksforhold og forklaringsmåte; nevrobiologisk 5

2.1.2 Årsaksforhold og forklaringsmåter; genetisk 6

2.1.3 Forekomst og tilleggsvansker 6

2.2 Historien til ADHD og utviklingen av diagnosesystemet **8**

2.3 Utredning og diagnostisering **10**

KAPITTEL 3 **12**

3.1 Utbredelsen av ADHD og patologisering av hverdagslivet **12**

3.1.1 Normalitet og patologiseringsprosessen 13

3.1.2 Økningen av psykiske lidelser og endring av sykdomsbildene 15

3.2 Dagens forståelse av problematisk oppførsel **18**

3.2.1 Å sette en ADHD- diagnose kan være vanskelig 21

3.2.2 ADHD, oppdragelsesbetingelser og den teknologiske livsstil 22

3.2.3 Blir problematisk oppførsel ofte feiltolket til en ADHD- diagnose? 24

3.3 ADHD og den medisinske industri **29**

3.3.1 Virkning og bruk av medikamentene 30

3.3.2 ADHD- medisinenes økonomiske verdi og vekst 32

3.3.3 Behandling av ADHD i Norge 33

3.3.4 Hva kan gjøres for å endre økningen av medisin mot ADHD? 34

3.4 Dagens skole **38**

3.4.1 De akademiske kravene 38

3.4.2. Diagnosen og kravet på spesialundervisning 43

3.4.3 Hva kan skolen gjøre for å tilpasses elever med ADHD? 44

KAPITTEL 4 **47**

4.1 Avsluttende drøfting og oppsummering **46**

5 Referanseliste **51**

1 Innledning

En diagnose som veldig mange elever har fått i møte med det norske helsevesenet, og som flere barn forventes å få er ADHD. Per 2009 var ADHD- diagnosen den som ble hyppigst stilt innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Spesielt i Vesten en kan se en fremtredende økning i stilt ADHD- diagnose, samtidig som forbruket av ADHD- medisinen øker både nasjonalt og internasjonalt. Den økende bevisstheten rundt diagnosen blant folk, og fagfolks interesse, samt økt forskning har ført til en eksplosjonsartet utvikling i antall som har fått ADHD diagnostisert og antall som bruker ADHD- medisin (Idås & Våpenstad, 2009). Ifølge Sosial- og Helsedirektoratet oppfyller ca.3-5 prosent av norske barn i skolen kriteriene for en slik diagnose. Det vil si at det gjennomsnittlig er et barn med ADHD i hver skoleklasse (Folkehelseinstituttet, 2009) Stadig får helsevesenet flere barn som blir henvist på grunnlag av at barnet er mer ukonsentrert, urolig og uoppmerksomt enn jevnaldrende barn. Ønsket er da en ADHD- utredning, og denne utviklingen ser ut til å ha gitt det utslaget at «alle» barn med blant annet atferdsproblemer blir sendt til utredning med spørsmål om ADHD (Idås & Våpenstad, 2009).

I 2006 lå Norge på verdenstoppen i bruk av medisiner for ADHD. Dette førte til at FNs narkotikaorgan uttrykte sin bekymring. Norge medisinerer da mer enn ti ganger så mange som i 1996 (Forbundet mot rusgift, 2006). I dag er det over 30 000 personer i Norge som bruker ADHD- medisin og på seks år har forbruket av sentralstimulerende medikamenter blitt doblet. Helsemyndighetene regner med at det er hele 50 000 barn under 18 år som har ADHD i Norge (Dagsavisen, 2011; Fladberg, 2011b). Ifølge Befring (2008) er økningen av barn som får denne diagnosen et uttrykk for at samfunnet står ovenfor en sykelliggjøring av barn og unge, som ingen i dag kan forutse konsekvensene av. Nevrovitenskapsmannen, Jaak Panksepp gikk ut og advarte mot denne utviklingen for over ti år siden og beskrev dette som en begynnelse på en tragedie (Idås & Våpenstad, 2009). På bakgrunn av dette stiller spesialistene i klinisk barne- og ungdomspsykologi Espen Idås og Eystein Victor Våpenstad (2009) seg spørsmålet: befinner vi oss i denne tragedien nå, eller er den rette formelen for ADHD funnet?

Et interessant spørsmål er hva som ligger til grunn for at så mange flere elever får denne diagnosen i dag, sammenlignet med tidligere. Er det dagens skole som har blitt mer akademisk med mye teori, som fører til at flere elever ikke klarer å konsentrere seg og oppfører seg urolig? Eller er det vår egen uvitenhet om hva ADHD egentlig er som fører til at det er så mange elever i dagens skole som får denne diagnosen? På bakgrunn av dette har jeg valgt å skrive ut ifra følgende problemstilling:

Hva skyldes økningen av ADHD- diagnosen i dagens skole?

Stortingets representant Arild Stokkan Grande som sitter i Stortingets familie- og kulturkomite, mener at det er tid for å spørre oss selv om ADHD- diagnosen stilles for ofte i tilfeller der barn og unge sliter med andre ting, eller om økningen kan skyldes en reel underdiagnostisering (Dagsavisen, 2011). Hvem er det egentlig som bestemmer at ADHD er en diagnose som flere og flere får? Samfunnet er stadig i endring. Det som var ansett som vanlig og normalt tidligere, er nødvendigvis ikke det i dag. Er det på grunn av at vi har mer forskning og kunnskap å vise til, som gjør at flere og flere barn får ADHD i dag? Hvilke endringer i samfunnet kan ha ført til økningen av ADHD- diagnostisering? Hvorfor har det eksplodert så kraftig? Kan det være den farmasøytiske bransjen som påvirker oss til å sette flere diagnoser enn nødvendig slik at de får høyere fortjeneste? Eller settes det flere diagnoser med bakgrunn i at hver skole får mer støtte for hver elev med ADHD? Kan det være dagens samfunn med lange skoledager, kravet om å tilegne seg mye teori, mye stillesitting foran Pc og TV med dataspill, og bruk av mobiltelefon som har ført til at barn ikke får et like stort utløp for sin energi som tidligere?

Ifølge Svendsen (2006) er kriteriene innenfor diagnoseredskapet DSM-IV i dag så vide at de inkluderer for mange. På bakgrunn av dette kan det virke som om de som bestemmer hvordan de diagnostiske malene skal se ut, mener at det skal mindre til for å få ADHD i dag enn tidligere. Hva er grunnene til det? Er det for å forsikre seg om at ingen skal falle utenfor systemet, og sørge for at alle skal få hjelp? Det er jo en god tanke det, men hva med de elevene som får denne diagnosen uten og egentlig ha ADHD? Dersom kriteriene innenfor diagnoseredskapene skal være så vide kan det være fare for at flere kan bli misforstått og få denne diagnosen uten at de virkelig har ADHD. Det er mange spørsmål man må stille for å

kunne finne mulige svar på hvorfor ADHD har blitt en diagnose som favner flere og flere barn og unge, og det er dette jeg skal se nærmere på i denne oppgaven.

Før jeg går videre til oppgavens oppbygning, vil jeg si litt om hvordan jeg har valgt å belyse problemstillingen og avklare enkelte begrep. Når det gjelder ADHD har forskningsfeltet blitt så omfattende de senere årene, og på bakgrunn av dette har jeg valgt og kun å forholde meg til noen sentrale forskningsresultater. Problemstillingen må ikke tolkes som om den omhandler årsak- virkning (på bakgrunn av spørsmålet; Hva skyldes økningen..), men den må heller sees i et polyfont samvirke av en rekke faktorer. Når det gjelder ordet ADHD har jeg valgt å bruke ulike begreper for å beskrive diagnosen, da det gir ulike perspektiver til hvordan diagnosen blir forstått.

1.1 Oppgavens oppbygning

I det første kapittelet, som i denne oppgaven er kapittel, 2 vil jeg presentere teori om ADHD, både når det gjelder hva diagnosen innebærer, årsaksforhold, forekomst og tilleggsvansker. Jeg vil også inkludere noe av det historiske bakteppe for diagnosen, samt hvordan diagnosesystemet har utviklet seg. Siste del av kapittelet vil inneholde teori hvordan utredningen og diagnostiseringen foregår.

Kapittel 3 har jeg valgt å dele opp i fire kapitler. Jeg vil redegjøre for fire ulike, mulige årsaker til økningen av ADHD- diagnosen. Jeg vil avslutte hvert kapittel (bortsett fra det første) med å drøfte temaet kapittelet tar for seg. Først vil jeg presentere hvordan vi mennesker patologiserer hverdagslivet med tanke på normalitet og økningen av psykiske lidelser. Jeg vil sette dette i sammenheng med utbredelsen av ADHD. Videre vil jeg se på hvordan problematisk atferd blir forstått i dag, både på skolen og hjemme. Jeg stiller spørsmålstegn ved om den problematiske oppførselen til barn i noen tilfeller blir feiltolket til en ADHD- diagnose. Deretter vil jeg se på ADHD i forhold til den medisinske industri. Jeg vil presentere de ulike medikamentene som benyttes, hvordan ADHD blir behandlet i Norge og gi leseren et innblikk i den økonomiske verdien av ADHD- medisiner. Jeg vil drøfte hva som kan gjøres for å endre økningen av medisin mot ADHD. I det siste kapittelet vil jeg se på hvordan skolen i dag fungerer med tanke på de akademiske kravene og den tilpassede

undervisningen som fører til en individualisering. Jeg vil se dette i lys av hvordan barn med ADHD kan oppleve skolen og drøfte hvordan skolen kan tilpasses bedre for barn med ADHD.

I det avsluttende og fjerde kapittelet trekker jeg sammen de ulike perspektivene i en avsluttende drøfting og oppsummering. Jeg ser på de mulige årsakene i forhold til hverandre, samtidig som jeg trekker inn en problematisering rundt økningen av diagnosen.

KAPITTEL 2

I dette kapitlet vil jeg se på hva tilstanden ADHD er, hvordan den oppstod, utviklingen av diagnosesystemet, og hvordan selve utredningen og diagnostiseringen foregår. Jeg mener det er nødvendig å inkludere et godt teoretisk grunnlag for å vise hvordan diagnosen har blitt forstått, og hva den innebærer, før jeg ser nærmere på hva som kan være mulige forklaringer til den eksplosive veksten i diagnostisering av ADHD. Jeg har valgt å inkludere det historiske perspektivet for å vise hvordan diagnosen har utviklet seg.

2.1 Teori om ADHD, årsaksforhold og tilleggs vansker

ADHD er en forkortelse for attention deficit/ hyperactivity disorder som direkte oversatt betyr oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitetslidelse. Det er en hyperkinetisk forstyrrelse som kjennetegnes ved hyperaktivitet, konsentrasjonsproblemer og impulsivitet (Bryhn, 2009; Zeiner, 2004a). Symptomene er synlig tidlig i barneårene, og fortsetter inn i ungdomsårene og voksenlivet. Symptomene er mest typiske hos barn, da hyperaktiviteten i noen tilfeller avtar hos ungdom, mens problemer med å organisere hverdagen blir vanskeligere i ungdomstiden. Dette fortsetter også i voksen alder der konsentrasjonsproblemer og impulsivitet er mer dominerende enn hyperaktivitet. Men det er også nødvendig å legge til at halvparten av barna som får ADHD- diagnosen «vokser det av seg» før de blir voksne (Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Mørch, 2010). Det finnes tre underkategorier av ADHD, der den ene typen er hyperaktiv og impulsiv uten oppmerksomhetsforstyrrelser. Videre har noen ADHD uoppmerksom type, og til slutt finnes det en kombinasjon av de to nevnte, hvor det er både oppmerksomhets- forstyrrelser og hyperaktivitet/impulsivitet som spiller inn. ADHD er ikke en sykdom, men en tilstand som vedkommende er født med (Øgrim, 2009).

2.1.1 Årsaksforhold og forklaringsmåte; nevrobiologisk

Det forskes mye på hva som kan være årsakene til ADHD, og så langt har forskere kommet fram til at ADHD kan ha et nevrobiologisk og genetisk grunnlag. Undersøkelser av hjernens struktur viser at det er en funksjonsforstyrrelse hos mennesker som har ADHD (Bryhn, 2009). Det er en signalstoffubalanse i hjernen som gjør at vedkommende har vanskeligheter med å regulere aktivitets- og oppmerksomhetsnivå og impuls kontroll (Bastian & Egge, 2009). Feilen i hjernens funksjoner kan være utløst av et eller flere følgende forhold som arv, uheldige

påvirkninger i graviditeten som infeksjoner, tobakk og alkohol. Det kan også være forårsaket dersom det oppstår hjerneskader i de første leveårene eller hvis barnet blir født for tidlig samt er veldig lite når det blir født (Thyssen, 2010).

2.1.2 Årsaksforhold og forklaringsmåter; genetisk

På bakgrunn av betydelig empirisk dokumentasjon om at variasjonene i de atferdsformene som blir forbundet med ADHD- diagnosen er tilknyttet genetiske faktorer, er det i dag en utbredt enighet om at lidelsen ADHD i stor grad kan betegnes som en genetisk disposisjon. Tvillingstudier viser at de varierte ADHD symptomene skyldes en genetisk faktor hos omtrent 75 % av menneskene som har lidelsen. Arvelighetsestimatet ligger som følge av dette i området 0,7-0,8, noe som i henhold til professor Eric Taylor er umåtelig høyt (Nielsen & Jørgensen, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Videre er det nødvendig å nevne at arvelighetsestimatene imidlertid ikke avgjør om symptomene som inngår i diagnosen skal betraktes som naturlige variasjoner i menneskets natur, som for eksempel impulsivitet. Eller om de blir sett på som uttrykk avgrenset i en kategori for en lidelse ved at de er biologisk bestemt. På grunnlag av dette fastslår Nielsen og Jørgensen at det har vært og fortsatt er lite fokus på forholdet mellom ADHD- lidelsens genotype¹ og fenotype², men de antar at manifestasjoner som er konkrete for ADHD- lidelsen blir vesentlig påvirket av miljøfaktorer, selv om det genetiske står sentralt (Nielsen & Jørgensen, 2010).

2.1.3 Forekomst og tilleggsvansker

Undersøkelser viser at ADHD forekommer 3-6 ganger så ofte blant gutter enn hos jenter. Generelt forekommer den også mindre hyppig hos ungdom enn hos barn. Men det har også vist seg at jenter med ADHD sjeldnere blir diagnostisert enn gutter (Zeiner, 2004a; Utdanningsdirektoratet, 2006). Mennesker med ADHD- diagnosen opplever ofte å ha en eller flere tilleggsvansker. Det viser seg at mer enn halvparten av barn og unge med ADHD oppfyller kriteriene for en annen lidelse. Emosjonelle problemer, atferdsvansker og forskjellige lærevansker er de vanligste komorbide³ lidelsene (Bryhn, 2009). Dette er vansker som øker læringsproblematikken. Forskning viser at 20-40 % har lese-/og skrivevansker, 60-70 % har atferdsforstyrrelser, 30-50 % har motoriske vansker og 10-20 % sliter med angst

¹ Individets arveanlegg (Store norske leksikon, 2011a).

² Individets egenskaper (Store norske leksikon, 2011a).

³ Når to eller flere lidelser forekommer samtidig (Bryhn, 2009).

eller depresjon. Det viser seg at hele 70 % lider av tilleggsvansker og 50- 80 % av barn med ADHD oppfyller kriterier til andre diagnoser (Utdanningsdirektoratet, 2006). Det forekommer også tilleggsvansker som tics, søvnevansker og motoriske problemer. Det er av betydning at tilleggsvanskene blir tatt hensyn til i utredningen og når tiltak skal iverksettes (Bastian & Egge, 2009). Når det gjelder behandling, er pedagogiske tiltak viktige, samt rådgivning og opplæring av foreldre og andre voksne tilknytningspersoner som lærere. Atferdstrening og eventuell medikamentell behandling bør også legges til. Noen barn kan i tillegg trenge psykoterapi i perioder, da de følelsesmessige vanskene som ofte er en del av ADHD, er vanskelige å takle alene (Bastian & Egge, 2009; Bryhn, 2009).

Konsentrasjonsproblemene som ADHD inkluderer påvirker ofte skoleprestasjonene. Barn med ADHD kan ha vanskelig for å lære, da de ofte har en umoden læringsstil og har vansker med å analysere en oppgave for å komme fram til beste løsning. (Zeiner & Bjercke, 2008; Utdanningsdirektoratet, 2006). Ifølge Zeiner (2004b) kan det føre til en avmaktsfølelse og underyting dersom de ikke får den riktige pedagogiske hjelpen de trenger. I en undersøkelse gjennomført av Barkley (2002) kom det frem at 50-70 % oppga at de hadde få eller ingen venner. Noe av grunnen til dette kan være at barn med ADHD kan ha en redusert evne til å oppfatte og forstå regler som gjelder i sosial samhandling med jevnaldrende. Impulsiviteten og hyperaktiviteten gjør at de handler raskt uten å tenke på konsekvensene for sin oppførsel. Dette er en faktor som resulterer i at mange fort kommer opp i krangler og bråk med medelever eller andre (Zeiner & Bjercke, 2008).

Risikoen for mistilpasning og skjev utvikling øker, da barn med ADHD opplever manglende mestring. Norges offentlige utredninger, (NOU, 2003) har kommet fram til at det er atferdsproblematikk som framstår som en av de største utfordringene for lærere i grunnskoleopplæringen. Oppfølgingsstudier viser at mer enn halvparten av barn med moderat til alvorlig ADHD, sliter med tilstanden og får problemer i voksen alder (Utdanningsdirektoratet, 2006; Zeiner & Bjercke, 2008). Impulsiviteten og konsentrasjonsproblemene er fortsatt utfordrende, og for de som har utviklet alvorlige atferdsproblemer, er det en overhyppighet av kriminalitet, rusmidler og asosialitet i voksen alder (Zeiner & Bjercke, 2008).

2.2 Historien til ADHD og utviklingen av diagnosesystemet

Historien om atferdslignende problemer som ADHD går langt tilbake i tid. Jeg har likevel bestemt meg for å avgrense det historiske perspektivet. Dette er fordi jeg ikke vil legge for stor vekt på det historiske, da det ikke har noen sentral rolle i oppgaven. Jeg vil starte på 1900-tallet, samme århundre som diagnosenavnet ADHD ble til. Beskrivelsen av en gruppe barn som var aggressive, overaktive, impulsive og hadde dårlig oppmerksomhet ble så tidlig som i 1902 fremstilt av den engelske legen George Still. Han gav da ut boken *Some abnormal pschical conditions in children*, hvor han beskrev 43 barn som hadde de nevnte kjennetegnene. Han definerte tilstanden som "defect in moral control", oversatt som en feil i kontrollen av moralen, og i studien hans var det tre ganger så mange gutter som jenter (Barkley, 1997; Øgrim & Gjærum, 2002).

Videre var det flere av barna som overlevde spanskesyken i løpet av 1917-20 som pådro seg hjernehinnebetennelse. Flere av disse barna opplevde å få vansker med oppmerksomhet, regulering av aktivitetsnivå og impuls kontroll, noe som førte til økt oppmerksomhet rundt sammenhengen mellom atferdsproblemer og hjerneskader hos barn. Denne interessen førte til at de fant likhetstrekk mellom primater som i forskningssammenheng var blitt påført frontale hjerneskader, og barn som var hyperaktive. På bakgrunn av dette var det vanlig å tro at hjerneskader var årsaken til den hyperaktive atferden hos barn og begrepet MBD- Minimal Brain Damage dukket opp. (Øgrim & Gjærum, 2002).

På 1950- 60 tallet økte interessen for den spesifikke hyperaktiviteten vedrørende tilstanden og det ble anerkjent at forstyrrelsen ikke var forårsaket av hjerneskader. Dette førte til at tilstanden først endret navn til "hyperkinetic impulse order" og så til "hyperkinetic child syndrome". Forskere mente at tilstanden hadde en neurologisk opprinnelse (Barkley, 1997). På 1980- tallet, da den tredje revisjonen av det amerikanske diagnosesystemet DSM- III kom, ble tilstanden omdøpt til "attention- deficit disorder" (ADD). I dette diagnosesystemet ble det skilt mellom ADD med hyperaktivitet, og ADD uten hyperaktivitet. Dette førte til mer forskning på forskjellene mellom disse to tilstandene. Etter hvert så de hvor mye den problematiske hyperaktiviteten og impuls kontrollen spilte inn, og det førte til at ADHD "attention- deficit/hyperactivity- disorder" dukket opp i diagnosesystemet DSM-III-R i 1987. ADD uten hyperaktivitet ble fortsatt stående som en diagnose. Senere kom det diagnosesystemet DSM-IV der det var to lister for kriterier som måtte være oppfylt. Den ene

listen var for ADHD uoppmerksom, og den andre for ADHD hyperaktiv og impulsiv oppførsel (Barkley, 1997).

Helt siden 1950- tallet har man i Norge arbeidet med behandling og diagnostikk av barn og unge med uro og oppmerksomhetsvansker. I dag ligger det bred internasjonal forskning til grunn for den kunnskapen vi innehar om kliniske kjennetegn, årsaksfaktorer, diagnostikk og behandling ved ADHD. Det er et stort forskningsfelt over hele verden, og ifølge Professor Sam Goldstein i Utah er ADHD det største feltet som blir forsket på innenfor barnepsykiatrien (Nielsen & Jørgensen, 2010; Rugtvedt, 2008). Siden 1960- tallet har det blitt publisert tusenvis av studier som omhandler medisinske behandlingsmåter og eksperimentell farmakologi⁴, og neurologiske studier. Internasjonalt kommer det hver måned omtrent 20 artikler som er relatert til ADHD i vitenskaplige tidsskrifter. Et eksempel som viser hvor mye informasjon som finnes om ADHD, er populære amerikanske online bokhandlere, der man i 2005 fikk opp over 4800 treff ved å søke på 'ADHD' (Cohen, 2006).

Det er flere krav som må være oppfylt for å kunne stille en ADHD- diagnose. I Norge brukes det i dag to ulike diagnosesystemer som begge opererer med like og ulike avgrensninger til ADHD- diagnosen. Systemene som blir benyttet, er det amerikanske Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders versjon 4 Text Revision (DSM-IV), og et utviklet av WHO, International Classification of Diseases versjon 10 (ICD- 10) (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Ifølge diagnosesystemet DSM-IV opprettet av American Psychiatric Assosiation, som sist ble endret i 1994, er det tre underkategorier av ADHD (Øgrim, 2009).

Den ene varianten er en hyperaktiv og impulsiv type som ikke har markerte oppmerksomhetsforstyrrelser. Videre er det en ADHD uoppmerksom type, og til slutt er det en kombinasjon av de to nevnte med hyperaktivitet/impulsivitet og oppmerksomhetsforstyrrelser (Øgrim, 2009). Etter dette diagnosesystemet er det et krav at det må forekomme 6 eller flere symptomer på enten hyperaktivitet/impulsivitet, og/eller 6 eller flere på uoppmerksomhet. Symptomene må ha vedvart i minimum 6 måneder (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Pasienten blir vurdert ut fra fem akser; personlighetsforstyrrelser, psykososiale belastninger, somatisk sykdom, kliniske syndromer og funksjonsnivå siste år.

⁴ Læren om legemidlenes bruk, virkemåte og egenskaper (Store norske leksikon, 2011b)

Strand hevder at dette kanskje kan bidra til å gi et mer helhetlig bilde av pasienten, og de problemene som foreligger (Strand, 2009).

Når det gjelder diagnosesystemet ICD-10, er det Norske helsevesen forpliktet til å bruke den tiende utgaven som kom på norsk i 1999. Som DSM-IV blir også dette diagnosesystemet revidert jevnlig. ICD-10 er basert på et internasjonalt samarbeid som har foregått i flere år, noe som gjør at systemet representerer mange synspunkter og sikrer faglig tyngde. Dette diagnosesystemet blir av mange oppfattet som strengere når det gjelder oppmerksomhetssvikt og uro i forhold til DSM-IV. I ICD-10 anvendes betegnelsen hyperkinetiske forstyrrelser istedenfor begrepet ADHD. For å kunne fastslå at det foreligger en hyperkinetisk forstyrrelse innenfor ICD-10 må kriteriene for både hyperaktivitet, oppmerksomhetssvikt og impulsivitet være oppfylt. DSM-IV kan fastsette ADHD-diagnosen kun på bakgrunn av oppmerksomhetsvansker (Strand, 2009). Innenfor begge diagnosesystemene skal symptomene ha vært synlige innen syv års alderen, de skal ha vedvart over tid, og skapt betydelige problemer for personen eller omgivelsene. Symptomene skal også ha vist seg i to forskjellige sammenhenger som for eksempel skole og hjem (Øgrim, 2009).

Hvordan forekomsten av ADHD har utviklet seg over tid er vanskelig å få et klart bilde av. Noe av årsakene til dette er at en middels presis diagnosekategori for ADHD først ble utviklet i 1980 med innførelsen av DSM-III, da kalt ADD. En annen årsak til at det er vanskelig å få oversikt over utviklingen er ifølge Nielsen og Jørgensen (2010), at det ikke finnes noen systematiske undersøkelser av den historiske utviklingen ved forekomsten av ADHD.

2.3 Utredning og diagnostisering

Ifølge Sosial- og helsedirektoratet bør det settes i gang en diagnostisk utredning dersom hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer hos et barn fører til funksjonsvansker i hverdagen. Det er ofte ansatte i barnehage eller skole og foreldre som merker problemene hos barn og unge. Gjennom observasjoner og samtaler, vil også fagpersoner innen skoleverket, helsetjenesten og sosialtjenesten kunne få mistanke om ADHD (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). De fleste barn med ADHD blir karakterisert gjennom sine umodne reaksjoner og umodne væremåte. Hjerneforskning viser at de har vansker med å styre sin egen atferd. Umodne væremåte, og de andre nevnte vanskene, er ofte slik det er "naturlig" å beskrive småbarn. Når det gjelder barn i førskolealder kan det derfor være vanskelig å vite om

barnets atferd er vanlig eller avvikende uten å kunne sammenligne oppførselen med en større gruppe jevnaldrende barn. Dersom det viser seg at barnet har mye (mest av alle barna) av den definerte problematferden, med en intensitet, grad og styrke som skiller seg tydelig ut fra resten av gruppen, kan det være et tegn på at det er nødvendig å vurdere vedkommende opp mot diagnosekriteriene for ADHD. Det blir da et spørsmål for foreldre, førskolepedagoger eller lærere å henvise videre til noen som kan vurdere dette nærmere (Rønhovde, 2004).

Utredningen vil som oftest ha sitt utgangspunkt i en vurdering som er gjort av fastlegen eller pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT). Dersom det viser seg at det fortsatt er sannsynlig at vedkommende har ADHD når informasjonen blir vurdert samlet, skal pasienten henvises til en legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri eller nevrologi for å få gjennomført en differensialdiagnostisk vurdering og en diagnostisk konklusjon. Etter utredningen er det den samlede vurderingen som ligger til grunn når behandlings- og støttetiltak skal velges. Som nevnt tidligere er det to diagnosesystemer som brukes i praktisk diagnostikk av ADHD i Norge, DSM-IV og ICD-10. Selve diagnostiseringen av ADHD blir basert på vurdering av atferden over tid og i ulike situasjoner (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

KAPITTEL 3

Dette kapittelet består av det jeg vil betrakte som fire mulige årsaker til at økningen av ADHD- diagnosen har vært så stor. Jeg vil først presentere hvordan vi mennesker som lever i dag er opptatt av å skulle patologisere både små og store problemer. Videre vil jeg se på hvordan problematisk atferd blir forstått i skolen. Den tredje mulige årsaken jeg vil introdusere er den medisinske industri, og til slutt vil jeg betrakte hvordan skolen og dens krav kan være en del ADHD- diagnosens vekst. Underveis vil jeg drøfte hvert delkapittel, bortsett fra det første delkapittelet om patologiseringen, da jeg vil spare dette til oppgavens slutt.

3.1 Utbredelsen av ADHD og patologisering av hverdagslivet

For å kunne finne mulige svar på hvorfor ADHD er en diagnose som er blitt så utbredt i dagens samfunn, er det nødvendig å påpeke at spredningen av diagnosen må sees i sammenheng med en generell patologisering av hverdagslivet. Diskusjoner om sykdom og sunnhet er blitt en større del av vår hverdag, og media viser daglig nye omtaler og statistikker av forskjellige sykdommer, nye behandlingsformer og risikofaktorer ved ulike lidelser. En superdiskurs kaller Svend Brinkmann sykdomsdiskursen i dagens samfunn. En diskurs som alle mennesker tar del i, blir påvirket av eller selv er med på å påvirke. Flere av hverdagslivets problemer blir i dag sett på som patologiske unntak som trenger å bli behandlet med medisin eller terapi. Det er i dag nesten tre ganger så mange mulige diagnoser å få enn for 50 år siden (Nielsen & Jørgensen, 2010; Brinkmann, 2010). Ifølge Svendsen (2006) kan det virke som om terskelen for mentale sykdommer er lagt for lavt, og som følge av dette blir psykiske lidelser ”produsert” i større grad. Redselen for at mennesker ikke skal klare å håndtere livets skuffelser og prøvelser fører til at vi muligens skaper mennesker som ikke klarer å takle motgang. Hendelser som tidligere ble oppfattet som en del av det normale liv kan for mennesker i dagens samfunn oppleves som deprimerende og traumatiserende (Svendsen, 2006).

De diagnostiske klassifikasjonene begynte i asylet og gjennom første halvdel av det tjuende århundre var det mennesker som bodde på asylenes lukkede rom som var fokuset for den psykiatriske oppmerksomheten. I dagens samfunn er ikke de diagnostiske manualene lenger begrenset til asylet, men dens dimensjoner og kategorier ser ut til å inkludere nesten alle og ikke lenger en liten patologisk minoritet. På bakgrunn av dette stiller den foucaultinspirerte

forskeren Nikolas Rose spørsmål som; er psykiatere og leger i dag for kjappe til å stille en diagnose ved variasjon i atferd eller sinnsstemning som tidligere kanskje ville vært betraktet som en normal del av livets opptur og nedtur? Kan det være slik at mennesker i Vesten er blitt for opptatt av å finne medisinske løsninger på våre barns problemer, andres problematiske atferd, eller er det en manglende lykke som fører til søken på tilpasning eller tilfredsstillelse? World Health Organization sendte i 2001 ut rapporten *Mental health: New understanding, new hope* for å rette fokus mot omfanget av psykiske forstyrrelser og samfunnsmessige sunnhetsproblemer rundt om i verden. Rapporten konstituerte at på et eller annet tidspunkt i deres liv ville 24 % av alle mennesker rammes av psykiske forstyrrelser (Rose, 2010).

3.1.1 Normalitet og patologiseringsprosessen

For å kunne få en forståelse av patologiseringen som har forekommet og forekommer innenfor den psykiatriske diskurs i dagens samfunn, er det nødvendig å inkludere normalitetsbegrepet. Svendsen (2010) hevder at begrepet psykisk lidelse kun gir mening på bakgrunn av en mer omfattende normalitet ved at en psykisk lidelse kan avvike fra en norm. Han skriver følgende:

Normene for psykisk sundhet påvirker vores identitetsdannelse, og de virker stigmatiserende. Mennesker med karaktertræk, der tidligere blev accepteret som variationer af det normalt menneskelige, bliver i stigende omfang betragtet som afvigere med en defekt(...) Alle- eller et flertal, for dens sags skyld- kan ikke afvige fra normen, da det er dem, der danner udgangspunktet for normen (Svendsen, 2010, s. 58).

Normalitetsbegrepet kan konstrueres bredt eller snevert, og vi har en generell forståelse av hva som er normale reaksjoner og normal atferd i ulike kontekster. Siden vi mennesker er kulturvesener er det definisjonen av en kultur, eksempelvis holdninger, normer og verdier, som er de intuitive vurderingene som skaper normer for hva som er normalt og hva som ikke er normalt. Det er disse intuitive vurderingene enhver diagnose tar utgangspunkt i, og justeres etter. De intuitive vurderingene er foranderlige og i dag forekommer det en utvikling der diagnosene i større grad enn tidligere redefinerer hva som er ”normalt”. Den sosiale enighet om normer blir omformet på bakgrunn av at den psykiatriske diskurs er blitt en større del av det felleskulturelle tankegods. Dette fører til at mennesker stadig blir tilbøyelige for å betegne små individuelle avvikelser som betegnelse for noe som er sykkelig. Bildet av hva som er

”normalt” blir stadig mer snevert og idealisert. Som følge av dette blir det hele tiden mindre plass til menneskelige forskjeller og normene for hvordan mennesker bør være blir stadig strengere (Svendsen, 2010).

Nielsen og Jørgensen (2010) har følgende meninger om patologiseringsprosessen og skriver:

En stadig større del af hverdagslivets problemer bliver betragtet som patologiske deficits, der bør behandles medicinsk eller terapeutisk. Denne patologiseringsproces kan ikke betragtes isoleret som en proces, hvor enkelte professionsgrupper, som eksempelvis læger, psykiatere eller psykologer, ønsker at utvide deres profession (og indtjening) gennem at gøre bestemte grupper til patienter. Ifølge Conrad og Potter (2000) må patologiseringsbevægelsen betragtes som en kollektiv proces med mange forskellige aktører, der altså ikke alene kan forstås som udtryk for eksempelvis medicinsk imperialisme. Patologiseringsbevægelsen er langt mer kompleks end som så, og der indgår langt flere `stakeholders`, end man umiddelbart skulle tro (Nielsen & Jørgensen, 2010, s. 180).

Flere aktører slik som pasientorganisasjoner, interesseorganisasjoner, forsikringsselskaper, industri, psykologer, leger, forskere, foreldre osv. er sammen om å fremme patologiseringen av ulike forhold i den senmoderne vestlige kultur. Medisinske klassifikasjonssystem blir benyttet av leger for å kunne gjøre menneskers problemer og lidelser meningsfylte. Ønsket om å få en lidelse diagnostisert kan sees som en metode for å få en forståelse av tilværelsens forvirrende og kompliserte opplevelser. En diagnose kan også gi en gevinst i form av at man har rett til å motta hjelp både økonomisk og sosialt. Foreldre og lærere vet i dag mer om hva ADHD er og har kjennskap til diagnosen. Kategorien ADHD blir gjennom det diagnostiske systemet stilt til rådighet for lærere, foreldre, barn og psykologer for å kunne gi urolig atferd en mening og mer forståelse. Hacking karakteriserer det som en looping- effekt når de som skal klassifiseres selv har kjennskap til klassifikasjonssystemet. Selve patologiseringen av uro må også bli forstått og sett i forhold til looping- effekt- perspektivet (Nielsen & Jørgensen, 2010).

Som nevnt må patologiseringsprosessen betraktes som en kollektiv prosess med flere aktører. Det er flere av aktørene som tjener på patologiseringen, eksempelvis psykologer, praktiserende leger og store farmasøytiske firmaer. I følge Rose vokste det psykiatriske markedet for psykofarmakologi med 126 % i Europa og med 638 % i USA, i perioden 1990

til 2000. Det blir brukt enorme ressurser til markedsføring av forskjellige psykofarmaka⁵ på verdensplan, og i henhold til Roses analyse er det mer selve lidelsene, enn produktene som markedsføres (Brinkmann, 2010). Rose hevder at den farmasøytiske bransjen bruker sine ressurser i form av psykiatere, lobbyister og en utspekulert markedsføring til å påvirke regjeringer, forskere, ulike kontrollinstanser, leger og pasienter. Målet er å kunne utvide markedet, ikke bare ved salg av medisin for nåværende sykdommer, men ved å konstruere nye sykdommer som passer til produktene. Rose legger til at han mener den farmasøytiske bransje kun er én mulig forklaring på utvidelsen av psykiske forstyrrelser, og at den må sees i en større sammenheng (Rose, 2010).

Når det gjelder ADHD- diagnosen er det også flere ulike faktorer som har innflytelse på hvordan diagnosen blir definert og avgrenset, samt dens utbredelse (Nielsen & Jørgensen, 2010). Økningen av ADHD- diagnosen kan ifølge Jørgensen blant annet henge sammen med de kulturelle forandringene i dagens samfunn, hvor det er fokus på å forsterke og framelske bestemte psykologiske funksjonsmåter og noen bestemte former for atferd. På bakgrunn av dette kan det være at den rastløse senmoderne kulturen, som er preget av nedbrytning av grenser og autoriteter, samt en oppløsning av de ytre strukturer rundt det enkelte mennesket, bidrar til å forsterke ulike ADHD symptomer. Det kan være med på å understøtte tendenser til impulsivitet, uro og vanskeligheter med å opprettholde oppmerksomheten rundt langsiktige mål. Dette er da forhold som kan være med på å øke risikoen for en utvikling av flere impulsforstyrrelses- relaterte psykiske lidelser (Nielsen & Jørgensen, 2010).

3.1.2 Økningen av psykiske lidelser og endring av sykdomsbildene

En av grunnene til at det er flere psykiske lidelser i dag enn tidligere blir forklart av Svendsen (2006) gjennom en enkel systemteori. Denne heder at ethvert systems vesen bestandig vil prøve å inkorporere flere komponenter under seg, da det er en iboende tendens i systemer til utvidelse og vekst. Da diagnosesystemet DSM presenterte sin første utgave i 1952 var det totalt 106 diagnostiske kategorier med en manual på 130 sider. I 1994 kom den fjerde utgaven, DSM-IV, og antall diagnoser var steget til 297 og sidetallet på manualen var 886 sider. Det betyr at det i dag er nesten tre ganger så mange mulige diagnoser enn det var for 50 år siden. Den store endringen kom i 1980 med DSM- III. Den etiologiske⁶ tilgangen ble forlatt

⁵ Samlebetegnelse for legemidler som brukes i behandling av psykiske lidelser (Store norske leksikon 2011c).

⁶ Læren om årsakene til sykdommer (Store norske leksikon, 2011d).

og man fikk den moderne diagnostiske psykiatri, der forbildet for psykiatrien ble den alminnelige medisinske praksis. I henhold til diagnosesystemenes offisielle selvforståelse, er diagnosene en betegnelse på patologiske tilstander som blir oppdaget gjennom vitenskap. I realiteten viser flere studier av systemenes utvikling at det oftere er politiske, økonomiske og sosiale faktorer ikke rent vitenskaplige, som legges til grunn når gamle diagnoser går ut og nye diagnoser kommer inn i diagnosesystemene (Brinkmann, 2010).

Sykdomsbegreper og – definisjoner varierer med tid og sted siden de endres med tiden. Nye sykdomsbegreper kommer til og eldre faller bort. Det resulterer i at det ikke kun er diagnosene som forandres, men også sykdomsbildene i sin helhet. Med tanke på forløpet av ADHD- diagnosen skjer det en del i utviklingen fra MBD til begrepet ADD i DSM-III. Man får da en symptomatologisk innfallsvinkel, istedenfor en etiologisk som har vært vanlig tidligere. Diagnosesystemet for ADD skilte som nevnt tidligere mellom ADD med og uten hyperaktivitet. Men siden det ikke ble funnet noe empirisk grunnlag for inndelingen, faller ADD med hyperaktivitet bort. ADD blir stående og i DSM-IV får lidelsen betegnelsen ADHD (Svendsen, 2006).

På bakgrunn av dette kan man se hvordan sykdomsbildet endrer seg etter hvert som kriteriene endres. Gjennom endringene vil mennesker som tidligere var plassert innenfor en diagnostisk ramme plutselig falle utenfor, mens nye mennesker faller innenfor kriteriene. For hver nye utgave av diagnostiske manualer, er antallet av diagnoser stigende (Svendsen, 2006). Det viste seg at endringene som ble gjort i de diagnostiske kriteriene for ADHD i perioden 1987 til 1994, førte til en 57 prosent økning i antall barn som passet innenfor kriteriene (Prout, 2005). Dersom en ny versjon av DSM kommer som forventet i 2012 mener Svendsen at det ikke er tvil om at DSM-V kommer til å omfatte enda flere diagnoser enn DSM-IV. Ifølge Svendsen er diagnosekriteriene i DSM-VI såpass vide at han selv, som ikke lider av ADHD oppfylte omtrent alle kriteriene. Dette gjorde også flere av hans venner. Det eneste kriteriet ingen oppfylte, var at det må være «et klinisk betydningsfullt problem», noe som er avgjørende for å kunne stille ADHD- diagnosen. På grunnlag av dette kan man stille spørsmålet om dette diagnoseredskapet ser ut til å fange inn for mange tilfeller? (Svendsen, 2006; Svendsen, 2010).

Professor i psykologi, Svend Brinkmann er også av den oppfattelse at altfor mange mennesker blir inkludert i de diagnostiske kategoriene. Han mener at vi er blitt for dårlig til å skille mellom hva som er psykiatiske sykdommer, og hva som kan sees som alminnelige livsproblemer. For 20-30 år siden ble det sett på som sterkt stigmatiserende å få en psykiatrisk diagnose. På den tiden mente man at en diagnose var et uttrykk for en undertrykkende og normaliserende måte å se mennesket på, mens det i dag er det omvendt. Foreldre som har urolige barn blir ofte glade og lettet dersom barnet deres kan få en ADHD- diagnose. Barna kan behandles, man har fått et navn på problemet og ikke minst: Det er mulig å håndtere. Selv om alt dette er forståelig, hevder Brinkmann at det er tankevekkende. Samtidig er han også glad for at det å ha en psykisk lidelse er blitt mindre tabubelagt i dagens samfunn. Allikevel tror han at det store fokuset på psykiske lidelser, og den økende diagnostiseringen kan ha negative konsekvenser. Han mener at det blant annet blir lettere å skylde på psykiske lidelser, og at vi dermed i mindre grad blir i stand til å ta ansvar for våre egne handlinger (Kudahl & Jørgensen, 2011).

En annen negativ konsekvens vedrørende det å få en diagnose, er at den beskrivelsen diagnosen stiller medfører at atferden til vedkommende blir forstått, forklart og kanskje skapt i lys av diagnosen. Forklaringene kan risikere å lukke seg om seg selv på et reduksjonistisk vis; X fungerer slik fordi X har en bestemt diagnose og må derfor behandles som en følge av det. Dette fører til en begrenset nysgjerrighet etter det som ikke vises umiddelbart og kontekstuellet (Hertz, 2010). Poul-Erik Carlsen, som er formann for Danske Psykiateres og Barne- og Ungdomspsykiaterets Organisasjon, er av en litt annen oppfatning enn Brinkmann. Han mener at vi absolutt ikke er en del av noe som ligner et diagnosehysteri og synes at det stigende antallet diagnoser er et positivt uttrykk for at det er kommet en større åpenhet rundt psykiske lidelser, og at vi er blitt flinkere til å diagnostisere. Carlsen tror at økningen av ADHD- diagnosen kan skyldes at den ikke har vært kjent på samme måte som tidligere, og at man den gang ikke var flinke nok til å oppdage den (Kudahl & Jørgensen, 2011).

Det er tilsynelatende ulike oppfatninger om denne patologiseringen som har tatt plass de siste årene er bra eller dårlig. På en side kan det være at vi har blitt flinkere til å oppdage ulike sykdommer fordi vi har mer kunnskap, men det kan også være at vi er blitt for opptatt av å problematisere små ting som tidligere ikke ville vært et problem eller en sykdom. Dagens samfunn er opptatt av å kunne kategorisere ting, få et navn på tilstanden. Om det er en god

eller dårlig sak kan diskuteres, men jeg har ikke tenkt til å gjøre det nå, da det ikke har noe plass i denne oppgaven. Når det gjelder ADHD og økningen av diagnosen blir det nødvendig å knytte den til patologiseringen av uro, og hvordan urolig og problematisk oppførsel blir forstått. Jeg vil se nærmere på dette i neste kapittel.

3.2 Dagens forståelse av problematisk oppførsel

Ett annet sentralt spørsmål med tanke på hva som kan være en mulig årsak til at ADHD-diagnosen nærmest har blitt allemannseie, er hvordan barns oppførsel blir oppfattet i dagens samfunn og skole. I forrige kapittel var fokuset rettet mot hvordan hverdagslivet i økende grad har blitt patologisert og at normalitetsbegrepet stadig snevres inn. Jeg vil nå se på hvordan en patologisering av den urolige atferden kan påvirke økningen av ADHD-diagnostiseringen. For å kunne finne et mulig svar blir det nødvendig å finne ut hvordan problematisk oppførsel blir forstått av lærere, foreldre med flere, samt om barnas livsstil har noen form for påvirkning på deres oppførsel.

Nielsen og Jørgensen (2010) peker på at betingelsene for ADHD ikke kun eksisterer i individet alene som en biologisk faktor, men at det også er viktig å ta i betraktning den skolemessige praksis og hvilken atferd som beskrives som problematisk i skolen. ADHD er ikke kun navnet på en diagnose, men også en bestemt type atferd som blir klassifisert sosialt. I følge Nielsen og Jørgensen (2010) har skolepraksisen en betydning for utbredelsen av ADHD-diagnosen, og i denne sammenhengen er lærerens rolle vesentlig siden de ofte tar initiativ til å foreslå at barnet kan ha ADHD. For å kunne forstå utviklingen og utbredelsen av ADHD er det derfor betydningsfullt å koble utviklingen opp mot de diskursene som brukes til å forstå problematisk atferd i folkeskolen (Nielsen & Jørgensen, 2010). Jeg vil i det følgende se på hvordan ADHD blir betraktet som en sosial kategori i skolen. Det finnes ulike former og definisjoner av atferdsproblemer. Det vil ta for stor plass i denne oppgaven og utforske dette omfattende feltet i detalj. Jeg vil allikevel si noe om atferdsproblemer generelt i skolen og beskrive forskjellen på atferdsproblemer og ADHD. I litteraturen brukes uttrykkene problematferd og atferdsproblemer om hverandre i ulike sammenhenger. I dette kapittelet har jeg valgt å bruke begrepet atferdsproblemer om de problemene som eleven har som individ. Mens jeg vil se på uttrykket problematferd som den atferden som blir praktisert.

I grunnopplæringen i dag er det en relativt stor andel av elevene som har en atferd som ikke står i samsvar med de forventningene og normene som eksisterer i skolen. Problematferd i skolen handler om i hvilken grad gjeldende regler, normer og forventninger blir brutt av barnet og den unges atferd. Det er også viktig å legge til at det sees i forhold til i hvilken grad atferden brytes med hva som er forventet oppførsel for alderen. Atferden kan både hemme barnets læring og utvikling, føre til problemer for medelever og lærere, og forhindre positiv samhandling. Problematferden kan kun bli betraktet som problematisk dersom den vises regelmessig og over tid. I forhold til forstyrrelser og lidelser utgjør henvisning for ADHD og atferdsforstyrrelser i overkant av 40 prosent, og er dermed den hyppigste begrunnelsen for henvisning til psykisk helsevern for barn og unge. Det viser seg også at lærere gir uttrykk for at de i størst grad føler de mangler kompetanse når det gjelder atferdsproblematikk (NOU, 2009, s.18).

Hva er egentlig forskjellen på atferdsproblemer og ADHD? I hovedsak dreier atferdsproblemer i skolen seg om brudd på skolens forventninger, normer og regler. Det skilles mellom enkle, moderate og alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge. Problematferd er vanlig i skolen og enkelthendelser som bråk, uro, regelbrudd og opposisjon kan som oftest med enkle midler korrigeres av lærere. Elever som har moderate eller alvorlige atferdsproblemer utgjør en mindre gruppe. Med moderate atferdsproblemer menes norm og regelbrytende atferd eller opposisjonell atferdsforstyrrelse. Mens alvorlige atferdsproblemer betegnes som atferdsforstyrrelse eller antisosial atferd. ADHD faller inn under kategorien alvorlige atferdsproblemer og kategoriseres som en atferdsforstyrrelse. En atferdsforstyrrelse er ifølge ICD-10 en psykiatrisk diagnose som karakteriserer et vedvarende og gjentakende mønster av utfordrende eller aggressiv atferd (Ogden, 2009).

Statssekretær Lisbeth Rugtvedt (2008), setter på konferansen ”Hyperaktivitet og oppmerksomhets- problemer = Ikke alltid ADHD”⁷ søkelyset på om de urolige barna i dag er et produkt av et endret samfunn. Hun setter også spørsmålsteget ved om vi i dag har mindre toleranse for konsentrasjonsvansker og uro hos barn i skolen. ADHD er ofte en diagnose der elevene som har fått diagnosen beskrives som urolige, og som ofte flyr ”høyt og lavt”. En slik stereotyp forklaring på hvordan ADHD fremstår, er nok noe mange lærere i skolen har erfart. Spørsmålet blir da om de klarer å se forskjell på en elev som kun har litt mye energi og en

⁷ Arrangert av Klinikk for psykisk helse- Barn og ungdom, Ullevål universitetssykehus, Oslo.

som sliter med ADHD. Assisterende generalsekretær i ADHD Norge, Knut Bronder har uttalt følgende; *"Har du sett en med ADHD, har du sett én"* (Rugtvedt, 2008, s. 1) Dette utsagnet bidrar til å understreke betydningen av å være forsiktig med diagnoser og for raske konklusjoner (Rugtvedt, 2008). Befring (2008) påpeker at stempelet «atferdsvanskelig» kan bidra til negative «snøballeffekter», og at det derfor på et faglig og etisk grunnlag også er viktig å være varsom med å bruke diagnosen ADHD.

For å kunne finne svar på hvilken atferd som oppleves som problematisk i skolen, blir det nødvendig og finne ut hvilke forventninger skolen har til god atferd. I diagnosekriteriene for ADHD i DSM-IV er det noen implisitte antakelser om hvilke forventninger som ligger i god skolemessig atferd. Blant annet;

Viser ofte ikke oppmerksomhet for detaljer eller gjør slurvfeil i skolearbeid, arbeid og andre aktiviteter (...) forlater ofte plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner der det forventes at man skal sitte rolig (...) har ofte vansker med å følge med på instruksjoner og mislykkes i å fullføre skolearbeid, plikter eller oppgaver på arbeidsplassen (Rønhovde, 2004, s. 48, diagnostiske kriterier for ADHD fra DSM-IV).

Selv om dette er kriterier for hva som ikke er god atferd, er det forventninger om det motsatte som ifølge diagnoseredskapet er god skolemessig atferd. På bakgrunn av disse diagnosekriteriene kan man lese at den enkelte elevs forventede oppførsel på skolen settes som et kriterium for en tilsynelatende organisk lidelse. Den konkrete konteksten, som for eksempel organisering og lærerens kvalifikasjoner blir ikke sett i sammenheng med kriteriene og vurderingen av den skolemessige atferden (Nielsen & Jørgensen, 2010).

Ifølge Befring (2008) er det den mangelfulle helhetsforståelsen rundt ADHD- diagnosen som er mest alarmerende. Som nevnt i innledningen av dette kapitlet må diagnosen sees i forhold til den skolemessige praksis. Bronfenbrenner bruker et bioøkologisk perspektiv for å se samhandlingen mellom individet og omgivelsene. *"Han understreker det gjensidige samspillet mellom det aktive individets biologiske utrustning og faktorer i omgivelsene til individet som utvikler seg"* (Nordahl et al. 2009. s. 72). Dersom man bruker Bronfenbrenners perspektiv vil for eksempel samspillet mellom en elev med ADHD og to forskjellige skolemiljøer føre til ulike resultater. Et miljø som er uforutsigbart, ustrukturert og lite trygt, eller et miljø med tydelig grensesetting, tett oppfølging og godt tilrettelagt skole, vil

sannsynligvis føre til at elevens utvikling vil bli forskjellig avhengig av miljøet (Nordahl et.al, 2009). Pedagogisk forskning i sammenheng med lærernes forhold til barn med ADHD viser at lærerens utdannelsesnivå, evnen til å samarbeide, deres tålmodighet, og holdningen til barn med spesielle problemer, har en avgjørende innflytelse på om problemene til barna forbedres eller forverres (Nielsen & Jørgensen, 2010).

3.2.1 Å sette en ADHD- diagnose kan være vanskelig

I en pedagogisk vurdering må aktivitetsnivået til elever sees i sammenheng med vilkårene for utfoldelse i skolen. I skolesammenheng kan karakteristikk som rastløshet og hyperaktivitet fort bli brukt, og når det også ønskes aktivitetsdempende medisiner for dette, er det ifølge Befring et uttrykk for at skolen har for trange vilkår for utfoldelse. Skolen er dårlig tilpasset barns store behov for aktivitet, da det i stor grad er en sitte- og lytteplass. Spørsmål om toleranse dukker da opp, en toleranse for at det er variasjon i livsmiljøet (Befring, 2008). Som nevnt tidligere stiller Rugtvedt (2008) spørsmål ved om vi i dag har for liten toleranse for uro og konsentrasjonsvansker hos barn i skolen, og løfter fram en problematisering og diskusjon rundt ADHD begrepet. Hun legger vekt på at hyperaktivitet og oppmerksomhetsproblemer, ikke nødvendigvis alltid er ADHD og at det er vanskelig å sette diagnoser. Symptombildet som er uro som følge av en uoppdaget ADHD- diagnose hos et barn, kan hos et annet barn være forårsaket av en depresjon på grunn av en vanskelig skilsmisse hjemme (Rugtvedt, 2008). Idås og Våpenstad (2009) mener at det er en fare for at det blir gjort feildiagnostisering ved at barn som egentlig skulle blitt behandlet for depresjon, traumer, angst og stresslidelser faller inn under ADHD kategorien. Grunnen til dette er at symptomer som indre og ytre uro og konsentrasjons- og oppmerksomhetsproblemer også er symptomer for disse plagene.

Undersøkelser viser at det som oftest er lærerne som tar initiativ til å foreslå ovenfor foreldrene at deres barn muligens har ADHD slik at foreldrene deretter kan henvende seg til en lege (Nielsen & Jørgensen, 2010). Lege og forsker Anne Karin Ullebø, som nylig tok doktorgrad i forekomsten på ADHD, og som også har vært en del av et stort forskningsprosjekt «Barn av Bergen» er av den oppfatning at terskelen for ADHD- diagnosen i mange tilfeller er lagt for lavt og at merkelappen ADHD altfor ofte blir satt på andre lidelser (Fladberg, 2011b). I henhold til Nielsen og Jørgensen (2010), viser det seg at ADHD- diagnosen benyttes spesielt i Australia, Skandinavia og Nord- Amerika. Andre steder blir barnets problemer i mindre grad enn hva som er tilfellet ved ADHD- diagnosen, sett på som et

uttrykk for en biologisk dysfunksjon, og de er mer tilbøyelige for og heller stille atferdsforstyrrelsesdiagnoser enn ADHD- diagnosen.

Folkehelseinstituttet legger ikke skjul på at det er mange norske barn som egentlig skulle hatt en atferdsdiagnose istedenfor en ADHD- diagnose. Dr. Allen Frances, legen som ledet utvalget som tok ADHD inn i den amerikanske diagnosemanualen i 1994, har i senere tid uttrykt at det er altfor mange barn som har blitt trukket inn i en «falsk epidemi». Under tittelen «It's not too late to save normal» i LA Times i fjor, skrev han blant annet at kriteriene for diagnosen var for vide og favnet mange som ville hatt det enda bedre utenfor psykiatrien. Tor Eikeland, generalsekretær i ADHD Norge er ikke enig i at for mange norske barn får ADHD -diagnosen, og nevner at det viktigste for han er at de barna som faktisk har ADHD får vite det tidlig slik at tiltak kan settes inn fort (Fladberg, 2011a).

Ullebø mener at det er veldig vanskelig å sette en ADHD- diagnose, og at forekomsten varierer i henhold til hvor grensen i hvert enkelt tilfelle settes, og hvilken metode man bruker. Hun er skeptisk til at fastslått ADHD skal medisineres og mener at ikke- medikamentell behandling og atferdsstøttende tiltak er like viktige. Under hennes forskning på det nevnte prosjektet, «Barn av Bergen», ble det funnet rapporterte ADHD- symptomer fra lærere og foreldre til 6000 barn. Av barna var det rundt fem prosent som ble gitt et symptombilde som var forenlig med ADHD. Og ved en nærmere undersøkelse kom det fram at det kun var to prosent av barna som oppfylte de europeiske kravene til diagnosen med oppmerksomhetsproblemer, impulsivitet og hyperaktivitet. Når det gjelder diagnostisering og pårørende møter Ullebø også ofte foreldre som opplever press fra skolen om å få gitt elever med spesielle behov en ADHD- diagnose. Foreldrene føler det er vanskelig å stå imot presset siden diagnosen gir ekstra ressurser, men samtidig møter hun også foreldre som ønsker en diagnose til barnet sitt, da det er den eneste måten barnet kan få hjelp på (Fladberg, 2011b).

3.2.2 ADHD, oppdragelsesbetingelser og den teknologiske livsstil

Når det gjelder dagens forståelse av problematisk atferd spiller foreldrenes oppdragelsesbetingelser og krav til barna en betydningsfull rolle. ADHD må også sees i lys av de endringer som har skjedd i familiestrukturen. Før i tiden var mor hjemme og far på arbeid, mens i dag er ofte begge foreldrene på jobb. Barn i dag går forttere inn i det offentlige område enn tidligere, noe som stiller et større krav til sosial kompetanse og selvstendighet. Nielsen og

Jørgensen hevder også at den manglende kjønnsmessige arbeidsdelingen i dagens familier fører til et stadig press rundt familien, som et rom for omsorg og oppdragelse for barna. Det er også mange som ikke har overskudd, motivasjon eller tid til å ha det fokuset som kreves for å håndtere ADHD- lignende atferd. Ritalinbehandlingen blir ifølge Hart i denne sammenhengen en medisinsk behandling av et kulturelt og sosialt problem i det senmoderne samfunn. En behandling som erstatter elementer som er tidskrevende i den tradisjonelle oppdragelsen (Nielsen & Jørgensen, 2010).

Som nevnt tidligere er det som oftest lærerne som tar initiativ til å foreslå ovenfor foreldrene at deres barn muligens kan ha ADHD. Men det er også foreldre som kommer til lærerne med tanker om at deres barn kan ha ADHD. Mye tyder på at det primært er mødre som introduserer diagnosen i hjemmene. Flere kvinner som har urolige barn med ADHD- lignende atferd føler det som et personlig nederlag at de ikke klarer å styre barna sine, og for å gjenetablere kontrollen deres med barnet søker de medisinsk behandling. De føler seg utilstrekkelige som mødre og ser ofte den biologiske forklaringen ADHD har som en frikjennende forklaring. Undersøkelser viser at det er uenighet mellom mødre og fedre om barnets oppførsel skal oppfattes som patologisk. Fedrene har en tendens til å ikke oppfatte, spesielt guttenes problemer, som noe som trenger en diagnose eller medisinsk behandling. De mener at guttenes uro og problemer er en del av det å være gutt, mens mødre er stiller seg mer åpne til diagnose som en mulighet (Nielsen & Jørgensen, 2010).

I sammenheng med hvordan barns oppførsel blir oppfattet i dag er det også nødvendig å legge til den endringen som har skjedd i barns livsstil, med tanke på den hurtige og teknologiske verden vi har i dag. Thomas Armstrong (2006), som har en biokulturell innfallsvinkel til diagnosen hevder at barn som blir merket med ADHD er budbringerne av dagens paniske ”stressed-out culture”. Han mener at istedenfor å kategorisere ADHD som noe som kun er en del av barnet, burde vi heller oppfatte oppførselen deres som symptomer på en videre dysfunksjon. Gjennom å bruke denne informasjonen mener han at vi kan gjøre vesentlige forbedringer i våre kulturelle institusjoner. Den såkalte ADHD- oppførselen avslører ifølge Armstrong, mer den konteksten vi lever i, enn spesifikke mekanismer som finnes i en individuell hjerne (Armstrong, 2006).

Dagens unge sitter mer stille foran tv'en og datamaskinen enn tidligere, og mengden av lek og fysisk trening har avtatt. Dette blir ifølge psykologen Sami Timimi ofte kalt "the domestication of childhood", altså en temmet barndom. Når det gjelder TV og i videospill har det de senere årene vært en eksponentiell vekst i tempo og intensiteten av stimulering på disse teknologiske gjenstandene. Det elektroniske mediet som er hurtig, ikke-språklig og visuelt forstyrrende kan barn bruke opptil flere timer på, og dette kan muligens forandre barns tankegang. Dersom de blir eksponert for Tv og dataspill i en tidlig alder kan det føre til en form for sensorisk avhengighet. Denne avhengigheten kan lede til problemer for barna når de blir bedt om å tilpasse seg miljøer som er mindre stimulerende, som for eksempel skolen (Timimi, 2009; Armstrong, 2006).

En annen sterk sosial understrøm som trenger oppmerksomhet med tanke på økningen av ADHD, er ifølge Armstrong at den frie og ustrukturerte leken som en gang var og som gradvis har forsvunnet i vår tid. Tidligere var barn flinkere til å finne på leker, bruke gjenstander som de fant, mens de i dag tilbringer mer tid til å leke innendørs med ulike leker, gjøre lekser, se på TV, bruke internett eller spille videospill (Armstrong, 2006). Den amerikanske psykologen Jaak Panksepp med flere mener at slike innendørs aktiviteter, som data og TV, fører til at dagens barn vokser opp med mangel på frisk luft og fysiske utendørsaktiviteter. Dette fører til at aktive gutter oppfører seg som "inneburede dyr". En annen amerikansk psykolog, Grace Jackson, har konkludert med at barn i dag som et resultat av for mye eksponering for det elektroniske media, kan lide av det hun kaller for "dromospheric pollution". Den nærmeste oversettelsen til norsk blir "fartsforurensning". Hun tror at denne "fartsforurensningen" skaper barn som er avhengige av multi- tasking, fersk stimulanse og fart. Dette kan føre til endringer både psykologisk og muligens biologisk hos barna (Timimi, 2009).

3.2.3 Blir problematisk oppførsel ofte feiltolket til en ADHD- diagnose?

Folkehelseinstituttet er ikke redde for å innrømme at det er mange norske barn som skulle ha byttet ut ADHD- diagnosen sin med en atferdsdiagnose. Selv legen, Allen Frances som har deltatt i å utforme den amerikanske diagnosemanualen, har uttalt at altfor mange barn har blitt dratt inn i det han kaller en «falsk epidemi». Norske lærere mener også at det er området atferdsproblematikk de mangler størst kompetanse ved. Denne kombinasjonen av de tre

nevnte oppfatningene kan se ut til å være noe som bidrar til at ADHD- diagnosen øker i dagens skole.

Det viser seg gjennom undersøkelser at det som oftest er lærerne som kommer med initiativ til å stille forslag ovenfor foreldrene om deres barn kanskje kan ha ADHD. Det er ikke unaturlig at det er lærerne som oftest kommer med forslag om dette, da de i hverdagen jobber med jevnaldrende barn i grupper. Sannsynligvis legger de fort merke til de barna som er over gjennomsnittet ukonsentrerte og hyperaktive. Men kan det være tilfelle, at lærerne er for kjappe til å sette ADHD- merkelappen på alt som kan ligne på ADHD- symptomer. Som tidligere nevnt fant legen og forskeren Anne Karin Ullebø ut, (gjennom forskning til prosjektet "Barn av Bergen") at av de 6000 barna som lærere og foreldre hadde rapportert inn med ADHD- symptomer, så var det kun fem prosent av barna som ble gitt et symptombilde som var forenelig med ADHD. Videre viste det seg ved en nærmere undersøkelse, at det overraskende bare var to prosent av barna som oppfylte de europeiske kravene til diagnosen ADHD. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at ADHD- diagnosen og den problematiske oppførselen til dagens barn kan være noe misforstått.

Hvordan blir problematisk oppførsel tolket og forstått av voksne i dag? Lisbeth Rugtvedt kommer med flere gode poeng i den nevnte konferansen, "Hyperaktivitet og oppmerksomhets- problemer = Ikke alltid ADHD". Bare tittelen i seg selv sier mye om hvordan ADHD- diagnosen kan ha tatt noe overhånd i Norsk skole. Hun stiller som tidligere nevnt spørsmål ved om vi i dag har for liten toleranse for uro og konsentrasjonsvansker hos barn i skolen. Gjennom diagnosekriteriene for ADHD i DSM-IV, som tidligere er gjengitt, finner man flere kriterier for hva som ikke er god skolemessig atferd. Ved å tolke kriteriene kan man få noen antakelser om hva som er forventninger om god atferd i skolen, da det mest sannsynlig er det motsatte av kriteriene. På bakgrunn av de kriteriene jeg har plukket ut (jf. s.20), kan man begynne å lure på om de forventningene vi har til barn vedrørende god atferd er for høye? Jeg mener hvor mange barn er det ikke som ofte ikke viser oppmerksomhet for detaljer eller gjør slurvefeil i skolearbeidet sitt. Eller som kan ha problemer med å følge med på instruksjoner, og kan mislykkes i å fullføre skolearbeid, oppgaver eller plikter på arbeidsplassen sin. Det trenger heller ikke å bety at de har ADHD selv om de forlater plassen sin ofte i klasserommet, eller i andre situasjoner der det forventes at de skal sitte rolig. Nå er det riktignok slik at det er rammer for antall kriterier som skal være oppfylt, og et

tidsperspektiv som skal legges til grunn før en ADHD- diagnose kan fastslås. Men disse kriteriene gir et lite bilde av hvordan diagnosesystemet mener at den type oppførsel er et tegn på ADHD.

Som Befring (2008) nevner, må aktivitetsnivået sees i sammenheng med vilkårene for utfoldelse, og han hevder at skolen har trange vilkår for utfoldelse. Det er i stor grad en sitte- og lytteplass, og for barn som har et stort aktivitetsbehov kan det da bli vanskelig å følge forventningene om å være rolig. Er lærere flinke nok til å tolerere at variasjonen blant barn er mangfoldig, rolige som aktive? Eller blir de lett grepet av den stereotypiske forklaringen på hvordan et barn med ADHD oppfører seg, hyperaktive med vanskeligheter for å konsentrere seg. Som generalsekretæren i ADHD Norge har uttalt; ”Har du sett en med ADHD, har du sett én”. Dette utsagnet bidrar til å fremheve at det er nødvendig å være varsom med for raske konklusjoner og diagnoser. Hvordan symptomene utfolder seg er individuelt, og barn som har ADHD trenger ikke alltid å ha noen flere likhetstrekk enn at de sliter med de samme utfordringene. Men det er ikke alltid like lett å vite om barnet kun har et større aktivitetsbehov enn sine medelever, om barnet sliter med en depresjon, angst eller om vedkommende har ADHD.

Ullebø understreker at det er vanskelig å sette en ADHD- diagnose, samt at forekomsten varierer med tanke på hvilken metode man bruker, og hvor grensen i hvert tilfelle settes. Det er flere som støtter formodningen om at det er vanskelig å sette en diagnose, blant annet Rugtvedt. Hun påpeker at uro, som er en del av symptombildet til ADHD, kan hos et barn for eksempel skyldes depresjon på grunn av en vanskelig skilsmisse i hjemmet. Idås og Våpenstad (2009) tror også at barn som egentlig skulle vært behandlet for depresjon, traumer, stresslidelser og angst faller inn under ADHD- kategorien. Årsaken til at de mener dette er som tidligere nevnt, at konsentrasjons- og oppmerksomhetsproblemer, og indre og ytre uro også er symptomer for disse plagene. Det betyr at faren for feildiagnostisering kan forekomme. Som nevnt påpekte NOU at atferdsproblemer er det området lærerne føler seg mest usikre på. På bakgrunn av dette er det også grunn til å tro at de kan føle seg usikre på hva ADHD innebærer, da det eksempelvis ikke er mye undervisning om dette i løpet av allmennlærer- studiet.

I dagens lærerutdanning er det altfor lite fokus på hvordan man skal kunne oppdage, forholde seg til, og hjelpe elever som har ADHD eller andre diagnoser. Ferdigutdannende lærere går inn i norsk skole med lite kunnskap om hvordan man best mulig kan legge merke til, og møte elever som har en diagnose eller en sykdom. Med dette mener jeg ikke at den pedagogikken vi lærer gjennom utdanningen er for dårlig, men det er en mangel på viktig kunnskap som uteblir. Dersom en ikke velger å fordype seg i spesialpedagogikk, vil man gå glipp av å få innsyn i hvordan en skal forstå og møte elever som har en diagnose eller andre vansker. Når det gjelder pedagogikk er det uante mengder å lære, og som lærer vil en aldri bli en utlært pedagog. Det er eleven som er det viktigste fokuset i skolen, og hvordan skal en kunne være sikker eller usikker på om en elev har ADHD dersom en har mangel på kunnskap om elevens atferd og væremåte? Mangelen på kunnskap hos lærere, kan være blant årsakene til at økningen av ADHD- diagnosen har vært så stor. Det er vanskelig å skille mellom hva som er atferdsproblemer og hva som er ADHD, dersom man ikke har nok kjennskap til diagnosen. Det bør være på tide å inkludere spesialpedagogikk som obligatorisk fag i lærerutdanningen. Som nevnt tidligere i oppgaven er det 3-5 % barn som har ADHD i Norge, og det vil si at alle som utdanner seg til lærere sannsynligvis vil møte flere elever med ADHD gjennom sin yrkeskarriere.

Lite fokus på spesialpedagogikk i lærerutdanningen fører til lite fagkunnskap blant dagens lærere. På bakgrunn av dette blir det nødvendig å gi lærere en kompetanseheving innenfor ulike temaer i spesialpedagogikken. Dette kan gjøres gjennom kursing og foredrag. Det blir viktig å sette fokus på forskjellen mellom ADHD og atferdsproblemer. Det vil også være opp til læreren selv å lese seg opp, dersom hun/han har elever med en funksjonsforstyrrelse eller vanske vedkommende kan lite om. Det er av betydning å nevne at alle lærere er pedagoger, men ikke alle er spesialpedagoger. Det blir derfor viktig at lærere får den spesialpedagogiske hjelpen de trenger for å kunne avdekke om atferden til eleven krever en diagnose eller ikke.

En annen faktor som har betydning for utbredelsen av diagnosen, er den mangelfulle helhetsforståelsen rundt ADHD- diagnosen, som det ifølge Befring er en alarmerende mangel på. Nielsen og Jørgensen (2010) hevder som tidligere angitt at betingelsene for ADHD eksisterer ikke kun alene i individet som en biologisk årsak, men at det også er viktig å ta den skolemessige praksis og hvilken atferd som beskrives som problematisk der i betraktning. De understreker også at ADHD er en bestemt type atferd som blir sosialt klassifisert. Ved bruk av

Bronfenbrenners bioøkologiske perspektiv ser man samhandlingen mellom individet og omgivelsene. Som nevnt tidligere vil sannsynligvis samspillet mellom en elev med ADHD og to forskjellige skolemiljøer føre til ulike resultater. Men dette gjelder også for barn som ikke i utgangspunktet har noen problematisk oppførsel, eller barn som kun har atferdsproblemer og ikke ADHD. Dersom læreren for eksempel er ustrukturert med få grenser, vil det sannsynligvis danne en grobunn for en urolig klasse, som kan føre til at elevene som i utgangspunktet kunne vært rolige, blir motivert til å bråke. Mye bråk vil føre til ukonsentrerte elever, noe som igjen kan føre til at det kan tilsynelatende virke som om det er flere elever med ADHD, enn det i utgangspunktet er.

Det kan være at lærere og voksne glemmer å ta miljøfaktorene i betraktning med tanke på hvordan de oppfatter problematisk oppførsel. Dersom det er tilfelle, kan det da være enda mindre sannsynlighet for at de tenker på at foreldrenes oppdragelsesbetingelser, og hvordan barns livsstil i dag kan henge sammen med problematisk oppførsel. Barn går som nevnt tidligere inn i det offentlige område i dag, enn før i tiden, og det stiller et større krav til sosial kompetanse og selvstendighet. I dag er som oftest begge foreldrene ut i arbeid, og Nielsen og Jørgensen (2010) hevder at det er flere som ikke har overskudd, tid eller motivasjon til og kunne håndtere en ADHD- lignende atferd. Men på en annen side er det også som oftest mødre som bringer diagnosen til hjemmene, da de kan føle det som et personlig nederlag at de ikke klarer å holde styr på barna sine. Ifølge Nielsen og Jørgensen (2010) søker de medisinsk behandling for å kunne gjenetablere kontrollen deres med barnet. Det er nødvendig å nevne at dette selvfølgelig ikke gjelder alle mødre som har urolige barn, spesielt med tanke på medisinsk behandling. Som jeg kommer tilbake til senere i oppgaven er det mange foreldre som ønsker å finne andre løsninger, enn medikamentell behandling, for å hjelpe barnet sitt med de utfordringer ADHD måtte bringe.

Videre er det betydningsfullt å nevne at den endringen som har skjedd i barns livsstil med tanke på den teknologiske og hurtige verden vi har i dag, kan ha innvirkning på deres oppførsel. Det er flere psykologer som mener at dette har en stor innvirkning på barn, men har lærere, leger og foreldre fått med seg at det elektroniske mediet har flere konsekvenser enn underholdning? Ville det vært færre barn som hadde hatt ADHD dersom de lekte mer og teknologien ikke tok så stor plass i hverdagen deres? Armstrong (2006) påstår som nevnt tidligere at barn som blir merket med ADHD er budbringere av det han kaller dagens paniske

”stressed- out culture”. Den frie og ustrukturerte leken har gradvis forsvunnet litt og blitt erstattet med elektroniske medier som TV, internett og videospill.

Ifølge Timimi (2009), kan som nevnt det elektroniske mediet, som både er hurtig, ikke-språklig og visuelt forstyrrende muligens forandre barns tankegang. Ved å bli eksponert for dette tidlig kan det føre til en sensorisk avhengighet, som igjen kan lede til vanskeligheter for barna når de skal være i miljøer som er mindre stimulerende, som skolen. Psykologen Panksepp hevder at unge i dag vokser opp med mangel på frisk luft og utendørsaktiviteter siden dette blir erstattet med alle disse innendørs aktivitetene (TV, dataspill), noe som etterlater aktive gutter til å oppføre seg som ”inneburede dyr”. Alt det nevnte får en til å stille spørsmål ved om det er måten vi lever på i dag som har ført til at økningen av ADHD-diagnosen har vært så enorm?

De som er voksne i dag vokste opp under andre omstendigheter enn det barna deres gjør, og kan kanskje ha vanskeligheter for å sette seg inn i hvordan det er å vokse opp i dagens samfunn, hvor det teknologiske tar mye plass. De var kanskje vant til og leke i større grad, både ute og innendørs, og levde et mer aktivt liv. På en måte sier det seg selv at mindre fysisk aktivitet og mye stillesitting foran pc eller tv-skjermen, vil føre til at det kan være vanskelig å sitte stille på skolen. Barn har mye energi, og dersom de ikke får utløp for den på fritiden kan det føre til at de heller bruker skolen som et sted til å få utløp for energien. Det er nødvendig at foreldre og lærere i større grad tar hensyn til de elektroniske medienes påvirkning. Kanskje kan det være en ide at foreldrene setter tydelige grenser for hvor mye tid barna deres får lov til å bruke på elektroniske medier. Siden ADHD har et genetisk og nevrobiologisk grunnlag, kan man ikke skyldes på at mindre lek og mer teknologi er en årsak til at det er flere som har ADHD i dag. Men det kan være at dersom barn lekte mer og brukte mindre tid på elektroniske medier, så ville de ikke vært så urolige på skolen. Noe som igjen hadde ført til at færre ville blitt, for eksempel feildiagnostisert. Det er altså på tide at dagens barn blir mer aktive.

3.3 ADHD og den medisinske industri

Når det gjelder behandling av ADHD er bruk av legemidler et alternativ som ofte blir benyttet. Inntil 2009 var medikamentell behandling med Ritalin eller dekstroamfetamin, ifølge Strand (2009), et førstevalg med tanke på behandling av ADHD. Som nevnt tidligere

skriver Dagsavisen at det i dag per dags dato er 30 000 personer i Norge som tar medikamenter for ADHD, og at bruken av sentralstimulerende medikamenter har blitt doblet i løpet av de siste seks årene. I 2006, da Norge lå på verdenstoppen i bruk av medisin mot ADHD, uttrykte FNs narkotika-organ sin bekymring (Forbundet mot rusgift, 2006). Det er ingen tvil om at den farmasøytiske bransje har mye penger å tjene på at ADHD-diagnosen er i en stigende kurve, spesielt med tanke på at medikamentell behandling var et førstevalg inntil 2009. I løpet av en tiårs periode fra 1999 til 2009 økte salget på ADHD-medisiner fra 4 millioner til 165 millioner kroner i Norge. I 2010 hadde salget steget igjen til hele 172 millioner kroner. (Folkehelseinstituttet, 2009; Dagsavisen, 2011).

Spørsmålet blir da om foreldre og lærere er godt nok informert om hvilke bivirkninger en medikamentell behandling kan ha for et barn eller ungdom med ADHD? Tar de og legene for lett på å gi medisin til barn og unge med ADHD, når man i utgangspunktet kan begynne med å jobbe med atferdstrening og pedagogiske tiltak? På bakgrunn av disse spørsmålene blir det også viktig å legge til at det selvfølgelig er barn og unge som virkelig trenger medisin for å kunne fungere i hverdagen. Men med tanke på at bruken av sentralstimulerende midler har blitt doblet i løpet av de seks siste årene, er det en god grunn til å se på den sterke medisinske utviklingen med et kritisk blikk.

3.3.1 Virkning og bruk av medikamentene

Ifølge veilederen, "Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD" skrevet av Sosial- og helsedirektoratet (2007), bør man vurdere å iverksette behandling av med legemidler og andre behandlingstiltak dersom symptomene til pasienten er så omfattende at det medfører en vesentlig funksjonsnedsettelse. De legemidlene som er aktuelle og kan skaffes i Norge per år 2007 er sentralstimulerende legemidler som, metylfendiant (Ritalin, Concerta, Equasym), dekstroamfetamin, racemisk amfetamin og atomoksetin som ikke er sentralstimulerende (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Sentralstimulerende medisiner kan gi gunstig effekt hos opptil 80 prosent, og allerede 30 minutter etter at tablett er tatt kan endringen av atferden skje. Atferden til barnet blir da samlet og rolig, og gjør at vedkommende kan sitte lenge med oppgaver eller leker godt konsentrert. Flere dokumenterte effekter ved bruk av sentralstimulerende legemidler, er blant annet at impuls kontroll, uoppmerksomhet, kognitiv nivå, innlæringssevne, selvfølelse og evne til positivt samspill forbedres. Samtidig kan aggressivitet, reaksjonstid og forstyrrende atferd bli redusert (Strand, 2009).

Det som skjer er at medikamentene normaliserer de forhold i hjernen som regulerer hemningsmekanismer og impulsstyring, og bedrer oppmerksomheten ved at medisinen påvirker signalstoffene i hjernen som er i ubalanse ved ADHD. Hjernen blir da i bedre stand til å styre handlinger med tanke på fokusering og respons på noen impulser. Det motoriske fungerer også bedre, mens noen impulser til hjernen blir hemmet. Medisinen bidrar ikke til å gjøre vedkommende mer intelligent, sosial kompetent eller skoleflink, men den hjelper til å normalisere en nevrokjemisk ubalanse. Dette bidrar til at den som tar medisinen får mulighet til å utnytte sitt evnemessige potensial bedre (Rønhovde, 2004).

Den informasjonen foreldre får om ADHD og medisinerer både fra helsevesen, leger og BUP, gir ifølge Elsa Wendel foreldrene en oppfatning av at medisinerer er bra og nødvendig, samt at det følger minimale bivirkninger. Veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet (2007) underbygger dette, da det står at de bivirkningene som er hyppigst rapportert er søvnløshet, nedsatt appetitt, vekttap og hodepine. Foreldre får ofte høre at ADHD er en nevrobiologisk lidelse som bør bli behandlet med medisiner. De får vite at medisinerer trengs for at barnet skal kunne lære mer, få en bedret oppførsel, bli flinkere sosialt, samt at medisinerer skal være med på å forhindre senere rusmisbruk og eventuell kriminalitet i fremtiden. Bivirkningene blir lagt frem som forbigående og milde. Alt dette høres flott ut når fagfolk legger det frem på denne måten, og i henhold til Wendel finnes det flere eksempler på foreldre som omtrent føler seg tvunget til å sette barna sine på medisinerer (Wendel, 2009).

Et eksempel på personer som legger frem bivirkningene for foreldre som få og milde, samt at medisinerer ikke gir risiko for misbruk eller avhengighet, er Agneta Hellström. Hun jobber ved ADHD- centeret i Stockholm og har blant annet drevet et eget firma, Sinus AB, som var tilknyttet en produsent av ADHD- midlet Strattera, legemiddelselskapet Eli Lilly. Videre har hun i den svenske ADHD- foreningen Attention, vært en del av Kunnskapsrådet. Det er blant annet dette Kunnskapsrådet som har vært sterkt medvirkende til at utskrivningen av ADHD- medikamenter har eksplodert i Sverige. De svenske helsemyndighetene støttet hennes beskrivelse av medikamentene inntil hun skulle gi samme informasjon om medikamentene til innsatte i et fengsel i Sverige. Da ville de endre på informasjonen og setningen, ”få og milde bivirkninger” ble strøket. Utallige bivirkninger ble påført, blant annet: magesmerter, innsøvningssvanser, hodepine, angst, fiendtlighet. De uvanlige bivirkningene som ble lagt til var selvmordsforsøk, rytmeforstyrrelser i hjertet, hallusinasjoner, og at det var en risiko for å

utvikle avhengighet ved høye doser. Dette tilfellet viser at foreldre og lærere i skolen får informasjon om at det er få og milde bivirkninger, mens de innsatte blir informert om mange og alvorlige bivirkninger (Wendel, 2009).

Som nevnt blir det påstått at ved en tidlig medisinerings og behandling av ADHD, vil senere rusmisbruk og kriminalitet kunne forebygges. Idås og Våpenstad påstår at dette er feil, og at det i så fall er en forenklet tolkning av forskjellige årsak- virkning- mekanismer. Spørsmål som dette kan kun besvares med prospektivt- logitudinelle undersøkelser, der barn med og uten ADHD, som er sammenliknbare blir fulgt opp. Idås og Våpenstad fant 21 tidligere prosjekter som oppfylte dette kravet. Resultatene viste at barn med ADHD ikke i høyere grad, enn hva som er forventet, blir kriminelle eller rusmiddelmisbrukere. Basert på disse prosjektene, betyr det at foreldre til barn med ADHD kan bli beroliget med at det ikke er noen større fare for at deres barn skal bli misbrukere av stoff, alkohol eller lovfortredere i forhold til andre barn. De konkluderer med at man ikke kan begynne med medisinerings som et argument for å redusere eventuell senere kriminell atferd eller rusmisbruk (Idås & Våpenstad, 2009).

3.3.2 ADHD- medisinenes økonomiske verdi og vekst

Den farmasøytiske industrien finansierer omtrent 60 prosent av den medisinske forskningen. De utøver press på forskere, universiteter og forskergrupper for at resultatene de kommer frem til skal være av medisinsk interesse (Musschenga et al. 2010). Store deler av ADHD-forskningen blir gjort under psykiatriens kontroll, og i flere av tilfellene blir denne forskningen sponset av den farmasøytiske industrien. Dette fører til at Ritalinbehandling ofte står i fokus. I forståelse av ADHD- problematikken blir stort sett kulturelle og sosiale elementer neglisjert i denne forskningen. Resultatene av forskningen viser typisk til at behandling med Ritalin er en rask og enkel måte å dempe urolige barn på, fremfor arbeid med langvarige terapeutiske opplegg (Nielsen & Jørgensen, 2010). En rapport fra Espicom Business Intelligence i 2005⁸, viser at i 2004 var verdien av ADHD- markedet 2,5 milliarder dollar. Videre skriver de at i 2010 regner de med at det globale salget av ADHD- medisiner vil være 3,3 milliarder dollar. Grunnen til denne økningen vil da skyldes en større behandling av nye pasienter, spesielt voksne, og utvikling av nye medisiner. Denne rapporten viser at

⁸ Firma som utgir informasjon og analyser om det medisinske marked (Rose 2010).

ADHD- markedet er et typisk eksempel på et nischemarked blir utnyttet av medisinske firmaer, som ser sitt snitt til å introdusere nye preparater som kan være med på å gi kapital (Rose, 2010).

Internasjonalt har det i løpet av 1990- tallet vært en skarp økning av ADHD- medisiner, spesielt i USA. Ifølge den amerikanske føderale administrasjonen, US Drug Enforcement Agency, har produksjonen av metylfediant økt fra 1,768 kilo i 1990 til over 14,957 kilo i 2000. I samme tidsperiode hadde produksjonen av amfetamin en økning fra 417 kilo til 9007 kilo. Dette førte til at utskrivelsen av resepter på metylfediant hadde økt til omtrent 11 millioner per år, og for amfetamin omtrent 6 millioner på slutten av 1990- tallet. Majoriteten av resepter på disse medisinene er til barn som har diagnosen ADHD i USA. I henhold til FN er det også en økende verdensomspennende trend på å skrive ut slike medisiner til barn, men dog ikke en så kjapp økning som i USA (Prout, 2005).

3.3.3 Behandling av ADHD i Norge

Det er i dag 30 000 personer i Norge, både barn og voksne, som tar medikamenter for ADHD og sammenlignet med året før er det en økning på 3000. Folkehelseinstituttet mener at økningen i bruk av sentralstimulerende midler ved ADHD må betraktes i forhold til ”Opptrappingsplanen for psykisk helse”⁹. Et av målene for denne planen var å øke tilgjengeligheten og kapasiteten til fagpersonell for barn og unge som har psykiske lidelser. I opptrappingsplanen ble det blant annet antydnet en underdiagnostisering og underbehandling av ADHD. Dette har ifølge Folkehelseinstituttet ført til at flere barn og unge får medikamentell behandling, i tillegg til annen behandling for ADHD (Dagsavisen, 2011; Folkehelseinstituttet, 2009). Steinar Madsen som er avdelingsoverlege i Statens legemiddelverk påpeker hvor viktig det er at barne- og ungdomspsykiatrien i Norge har nok kapasitet til å følge opp. Han sier til Dagsavisen at det er bekymringsfullt at det er så mange som bruker ADHD- medisiner, med tanke på at det krever en kapasitet i barne- og ungdomspsykiatrien som han er redd de ikke innehar. I tillegg til andre hjelpetiltak skal pasienter som bruker disse medisinene også ha psykologisk behandling. Samtidig kreves også en tett oppfølging med hensyn til effekt og bivirkninger ved medisiner (Dagsavisen, 2011).

⁹ En omfattende helsepolitisk reform som gikk over ti år (1998-2008) (Forskningsrådet, 2009).

I henhold til Madsens bekymring over mangel på kapasitet, mener også forskningsleder og professor i barns og unges psykiske helse, Willy- Tore Mørch at det er store problemer knyttet til behandlingen av ADHD i dag. Det første er at barn som regel starter med medisiner som første behandlingstiltak etter at de har fått diagnosen. Dette kan skje uten at den medisinske behandlingen blir kombinert med et forskningsbasert atferdsterapeutisk foreldretreningstiltak, også kalt, Parent Management Training. Dette er en metode som er godt dokumentert, og som kan gis til foreldre i grupper eller enkeltvis. Programmet bygger på kommunikasjonsteori og sosial læringsteori. Behandlingsformen er utviklet for barn som har atferdsvansker, og rettet mot foreldre som har barn med kombinasjonen ADHD og atferdsvansker i 6-12 års alderen (Mørch, 2010; Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Gjennom atferdsbasert foreldreopplæring får foreldre en praktisk kompetanse og mental beredskap til å møte barnets impulsivitet, konsentrasjonsproblemer og uro. Dette vil føre til at problemene ikke øker, men kommer under sosial kontroll og avtar. Dersom barnet kun får medisin vil den virke som om man slår en bryter på og av, ved at den har umiddelbar virkning, men slutter å virke kjapt når medisinen tas bort. At barnet skal bruke medisiner konstant er ikke noe mål, så det blir derfor nødvendig at lærere og foreldre trenes opp til å være i stand til å møte barnets atferd på en hensiktsmessig måte. Forskning viser at gjennom foreldretreningsprogrammer, og ved at barnet øver seg på konsentrasjons- og impulsteknikker, så er det mulig å redusere ADHD- symptomene. Internasjonal forskning viser til at det er kombinasjonen av foreldretrening og medisiner som er mest effektiv, og gir den beste langvarige effekten. På tross av dette begynner barn og unge på medisiner helt alene uten foreldretrening. Det andre sentrale problemet er at innenfor poliklinikkene er det større utredningskompetanse i forhold til kompetanse i forskningsbasert foreldretrening. Dette fører til at barna enten blir utredet uten å få noen behandling videre, eller at de kun får en medisinsk behandling (Mørch, 2010).

3.3.4 Hva kan gjøres for å endre økningen av medisin mot ADHD?

Det faktum at Norge lå på verdenstoppen i bruk av medisin mot ADHD i 2006, og at FN uttrykte sin bekymring bør være grunn god nok til at både leger, lærere og foreldre bør tenke seg om to ganger før de skriver ut, anbefaler eller ønsker å bruke medisin som behandlingsmåte mot ADHD. Med dette mener jeg ikke at det ikke finnes tilfeller der medisin

er høyst nødvendig for at barnet eller den unge skal kunne fungere i hverdagen, det gjør det så absolutt. Men med denne økningen ser det ut til at medisin blir et alternativ som kanskje blir tatt litt for kjapt i bruk med tanke på at det finnes andre behandlingsmåter. Hva kan være bakgrunnen for at økningen av ADHD medisiner har vært så voldsom? Så klart henger dette spørsmålet sammen med en økning av selve diagnosen, men hvorfor er det slik at vi ikke er flinke til å ta i bruk andre alternativer enn medisin?

Som nevnt tidligere var behandling med Ritalin eller dekstroamfetamin et førstevalg fram til 2009, og veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet (2007), skriver at dersom symptomene til pasienten er så omfattende at det medfører en vesentlig funksjonsnedsettelse bør man vurdere å starte behandling med legemidler og andre behandlingstiltak. Det betyr at ADHD-diagnosen skal ramme barnet ganske sterkt før medisin er et nødvendig alternativ. Helsemyndighetene regner med at det er 50 000 barn og unge under 18 år som har ADHD i Norge i dag. Men kan det virkelig stemme at medisin er nødvendig for så mange som 30 000 personer? Nå er det riktignok medberegnert voksne i dette tallet, men likevel er dette en løsning foreldre og lærere tar for lett imot? Og hvem er det i så fall som påvirker dem til å bruke medisin?

Det er helsevesenet, leger og BUP som informerer foreldre om medisiner, og Elsa Wendel (2009) mener at de gir foreldrene en oppfatning av at medisineringen er nødvendig og bra, og at bivirkningene er minimale. De får visst også ofte høre, ifølge Wendel, at ADHD bør bli behandlet med medisiner og at medisineringen trengs for at barnet skal kunne lære mer, få en bedre oppførsel og bli flinkere sosialt. Samtidig vil også medisineringen vil være med på å forhindre senere rusmisbruk og eventuell kriminalitet i fremtiden. Alt dette høres jo veldig bra og fornuftig ut, så hvis dette er det de fleste foreldre får høre er det ikke rart at de velger å medisinere barnet sitt. Men Wendel legger også til at flere foreldre føler seg nærmest tvunget til å sette barna på medisin. Faglederen ved Fagsenteret for barn og unge i Oslo, Anna Haga har sett flere eksempler på foreldre som opplever press fra omverdenen. Hun forteller at flere foreldre helst vil finne andre løsninger på utfordringene barna har, og stiller seg skeptiske til både diagnosen og medisineringen, men de er ofte slitne og føler at det er tøft å stå imot faglige råd (Fladberg, 2011b).

I flere tilfeller her kan det virke som om foreldre til slutt gir opp og muligens også tenker at det er sikkert fagfolkene som vet best og hører på dem. Men med tanke på den informasjon innsatte i Sverige får om bivirkninger, i forhold til den informasjonen foreldre får, kan man begynne å lure på om det er fagfolket som vet best. Det må også legges til at argumentet om at tidlig medisinering vil forebygge senere rusmisbruk og kriminalitet, ikke stemmer helt. Idås og Våpenstad (2009) har gjennomført en undersøkelse som har kommet frem til at det ikke er større sjanse for at barn med ADHD skulle bli lovfortredere, sammenlignet med andre barn. Det er derfor ingen grunn til å begynne med medisin for å forhindre senere kriminell atferd eller rusmisbruk.

Agneta Hellström ved ADHD- centeret i Stockholm, er som tidligere nevnt (jf. s.31) et eksempel på en person som legger frem bivirkningene som milde og få. Beskrivelsen ble støttet av de svenske helsemyndighetene, inntil hun skulle gi den samme informasjonen til innsatte i et fengsel i Sverige. Da ble den endret og plutselig var ikke bivirkningene få og milde lenger, men en rekke alvorlige bivirkninger ble lagt til, som for eksempel angst, fiendtlighet og i verste fall selvmordsforsøk og risiko for avhengighet ved høye doser. Det at bivirkningene blir lagt frem som få og milde for foreldre, mens ”sannheten” blir gitt til innsatte er meget bemerkelsesverdig. Er det den farmasøytiske bransje som presser på det største markedet, barn som nettopp har fått diagnosen og trenger hjelp, gjennom helsevesenet og BUP? Som tidligere påpekt blir mye av forskningen rundt ADHD gjort under psykiatriens kontroll, og i flere tilfeller blir forskningen sponset av den farmasøytiske bransje. Dette fører til at resultatene av forskningen ofte viser til at behandlingen med Ritalin er den enkleste og raskeste måten å dempe barnet på.

Kan det også være tilfelle at lærerne blir påvirket av BUP og helsetjenesten til å anbefale foreldre medisin som beste løsning? Medisin kan fort bli den ”enkle veien” for lærerne med tanke på at barnet blir rolig og fokusert, og i mindre grad forstyrrer undervisningen. Selvsagt ligger det også mindre arbeid i det å medisinere ett barn, enn å prøve ut foreldretrening og andre pedagogiske tiltak først. Både lærerne og den farmasøytiske bransje vinner på at bivirkningene blir presentert som få og milde. Forskning fra USA viser i henhold til Nielsen og Jørgensen (2010) at dårlig utdannede lærere med få ressurser tilgjengelig, har en tendens til å råde foreldre til Ritalin- behandling. På grunnlag av dette er det mulig at amerikanske lærere ser medisin som eneste løsning, da det kan være vanskelig å få tak i ressurser til

spesialundervisning. Mens i Norge har man som nevnt krav på spesialundervisning, så om noen lærere i Norge anbefaler medisin på bakgrunn av påvirkning fra helsetjenesten eller fordi de får mindre arbeid er vanskelig å si. Noe det ikke er tvil om er at den farmasøytiske bransjen tjener penger på at stadig flere bruker medisin mot ADHD. Som tidligere angitt økte salget av ADHD- medisiner fra 4 millioner til hele 165 millioner kroner i Norge, i løpet av en tiårsperiode (1999- 2009). En rapport fra Espicom Business Intelligence i 2005 regnet med at det globale salget for ADHD- medikamenter ville være hele 3,3 milliarder dollar. Og Rose (2010) påpeker hvordan denne rapporten viser at markedet for ADHD er et nischemarked, som medisinske firmaer utnytter ved å presentere nye preparater som om det skal være ”vidundermedisiner”.

Et betydningsfullt spørsmål som dukker opp i sammenheng med at stadig flere bruker medisin, er hva som kommer til å skje dersom denne medisineringen av ADHD bare fortsetter å stige? Avdelingsoverlege Steinar Madsen er allerede bekymret for at det i dag er mange som bruker medisin, siden det krever en kapasitet fra barne- og ungdomspsykiatrien som han er allerede nå er engstelig for at de ikke har. Dersom det er stor mangel i dag, er det ikke tvil om at mangelen på kapasitet til å følge opp medisineringen kommer til å bli større. Mørch (2010) understreker også problemet med at barn og unge begynner på medisin, uten blant annet forskningsbasert atferdsterapeutisk foreldretrening. Kun medisin vil ha en umiddelbar virkning der og da, men det vil føre til at barnet ikke blir bedre i det lengre løp, da det ikke er noe mål at barnet skal bruke medisiner konstant. Men hva kan gjøres for å endre denne økningen av medisinerings?

Mørch (2010) mener at foreldre til barn som har fått ADHD- diagnosen bør passe på å be om forskningsbasert foreldretrening, som tillegg til medisinerings. Men i utgangspunktet synes han at foreldre burde be om å få prøve ut foreldretreningen først uten medisiner, også heller legge til medisiner dersom det skulle være behov for det. En annen mulig løsning er at både lærere og foreldre burde bli flinkere til å være med på å vurdere om det virkelig er behov for medisin, og ikke prøve ut medisin som første behandlingstiltak etter at diagnosen er stilt. De bør bli flinkere til å prøve ut andre behandlingstiltak først. Sosial- og helsedirektoratet (2007) nevner i, ”Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD”, flere behandlingstiltak som er rettet mot skole og hjem. Disse har vist seg å være virkningsfulle, spesielt for pasienter som

har ADHD med tilleggsvansker. Jeg vil nå nevne noen av disse behandlingstiltakene kort for å vise hvilke andre løsninger som finnes.

Webster- Stratton programmet er et annet program som går ut på foreldretrening, der fokuset er ros og oppmuntring, takling av atferdsproblemer og hvordan leke med barnet.

Familieterapeutisk intervensjon blir anbefalt for familier der ett av medlemmene har ADHD. Her er målet å bedre kommunikasjonen mellom familiemedlemmene gjennom å dempe det emosjonelle spenningsnivået. Det finnes også metoder som ikke baserer seg på psykososiale tiltak. Dette er metoder som er omdiskutert da de ikke har vist en dokumenterbar effekt i studier som er basert på vitenskapelige kriterier medisinsk sett. Men likevel kan enkelte oppleve en subjektiv effekt. Disse metodene bør derfor være et tillegg til øvrige behandlings- og støttetiltak.

Den første er endring av kosthold, hvor sukker som kan gi hyperaktivitet i utgangspunktet blir redusert. Den mest kjente dietten der er Feingolddietten, hvor det er fjernet matvaretilsetninger og stoffer som trolig øker lærevansker og hyperaktivitet. Men studier har så langt ikke vist at Feingolddietten er virkningsfull for barn med ADHD. Å tilføre fettsyrer har også vist seg å ha en positiv effekt. Ellers har trening av hukommelsesfunksjonen vist lovende resultater, der programmet som strekker seg over 20 dager får barna til å arbeide med treningsoppgaver på en PC daglig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dersom leger, lærere og foreldre åpner øynene og ser hvilke andre alternativer enn medisin som er tilgjengelige for å behandle ADHD, kan mye være gjort med tanke på den voldsomme økningen av medisiner for denne tilstanden.

3.4 Dagens skole

3.4.1 De akademiske kravene

Det har skjedd en endring i grunnskolen i de senere år som har ført til en vektlegging vedrørende det akademiske. Elevene skal tilegne seg akademiskteoretiske kunnskaper i høyere grad enn før, og kravene til den enkelte elev er blitt større i form av at det forventes at de har selvkontroll og kan forvalte seg selv. Tidligere ble grunnskolen kjennetegnet ved at den hadde et stort rom for kreative fag og lek. På 1950 og 60-tallet kunne barn uavhengig av hvordan de gjorde det på skolen være relativt sikre på skaffe seg en god fast jobb. For barn i

det moderne samfunn er skolen blitt en avgjørende karrierevei, hvor barna opplever å konkurrere mot hverandre om gode karakterer og en utdanning som kan lede til en god jobb (Nielsen & Jørgensen, 2010).

Den akademiske vektleggingen har ifølge Einarsdottir ført til at barn i den vestlige verden i dag har et større akademisk materiale å tilegne seg, de begynner tidligere på skolen og har lengre dager. Samtidig har også klassene blitt utvidet med flere elever, men det er foreløpig ingen som har forsket på betydningen av store klasser i forhold til utviklingen av ADHD (Nielsen & Jørgensen, 2010). Med det akademiske i fokus blir skolen en sitte- og lytteplass som er dårlig tilpasset det store aktivitetsnivået barn har. Befring hevder, som nevnt tidligere i oppgaven, at når det fort blir tatt tak i karakteristikk som rastløshet og hyperaktivitet i skole-sammenheng, samtidig som det utlyses et behov for medikamenter som er aktivitetsdempende, er det et uttrykk for de smale utfoldelsesvilkårene skolen tilbyr (Befring, 2008).

Dagens læreplan Kunnskapsløftet viser en økt fokusering på det enkelte individ ved at undervisningen skal tilrettelegges hver enkelt elev, og en konsekvens av denne differensieringen i undervisningen er økt individualisering av utdannelsessystemet. Denne individualiseringen fører også til at ulike typer av problematisk atferd blir knyttet til eleven selv, og ikke sees i forhold til kontekstuelle faktorer (Nielsen & Jørgensen, 2010). Ifølge Dale og Wærness (2007), har det legale tilknyttet tilpasset opplæring historisk sett dreid seg om individualisering. Som nevnt finner man igjen konsekvensene av å tenke tilpasset opplæring som individualisering i dagens skole. Gjennom denne individualiseringen er det en fare for at enkelte elever blir overlatt for mye til seg selv, med et for stort ansvar til å organisere og planlegge sin egen læring. Dette kommenterer St. meld nr. 16 (2006-2007) ... *og ingen sto igjen*. Noen elever får nemlig ikke gjort det arbeidet som det var meningen at de skulle gjøre i løpet av tiden som var beregnet i arbeidsplanen (Dale & Wærness, 2007).

Ifølge Korsgaard legger den offisielle utdanningspolitikken opp til å være rettet mot krav om en arbeidsstyrke som skal kunne inngå i en globalisert verdenshandel, da virksomhetene rundt om i verden er avhengige av en kompetent arbeidskraft som kan tilpasse seg markedets behov. I dag skal grunnskolen tenkes inn og bli en del av en økt globalisering (Nielsen & Jørgensen, 2010). Det står skrevet i en dansk rapport om nasjonal kompetanseutvikling at det er en helt

avgjørende forutsetning med utdanning, med tanke på konkurranseevnen i forretningslivet. På bakgrunn av dette kan man se at den dominerende diskurs i grunnskolen legger vekt på at elevene skal mestre akademiske oppgaver, som å kunne lese, skrive og regne. For å være i stand til å håndtere disse ferdighetene, er det en forutsetning å mestre det å motta instruksjoner, sitte stille og kunne konsentrere seg over lengre tid. De motsatte ferdighetene impulsiv atferd, manglende evne til å motta instruksjon og mangel på oppmerksomhet og konsentrasjon, er nettopp noen av de symptomene som følger med ADHD- diagnosen. Disse symptomene gjør det vanskelig for elever med ADHD å mestre akademiske oppgaver (Nielsen & Jørgensen, 2010).

Et annet vesentlig element som er vektlagt i dagens moderne utdanningspolitikk, er at elevene skal lære å organisere sin egen læreprosess gjennom å lære seg å være fleksible og selvregulerende. Dette kan føre til et problematisk miljø for barn som har vanskeligheter med å organisere seg og manglende evne til selvregulering, noe som er typiske kjennetegn for ADHD- diagnosen (Timimi, 2009; Nielsen & Jørgensen, 2010). Barn med ADHD som ofte strever med flere ting som de ikke får til kan synes det er problematisk å gå på skolen, og vil ofte også slite med selvtiliten i forhold til kunnskaper og ferdigheter. Å skulle organisere sin egen læreprosess, kan for elever som får vanskeligheter med å klare dette på egenhånd føre til at de får en følelse av og ikke leve opp til forventningene. En følelse av utilstrekkelighet, eller også i enkelte perioder, en følelse av å være en fiasko kan bli et utbredt fenomen blant barn og unge (ADHD Norge, 2006; Hertz, 2010).

En undersøkelse som kan gi en antydning til hvordan barn med ADHD kan oppleve skolen, er den landsomfattende undersøkelse om tjenestetilbudet for barn og elever med særskilte behov, gjennomført i 1996. Nå skal det nevnes at denne undersøkelsen ble gjennomført både før L97 og Kunnskapsløftet, men den kan likevel gi et bilde av hvilken opplevelse skolen gir barn med ADHD og problematferd. Et ledd i undersøkelsen var *”Foreldrevurdering av tjenester i og utenfor opplæringssektoren til barn og unge med moderate eller store funksjonsvansker”* (NOU, 2009, s. 18). I undersøkelsen viste det seg at det var elever med problematferd, med eller uten ADHD- diagnose, som kom dårligst ut på alle resultatområdene. De hadde en dårligere trivsel enn andre elevgrupper, opplevde et dårligere forhold til medelever og viste en dårligere atferd. De hadde også lavere motivasjon og arbeidsinnsats, noe som fører til et dårlig læringsutbytte (NOU, 2009, s. 18).

Det kan virke som om skolene forventer at elevene skal vise et høyt kunnskaps- eller ferdighetsnivå, og dette fokuset kommer også tydelig frem gjennom innføringen av for eksempel nasjonale prøver. Gjennom disse prøvene konkurrerer skolene med hverandre om å være best. Som et resultat av dette og det høye akademiske nivået som forventes, er det mye pensum som yngre elever skal forholde seg til. Dette kan føre til at det blir mindre tid til kreative og energiske aktiviteter som musikk og gym (Timimi, 2009). I dag deltar den norske skole i flere internasjonale undersøkelser, som for eksempel PISA- undersøkelsen. Målet med denne undersøkelsen er å sammenligne ferdigheter og kunnskaper hos 15- åringene (Dale & Wærness, 2007). TIMSS er en annen nasjonal prøve som måler kvaliteten i skolen hos 9- og 13- åringene. Begge undersøkelsene tar for seg kvaliteten i elevers læring, i et komparativt og internasjonalt perspektiv. Fagfeltene som blir vektlagt er naturfag og matematikk, samt leseferdighet. Det viser seg at de som står bak reformene for Kunnskapsløftet mener at den viktigste bakgrunnen for Kunnskapsløftet er de (påståtte) nedslående resultatene til norske elever i internasjonale undersøkelser. Norge involverte seg sent i internasjonale prøver, men de siste 10- 15 årene har det skjedd en endring i norsk politikk på dette området. Ifølge Sjøberg er vi nå nesten med i alle typer internasjonale komparative studier, og alle disse tallene og målingene er blitt en del av skolehverdagen (Sjøberg, 2007).

Et annet eksempel som viser at det er ønskelig at kravene i skolen skal bli større, er brevet som i den seneste tiden kom inn til Kunnskapsdepartementet, der 47 Høyre- ordførere varsler om at de planlegger å innføre muntlige karakterer på 7. trinn på barneskolen. Dette var noe kunnskapsminister Kristin Halvorsen fort avslo da det er brudd på opplæringsloven, samt at internasjonal forskning viser at tall eller bokstavkarakterer har en begrenset verdi for de yngste elevene (Kunnskapsdepartementet, 2011). Dette for å hindre et økt press på konkurranse.

Når det gjelder medisinerings av elever som har ADHD i skolen er dette et tema som blir gjennomgått i kapittel, *2.3 ADHD og den medisinske industri*. Jeg vil likevel legge til noen resultater fra undersøkelser og analyser gjennomført i USA. Undersøkelser fra USA viser at dårlig utdannede og frustrerte lærere, som har få ressurser tilgjengelig kan ha en tendens til å gi foreldrene råd om Ritalinbehandling. Gjennom en analyse av ADHD og den sosiale dimensjon i USA, gjennomført av Hart med flere, kommer det frem at diagnosen og forbruket av Ritalin er størst i noen områder. Dette er områder hvor det i hovedsak bor hvite i den bedre

middelklasse som har ambisjoner om at barna deres skal klare seg bra gjennom utdannelsen. Det viser seg at i de statene hvor det er et stort gjennomsnittlig forbruk av Ritalin, klarer elevene seg langt over landsgjennomsnittet ved de avsluttende eksamenene. Mens i de statene hvor Ritalinforbruket er lavt klarer elevene seg under gjennomsnittet, med tanke på akademiske presentasjoner. Forbruksmønstrene tyder på, ifølge Hart med flere, at i områdene hvor den hvite middelklasse betrakter utdannelsen som en sentral karrierevei blir den problematiske og urolige skoleatferden i større grad medisinerert med Ritalin (Nielsen & Jørgensen, 2010).

I tillegg til det økende akademiske kravet og individualiseringen av utdannelsessystemet, har det også de siste årene skjedd en feminisering av utdannelsessystemet, noe som også kan ha en sentral betydning for ADHD- diagnosen utvikling. Som nevnt tidligere er det langt flere gutter enn jenter som får diagnosen ADHD, og ifølge Nielsen og Jørgensen (2010) stiger antallet av ADHD- diagnoser proporsjonalt med at jentene klarer seg bedre og bedre i de ulike utdannelsessystemene i dagens samfunn. Det er generelt en tendens til at jentene klarer seg bedre og bedre i de vestlige utdannelsessystemene. Tall fra USA viser at i 1980 klarte gutter og jenter seg like godt, og at endringene begynte å skje på 1990-tallet. I 1994 var det flere jenter enn gutter som gjennomførte collegeutdanning. Man ser også en lignende tendens i Danmark hvor det er kvinnene som tar de langvarige utdannelsene (Nielsen & Jørgensen 2010).

Denne feminiseringen av utdannelsessystemet, og at det er en tendens til å favorisere feminine verdier viser seg spesielt når man betrakter fagene i dagens skole. I den vestlige verden ligger jentene generelt langt foran guttene i skriving og lesing, mens det er tendenser til at guttene klarer seg bedre i matematikk og fysikk, selv om guttenes dominans er mer spredt og variert i forhold til land og ulike år. Som nevnt tidligere legges det mer vekt på fag hvor stillesysler som lesing og skriving er viktige, i forhold til fag hvor kroppen eller håndverk spiller en stor rolle. Dette kan også sees i forhold den stadige feminiseringen av utdannelsessystemet, og mye tyder på at den måten jenter sosialiserer på passer best til de fagene som betyr mest i utdannelsessystemet (Nielsen & Jørgensen 2010).

3.4.2. Diagnosen og kravet på spesialundervisning

§ 5-1. Rett til spesialundervisning

Elevar som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet, har rett til spesialundervisning(...). I vurderinga for kva opplæringstilbod som skal givast, skal det særleg leggjast vekt på utviklingsutsiktene til eleven. Opplæringstilbodet skal ha eit slikt innhald at det samla tilbodet kan gi eleven eit forsvarleg utbytte av opplæringa i forhold til andre elevar og i forhold til dei opplæringsmåla som er realistiske for eleven. Elevar som får spesialundervisning, skal ha det same totale undervisningstimetalet som gjeld andre elevar, jf. § 2-2 og § 3-2 (Lovdata 2005)

Det er helsevesenet som kan sette en ADHD- diagnose. Under utredningen blir personell i skole og førskolen viktige informanter. Skolen må da ha mulighet til å kunne delta i utredningsfasen gjennom å observere barnet, bidra på møter og levere informasjon om eleven. Når en elev har fått diagnosen har vedkommende rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten på en slik individuell plan gjelder alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Hensikten med planen er å forsikre seg om at fagpersonellet og brukeren jobber mot de samme målene. Planen inneholder tiltak som skal lede mot målene, og ofte også opplæringsmål. Ved utarbeidelse av denne langsiktige planen blir skolen en viktig faktor. Det er skolens ansvar å sette av tilstrekkelig tid til samarbeid for tilrettelegging for elever med ADHD, og det krever at de har ressurser tilgjengelige for å kunne samarbeide med eksterne parter. Det er av stor betydning at elever som har ADHD blir oppfattet som et ansvar for hele skolesystemet, og ikke kun den enkelte lærers ansvar. Her er det nødvendig at det er laget gode planer på hvordan ansvaret skal forvaltes, spesielt i møte med eksterne samarbeidspartnere. Utdanningsdirektoratet hevder at barn med ADHD og lignende atferdsvansker vil tjene på at skoler har en bevisst og planlagt stil relatert til alle elever, samt en tett oppfølging av lærere. Deres erfaring er også at spesifikk kunnskap om ADHD vil øke lærerens forståelse for denne elevgruppen og også endre lærerens holdninger til gruppen (Utdanningsdirektoratet, 2006)

Når det gjelder de spesialpedagogiske oppgavene trenger elever med ADHD en annen type tiltak enn det man betrakter som tradisjonelle spesialpedagogiske oppgaver. Å strukturere læringsmiljøet på en måte slik at det skapes forutsigbarhet på alle områder, er en stor del av arbeidet. Elever som har ADHD trenger, og er veldig avhengige av forutsigbarhet og en

struktur som er tydelig med tanke på tid, materiell og fysiske rammer. De behøver stabile relasjoner og tydelig kommunikasjon. De fungerer bedre i små grupper, og ved innlæring av nytt lærestoff kan det være til stor nytte å være alene med pedagogen. De trenger hjelp til å lære læringsstrategier og til å finne oppgavens essens. Gjennom dette arbeidet blir elevene forberedt og kvalifisert til å kunne delta i læringsfellesskap på en deltakende og inkluderende måte (Utdanningsdirektoratet, 2006).

Professor Thomas Nordahl har gjennom evaluering både av spesialundervisning og skole/hjem samarbeid i den norske skole, sett at skolene og rektorene i begge tilfellene har presset foreldrene til å få en fastsatt diagnose på deres barn. Han skriver at flere foreldre får høre at uten diagnosen så er det ingen hjelp å få. Lærerne trykker på for å få ekstra ressurser og foreldrene føler seg presset opp i et hjørne. Nordahl hevder videre at selv om læreren blir avlastet, så betyr det ikke at eleven lærer mer. Under en kartlegging som ble gjennomført i 2008 og fulgt opp i 2010, viste det seg at elever som hadde en diagnose og fikk spesialundervisning, hadde en like dårlig utvikling som elever uten spesialundervisning med samme type hjelpebehov. Nordahls forklaring på dette er at 40 prosent av denne undervisningen blir gitt av assistenter som er ufaglærte, og som mangler kompetanse til å hjelpe barn med spesielle behov og korrigerende atferd. På bakgrunn av dette fastslår han at det ikke er elevene som tjener på spesialundervisning, men i hovedsak skolene (Fladberg, 2011b).

3.4.3 Hva kan skolen gjøre for å tilpasses elever med ADHD?

I dag begynner barn på skolen det året de fyller 6 år. Det er ett år tidligere enn det andre barn gjorde før L97 kom. De begynner altså tidligere på skolen enn før og har også lengre dager som Einarsdottir påpeker. Dersom man legger sammen en skoledag med den tiden barna bruker på lekser ender man nesten opp med en full 8-timers arbeidsdag, slik som voksne har. I tillegg til dette er også det akademiske i større grad vektlagt i dag enn tidligere. Grunnskolen ble som tidligere nevnt kjennetegnet ved at den inkluderte kreative fag og lek, noe som det er mindre av i dag. På bakgrunn av dette kan vi stille spørsmål ved om vi stiller for høye krav til dagens barn og unge, og om disse kravene kan ha noe å gjøre med økningen av en diagnose som merker enkelte barn som for urolige? Barn er i utgangspunktet aktive og trenger mye lek. Det kreves nok derfor mye selvdisciplin for de fleste å komme gjennom en skoledag, der

mesteparten av tiden brukes til å sitte stille og konsentrere seg. Spesielt vanskelig blir det for elever som sliter med ADHD eller andre atferdsproblemer.

Som nevnt tidligere legger Kunnskapsløftet vekt på at undervisningen skal tilrettelegges hver enkelt elev. Dette er noe som fører til en økt individualisering av utdannelsessystemet, hvor elevene får mye ansvar for seg selv. Som Nielsen og Jørgensen (2010) også antyder fører denne individualiseringen til at forskjellige typer problematisk atferd blir knyttet til eleven selv, og dermed ikke blir betraktet i forhold til kontekstuelle faktorer. Som nevnt tidligere i oppgaven kan en urolig klasse fort bli grobunn for mer bråk. Dersom man glemmer å se på forholdene rundt eleven, kan dette føre til at elevens oppførsel kan bli ansett som en sterkere problematferd, enn det som kanskje er tilfelle. Om man legger sammen de ulike miljøfaktorene og fagfokuset i dagens skole, ser man en stor endring fra den tidligere grunnskolen. I dag bruker man ordet trinn istedenfor klasse, og i enkelte skoler medfører dette at man til tider har mer eller mindre 50 elever i samme rom. Noen skoler har det man kaller for åpne løsninger, der det ikke finnes dører til klasserommene, men store åpne areal. Som Einarsdottir nevner er det ikke forsket på sammenhengen mellom store klasser og ADHD. Men det kan være mulig at så mange unge elever i ett og samme rom, uten en dør å lukke fører til mer problematferd enn hva det ville vært dersom gruppen var halvert. På bakgrunn av den økende problematferden, som kan ha sitt utgangspunkt i skolens nye miljøfaktorer og struktur, gir dette grunn til å stille spørsmål om skolens funksjon i dag kan ha noe å gjøre med økningen av ADHD- diagnosen?

I dag spiller utdanning en viktigere og større rolle enn det den gjorde tidligere. Grunnskolen tenkes som nevnt inn til å bli en del av en økt globalisering. Skolen er blitt mer individualisert gjennom Kunnskapsløftet og spiller i større grad på konkurranse enn tidligere, gjennom internasjonale prøver. Med et slikt fokus på utdanning, som på den ene siden er veldig viktig, er det også lett å glemme de barn og unge som ikke mestrer å utdanne seg like fort og enkelt som andre, for eksempel barn med ADHD. Typiske kjennetegn for ADHD er som angitt tidligere; vanskeligheter med å motta instruksjon, vansker med konsentrasjon, organisering og manglende selvregulering. De kan også ha dårlig selvtillitt og slite med ting som de ikke får til, noe som kan føre til at det kan bli problematisk å gå på skolen. I den landsomfattende undersøkelsen (jf. s. 40), viste det seg at elever med problematferd, både de med og uten ADHD- diagnose, var de som kom dårligst ut på alle resultatområdene når det gjaldt trivsel og

motivasjon. Hva kan skolen gjøre for å endre dette? Hva kan skolen gjøre for å tilpasse seg elever med et høyt aktivitetsnivå? Skolen skal være et sted som er tilpasset alle barn og som Befring (2008) påpeker, er det de smale utfoldelsesvilkårene skolen har som kommer til uttrykk når det er behov for å bruke medikamenter, for å dempe aktiviteten til barn som er hyperaktive. Med andre ord, vil det da si at skolen ikke er tilpasset barn med ADHD som ikke er medisinert?

Som nevnt råder amerikanske lærere som har få ressurser tilgjengelig til å sette barn på medisin, enkelte steder i USA. Mens her i Norge kan foreldre nærmest føle seg presset til å få satt en diagnose på barnet sitt for at skolen skal få flere ressurser. Foreldre får vite at uten diagnosen får ikke barnet den hjelpen som det er behov for. Dette presset fra skolen om en diagnose, kan alene være en av årsakene til at økningen av ADHD- diagnosen har vært så stor. Når det gjelder medisinering i Norge er dette noe foreldre hyppig blir oppfordret til, (jf. s. 31), og som oftest blir medisinert ifølge professor Willy- Tore Mørch (2010) det første behandlingstiltaket. Skolen er som nevnt flere ganger tidligere, en sitte- og lytteplass. Barn med ADHD som ikke blir medisinert, vil naturligvis i noen tilfeller ha en større hyperaktivitet og større konsentrasjonsproblemer enn resten av klassen. Som angitt tidligere har de krav på spesialundervisning, men det er ikke slik at de som får spesialundervisning alltid lærer mer, da spesialundervisningen ofte blir gitt av ufaglærte assistenter som mangler kompetanse til å hjelpe barn med spesielle behov.

Som allerede nevnt, har det de siste årene skjedd en feminisering av utdannelsessystemet, og det er en tendens til at jentene klarer seg bedre enn guttene i de vestlige utdannelsessystemene. Samtidig er det slik at det er langt flere gutter enn jenter som får ADHD- diagnosen. På bakgrunn av dette kan man stille spørsmål ved om guttene blir glemt med tanke på utdannelsessystemene våre? Har vi for få fag som er tilpasset guttene? Dette er en diskusjon som kunne være interessant å se videre på, men jeg velger å la den utebli da den ikke har noen plass i oppgaven. På en annen side, når det gjelder hva skolen kan gjøre for å bli bedre tilpasset for elever som har et stort aktivitetsbehov, kan det være at det ikke er så mye som skal til. Dersom det eksempelvis blir lagt inn to timer ekstra gym i uken og en time ekstra med kreativt fag som håndverk, kan dette kanskje være med på å gjøre skolehverdagen litt morsommere for aktive barn.

KAPITTEL 4

4.1 Avsluttende drøfting og oppsummering

På bakgrunn av nevnte tall og opplysninger er det ingen tvil om at ADHD har hatt en ekstrem vekst de siste 10-20 årene. Noen velger å kalle det en trenddiagnose da det kan virke som om dette til tider er en merkelapp som settes på all urolig oppførsel både av faglærte og ufaglærte. Kan det virkelig stemme at flere og flere barn har denne diagnosen i dag eller er det noe galt med diagnostiseringen og samfunnets syn på hvem denne diagnosen rommer? Det har som nevnt tidligere vært ulike teorier og benevnelser for ADHD, og kriteriene for ADHD i det amerikanske diagnosetystemet DSM- IV er eksempelvis så vide at diagnoseredskapet ser ut til å gjelde for mange tilfeller (Svendsen, 2006). Jo flere kriterier som legges til grunn for å kunne ha ADHD, desto flere vil passe innenfor rammene og få diagnosen. På bakgrunn av dette kan man lure på om vi er i fare for å sykeliggjøre barn som kun har behov for å få ut litt ekstra energi? Dersom diagnosekriteriene for ADHD utvides enda mer, kommer plutselig alle til å lide av ADHD da? Hvor skal denne patologiseringen ende?

Jeg vil på bakgrunn av de nevnte spørsmålene skrive en avsluttende drøfting og oppsummering, hvor jeg skal se på de fire mulige årsakene til økningen, i forhold til hverandre; patologiseringen av hverdagslivet, dagens forståelse av problematisk oppførsel, den medisinske industri og dagens skole. Samtidig vil jeg også trekke inn en problematisering rundt økningen av diagnosen. Innledningsvis nevner jeg Befring og Panksepps syn på utviklingen av ADHD- diagnosen. Befring er klar på at økningen av diagnosen er et uttrykk for at dagens samfunn står ovenfor en sykeliggjøring av barn og unge, som vi ennå ikke vet konsekvensen av. Panksepp er også skeptisk og advarte mot denne utviklingen for over ti år siden, samtidig som han kalte det begynnelsen på en tragedie. Mens på den andre siden er det flere som ser på de stigende antall diagnoser som noe positivt. Poul- Erik Carlsen mener som tidligere nevnt (jf. s. 17) at det stigende antallet av diagnoser generelt er positivt da det viser at det er en større åpenhet rundt det å ha en psykisk lidelse. Han tror også at økningen av ADHD- diagnosen kan være forårsaket av at den ikke var så godt kjent før, og at man ikke var flinke nok til å oppdage den tidligere. Videre ser han på det som positivt at vi har blitt flinkere til å diagnostisere, og det kan nok få si seg uenig i. Men spørsmålet om vi har blitt for flinke til å diagnostisere, dukker da opp.

Rose (2010) stiller som tidligere nevnt spørsmål omkring patologiseringen, og lurer på om det er slik at mennesker i Vesten har blitt for opptatte av og finne medisinske løsninger på våre barns problemer? Brinkmann (2010) betegner sykdomsdiskursen i dagens samfunn for en superdiskurs i forbindelse med i at flere av hverdagslivets problemer, i dag blir sett på som patologiske unntak som trenger å bli behandlet med terapi eller medisin. Det kan på grunnlag av dette se ut til at vi har blitt for opptatt av å finne løsninger på hvert minste "lille problem". Det gir oss en trygghet i å få et svar, vite at det er en årsak til problemet. Et svar som også kan føre til hjelp, både sosialt og økonomisk. En kan lure på om ADHD- diagnosen er et nytt fenomen med tanke på at økningen har vært så stor de siste årene. Men vi vet at det ikke er et nytt fenomen, gitt diagnosens historie. Kanskje det bare er slik at problematferd har blitt mer synlig i vår tid? Eller, satt på spissen, det meste av problematferd i dag blir sett på som ADHD. Har vi rett og slett misforstått og startet med en overdiagnostisering som ikke vil ta noen ende? Det er merkverdig at det plutselig er så mange som har denne diagnosen sammenlignet med tidligere, da det viser seg at årsaksforholdet til ADHD har en genetisk faktor hos omtrent 75 % av menneskene som har lidelsen.

Når det gjelder de fire mulige årsakene til økningen, som jeg har valgt å legge vekt på i oppgaven, kan det virke som om den ene årsaken påvirker den andre. Eller rettere sagt, alle perspektivene påvirker hverandre på et eller annet vis. Som Nielsen og Jørgensen beskriver (jf. s.14) må patologiseringsprosessen betraktes som en kollektiv prosess med flere aktører. Først og fremst har vi legemiddelindustrien som er ute etter å tjene penger. De sponser som nevnt, blant annet store deler av ADHD- forskningen som blir gjort under psykiatriens kontroll. Dette fører til at Ritalinbehandlingen ofte kommer i første rekke når behandling skal anbefales. Legene og lærere anbefaler da Ritalin til foreldre som i noen tilfeller, som angitt tidligere, føler seg presset til å sette barnet sitt på medisiner.

Så har vi skolen, hvor foreldre noen ganger føler seg presset av lærere til å få satt en diagnose på barnet, da dette vil føre til ekstra ressurser i form av spesialundervisning for barnet og avlastning for læreren. Skolen og dens krav til dagens unge om høy utdannelse og stor tyngde på akademiske fag i ung alder, gjør skolen til et vanskelig sted for barn med mye energi. Men trenger denne energien alltid å være ADHD? Her kommer forståelsen av problematisk oppførsel inn. Har vi misforstått ADHD- diagnosen, og kommet frem til en konklusjon om at det meste av problematisk oppførsel sannsynligvis er ADHD? Nå er det selvfølgelig et visst

antall kriterier i diagnosesystemet som skal oppfylles før diagnosen blir satt, men som jeg har nevnt flere ganger, er disse kriteriene blitt så vide at selv Svendsen passet inn på alle, utenom ett. Et urolig barn kan ha det samme symptombildet for enten (eksempelvis) en depresjon på grunn av en vanskelig skilsmisse hjemme, eller en uoppdaget ADHD- diagnose. Som tidligere angitt mener Idås og Våpenstad (2009) at det er en risiko for at det blir gjort feildiagnostisering blant barn som egentlig skulle hatt hjelp for traumer, angst, depresjon eller stresslidelser, ved at de faller inn under ADHD kategorien. Folkehelseinstituttet (jf. s. 22) mener at det er mange norske barn som egentlig skulle hatt en atferdsdiagnose, istedenfor en ADHD- diagnose. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at det forekommer mye feildiagnostisering av ADHD.

Økningen av psykiske lidelser generelt og behovet for å finne svar på det som ikke blir ansett som ”normalt”, har gjort oss til et samfunn som heller gir en diagnose eller to ekstra, enn for lite. På en måte er det en god ting at vi helst vil være på den sikre siden, da det kan få store konsekvenser for den som skulle hatt hjelp og som ikke fikk det. Men vi bør tenke oss om to ganger før vi gir en diagnose til et barn. En diagnose som vil følge denne personen resten av livet, bør og skal være den riktige diagnosen for personen. Slik som det ser ut til i dag, med tanke på den dramatiske økningen, kan det virke som om altfor mange barn har fått en ADHD- diagnose som kanskje ikke var rett diagnose. Barn er energifulle, lekne og forskjellige. De er bygd for å løpe rundt og være i aktivitet. Det er viktig at dette ikke blir glemt når man begynner å ane at et barn kan ha ADHD. Det blir nødvendig å bruke tid på å finne ut om dette kan være den riktige diagnosen for barnet, og i hvert fall blir det viktig å sette av tid til å vurdere om barnet trenger medisin. Selv om det blir informert om at bivirkningene er milde og få, er det ikke den informasjonen som blir gitt til, eksempelvis, innsatte i Sverige. Det er sterke medisiner som beroliger, og de bør ikke brukes dersom det ikke er nødvendig.

Oppsummering

Økningen av ADHD- diagnosen har vært enorm, både i Norge og resten av verden. Samtidig har også bruken av ADHD- medisiner økt. Det kan virke som om problematisk oppførsel ofte blir feiltolket til en ADHD- diagnose. Undersøkelser viser at det ofte er lærerne som kommer med forsalg om at barnet kan lide av ADHD. Samtidig viser det seg at lærere gir uttrykk for at

de føler de mangler kompetanse når det gjelder atferdsproblematikk. På bakgrunn av dette blir det viktig å gi lærere og lærerstudenter en kompetanseheving innenfor ulike temaer i spesialpedagogikken, spesielt ADHD. Dagens samfunn med høye akademiske krav i skolen og ulike teknologiske medier som opptar mye av barns tid, kan videre være en årsak til at barn i dag er mer urolig enn tidligere. Skolen krever at barnet skal være rolig og konsentrere seg over lengre tid, mens tv og data fører til enda mer stillesitting. Barn har mye energi, og det kan være at den innestengte energien blir tatt ut på skolen, istedenfor hjemme. Dette kan føre til at den problematiske oppførselen blir misforstått og oppfattet som ADHD. Barn trenger aktivitet, og skolen må tilpasses barns aktivitetsnivå. Når det gjelder den voldsomme økningen av medisiner, kan dette reduseres ved at både foreldre og lærere blir mer opplyst om hvilke andre alternativer som finnes.

Hva som konkret skyldes økningen av ADHD- diagnosen blir vanskelig å gi et svar på. Gjennom å drøfte mulige årsaker kan det virke som om økningen sannsynligvis henger sammen med en rekke ulike faktorer som påvirker hverandre. Disse årsakene og faktorene er alt fra hvordan hverdagslivet patologiseres, og hvordan problematisk oppførsel blir forstått eller misforstått, til hvordan den medisinske industri påvirker oss mennesker til å løse ”problemet” med medisin. De siste faktorene som kan ha en virkning på økningen, er de vide diagnosekriteriene i DSM-V, skolen som har høye akademiske krav og den teknologiske livsstilen som er en del av barns hverdag. Sammen er disse faktorene med på å skape en økning av en diagnose som vi ikke vet hvor ender.

5 Referanseliste

ADHD Norge. (2006). *Hovedtrekk ved ADHD*. Hentet 25. april 2011, fra

<http://www.adhdnorge.no/index.asp?id=26082>

Armstrong, T. (2006). Canaries in the coal mine: The symptoms of children labeled 'ADHD' as biocultural feedback. I G. Lloyd, J. Stead og D. Cohen. *Critical New Perspectives on ADHD* (s. 34- 44). London, New York: Routledge.

Befring, E. (2008). Problematferd. Sosiale og emosjonelle vansker. I E. Befring & R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk* (s. 372-392). Oslo: Cappelen Damm AS.

Barkley, Russell A. (1997). *ADHD and the Nature of Self- Control*. New York, London: The Guilford Press.

Barkley, R. (2002). International Consensus Statement. ADHD Report, vol 10, 2. I *AD/HD og lignende adferdsvansker- skoleperspektivet. Statusrapport 7.april 2006* (s. 5). Hentet 10. mai 2011, fra http://www.utdanningsdirektoratet.no/upload/Rapporter/ADHD_rapport.pdf

Bastian, U., & Egge, Å. (2009). *Barn med ADHD*. Oslo: Kommuneforlaget.

Bryhn, G. (2009). AD/HD- utredning, diagnostikk og behandling. I G. Strand (Red.), *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi- en grunnbok* (s. 11-56). Bergen: Fagbokforlaget.

Brinkmann, S. (2010). Patologiseringstenen: diagnoser og patologier før og nu. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnosticerende liv, sykdom uden grænser* (s.15- 31). Århus: Forlaget Klim.

Cohen, D. (2006). Critiques of 'ADHD' enterprise. I G. Lloyd, J. Stead & D. Cohen. *Critical New Perspectives on ADHD* (s. 12- 33). London, New York: Routledge.

Dagsavisen. (2011). *Salg av ADHD- medisin opp 10 prosent på ett år*. Hentet 22. mars 2011, fra <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article514313.ece>

Dale, E. L., & Wærness, J.I. (2007). Tilpasset opplæring og Kunnskapsløftet. I H. Hølleland (Red.), *På vei mot kunnskapsløftet. Begrunnelser, løsninger og utfordringer*. (s. 304- 323). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Fladberg, K. L. (2011 a). *Mener Norge svikter ADHD- barna*. Hentet 28. mars 2011, fra <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article514535.ece>

Fladberg, K. L. (2011 b). *Foreldre presses av skolen*. Hentet 18. april 2011, fra <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article514700.ece>

Folkehelseinstituttet. (2009). *Sterk økning i bruk av legemidler ved ADHD*. Hentet 3.mai 2011, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5669&MainLeft_5669=5544:75064::0:5667:1:::0:0

Forbundet mot rusgift. (2006). *Norge på Europatoppen i ADHD- medisiner*. Hentet 21. mars 2011, fra <http://www.fmr.no/norge-paa-europatoppen-i-adhd-medisiner.308410-9431.html>

Forskningsrådet. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Hentet 20. juli 2011, fra http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptrappingsplanen_for_psykisk_helse/1219128517836

Hertz, S. (2010). "There is a crack in everything, that's how the light gets in". I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserende liv, sykdom uden grænser* (s.75- 94). Århus: Forlaget Klim

Idås, E., & Våpenstad, E. V. (2009). *Er vi best i klassen, eller skaper vi en tragedie?* Hentet 31. mars 2011, fra http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=91395&a=4

Kudahl, S., og Jørgensen, J. (2011). *Velkommen til diagnosernes land*. Hentet 15. mars 2011, fra <http://www.kl.dk/Momentum/Artikler/78831/2011/01/momentum2011-1-4/>

Kunnskapsdepartementet. (2011). *Karakterer ingen løsning på barnetrinnet*. Hentet 1. juni 2011, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/aktuelt/nyheter/2011/karakterer-ingen-losning-pa-barnetrinnet.html?id=645960>

Lovdata. (2005). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)*. Hentet 2. juni 2011, fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19980717-061-006.html>

Musschenga, A. W., Wim J. van der Steen & Vincent K.Y.Ho. (2010). The Business of Drug Research. I H. Radder (Red.) *The Commodification of Academic Research*. (s.110-131). Pittsburg: University of Pittsburg Press.

Mørch, T. W. (2010). *For mange får ADHD- diagnose*. Hentet 6. juni, fra <http://www.aftenposten.no/amagasinet/morch/article3758299.ece>

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults.*

Hentet 20. juni 2011, fra

<http://www.nccmh.org.uk/downloads/ADHD/CG72FullGuideline.pdf>

Nielsen, K., & Jørgensen, C. R. (2010). Patologisering af uro. I S. Brinkmann (Red.) *Det diagnosticerende liv, sygdom uden grænser.* (s.179- 205). Århus: Forlaget Klim.

Nordahl, T., Sørli, M-A., Manger, T., Tveit, A. (2009). *Atferdsproblemer blant barn og unge. Teoretiske og praktiske tilnærminger.* Bergen: Fagbokforlaget.

NOU. (2003). I første rekke. Forsterket kvalitet i en grunnopplæring for alle. I *AD/HD og lignende adferdsvansker- skoleperspektivet. Statusrapport 7.april 2006.* (s.6). Hentet 1. mai 2011, fra http://www.utdanningsdirektoratet.no/upload/Rapporter/ADHD_rapport.pdf

NOU. (2009). *Rett til læring.* (s.18) Hentet 1.juni 2011, fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/2009/nou-2009-18/12.html?id=571589>

Ogden, T. (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Prout, A. (2005). *The future of the childhood.* London: Routledge

Rose, N. (2010). Psykiatri uten grænser? De psykiatriske diagnosers ekspanderende domæne. I S. Brinkmann (Red.) *Det diagnosticerende liv, sygdom uden grænser.* (s.32- 57). Århus: Forlaget Klim.

Rugtvedt, L. (2008). *ADHD-forskning og skole*. Hentet 19. mars 2011, fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/aktuelt/taler_artikler/politisk_ledelse/statssekretarisbet-rugtvedt/2008/adhd-forskning-og-skole.html?id=512183

Rønhovde, L. I. (2004). *Kan de ikke bare ta seg sammen. Om barn og unge med ADHD og Tourette syndrom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sjøberg, S. (2007). Internasjonale undersøkelser: Grunnlaget for Kunnskapsløftet? I H. Hølleland (Red.) *På vei mot kunnskapsløftet. Begrunnelser, løsninger og utfordringer*. (s. 112- 134). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD*. Hentet 30. mars 2011, fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00019/IS-1244NY1_19017a.pdf

Store norske leksikon. (2011a). Hentet 15. august 2011, fra <http://snl.no/genotype>

Store norske leksikon. (2011b). Hentet 15. august 2011, fra <http://snl.no/farmakologi>

Store norske leksikon. (2011c). Hentet 15. august 2011, fra <http://snl.no/psykofarmaka>

Store norske leksikon. (2011d). Hentet 15. august 2011, fra http://snl.no/sml_artikkel/etiologi

Strand, G. (Red.) (2009). *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi- en grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget.

Svendsen, L. Fr. H. (2006). *Patologiseringen av menneskelivet*. Hentet 19.mars 2011, fra http://www.samtiden.no/06_1/art3.php

Svendsen, L. Fr. H. (2010). Patologisering og stigmatisering. I S. Brinkmann (Red.) *Det diagnostiserende liv, sykdom uden grænser*. (s.58- 74). Århus: Forlaget Klim.

Thyssen, O. (2010). Jens Vejmand på rettigheder. I S. Brinkmann (Red.) *Det diagnostiserende liv, sykdom uden grænser*. (s.95- 112). Århus: Forlaget Klim.

Timimi, S. (2009). Why Diagnosis of ADHD has Increased so Rapidly in the West: A Cultural Perspective. I S. Timimi & J. Leo. *Rethinking ADHD from brain to culture*. (s.133-159). UK: palgrave macmillan.

Utdanningsdirektoratet. (2006). *AD/HD og lignende adferdsvansker- skoleperspektivet. Statusrapport 7.april 2006*. Hentet 12. april 2011, fra http://www.utdanningsdirektoratet.no/upload/Rapporter/ADHD_rapport.pdf

Wendel, E. (2009). *Alt du ikke får vite om ADHD og Ritalin: et kritisk blikk på diagnostisering og medisinerings av atferdsproblemer*. Kristiansand: E.W. Adalbéron.

Zeiner, P. (2004 a). ADHD- en oversikt. Historikk og diagnostiske betegnelser. I P. Zeiner *Barn og unge med ADHD* (s.18-71). Vollen: Tell forlag a.s.

Zeiner, P. (Red) (2004 b). *Barn og unge med AD/HD, AD/HD og lignende adferdsvansker- skoleperspektivet. Statusrapport 7.april 2006*.(s.5). Hentet 5. mai 2011, fra http://www.utdanningsdirektoratet.no/upload/Rapporter/ADHD_rapport.pdf

Zeiner, P., & Bjercke, C. (2008). Hyperaktive barn- «mestring i farta» Når diagnostikk skaper forståelse. I B. Gjørum, B. Grøholt & H. Sommerschild (Red.) *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. (s. 231-248). Oslo: Universitetsforlaget.

Øgrim, G. (2009). AD/HD-I: Oppmerksomhetsforstyrrelser uten hyperaktivitet- en undergruppe av AD/HD. I G. Strand (Red.) *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi- en grunnbok*. (s. 57-87). Bergen: Fagbokforlaget.

Øgrim, G., & Gjørum, B. (2002). Urolige, uoppmerksomme og impulsive barn. I B. Gjørum & B. Ellertsen (Red.) *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv... et skritt videre* (s. 381- 423). Oslo: Gyldendal Akademisk.