

Forord

Gjennomføringen av denne masteroppgaven har vært et interessant og lærerikt arbeid. Det har vært en stor glede og et privilegium å kunne studere tema som jeg synes er veldig interessante, og som er betydningsfull for den jobben jeg gjør til daglig. Da jeg nå er ferdig med oppgaven er det derfor litt leit å skulle avslutte studenttilværelsen, men jeg er glad for å kunne omsette min nye kunnskap til praksis. Jeg ser frem til å kunne konsentrere meg om jobb, og bidra med noen flere perspektiver enn jeg hadde tidligere, og ikke minst å utvise en større åpenhet ovenfor personer som har fått diagnosen ADHD.

Jeg ønsker først og fremst å takke alle 10 deltakerne i dette studiet som har gitt av sin tid og latt seg intervjuet. Det er de som er fundamentet i denne studien. Deretter vil jeg takke min veileder Marit Solbjør, som i løpet av prosessen har kommet med gode råd og forslag, og som alltid har vært tilgjengelig og imøtekommende. I tillegg vil jeg takke min arbeidsgiver som har vært interessert i min studie og som har lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre undersøkelsen. Jeg ønsker også å takke mine kollegaer for hjelp til rekruttering av deltakere til prosjektet. Til slutt vil jeg takke mine barn for sin tålmodighet, og min mann for oppmuntrende og nyttige diskusjoner underveis i prosessen.

Trondheim, oktober 2015

Kari Volden

Innhold

FORORD	III
SAMMENDRAG	VII
SUMMARY	VIII
1 INNLEDNING	1
1.1 INTERNASJONAL FORSKNING	2
1.1.1 <i>Adferd, medisiner og effekt</i>	3
1.1.2 <i>Familie og venner</i>	4
1.1.3 <i>Arbeid</i>	5
1.1.4 <i>Selvbilde</i>	6
1.1.5 <i>Stigma</i>	7
1.2 NASJONAL FORSKNING	9
1.2.1 <i>Tilknytning og funksjon i arbeid</i>	9
1.2.2 <i>Deltakelse på livsarenaer og retur til arbeid</i>	12
PROBLEMSTILLING	15
2 PERSPEKTIVER PÅ ADHD	17
2.1 BIOMEDISINSK PERSPEKTIV PÅ ADHD	17
2.2 SOSIALKONSTRUKTIVISTISK PERSPEKTIV PÅ ADHD	20
2.2.1 <i>Medikalisering</i>	24
2.3 STIGMATISERING	26
2.4 IDENTITET	29
2.5 SELVBILDE.....	32
3. METODE	36
3.1 METODISK TILNÆRMING	36
3.2. KONTEKSTEN FOR STUDIEN	37
3.3 TILTAK I ARBEIDSMARKEDSBEDRIFT	38
3.4 REKRUTTERING AV DELTAKERE	39
3.5 UTVALG	39
3.6 PLANLEGGING AV INTERVJUENE.....	40
3.7 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE.....	41
3.8 ANALYSESTRATEGI	42
3.9 INFORMERT SAMTYKKE OG KONFIDENSIALITET	43
3.10 FORFORSTÅELSE.....	44
3.11 FORSKNING PÅ EGET FELT.....	45

3.12 VALIDITET	46
4 INFORMANTENE, OG ERFARINGER PÅ LIVSARENAER SOM HAR BIDRATT TIL SELVBILDET.....	48
4.1 INFORMANTENES BESKRIVELSER AV SEG SELV	48
4.1.1 <i>Ulike dimensjoner ved diagnosen</i>	49
4.1.2 <i>Fortid, nåtid, og fremtid</i>	50
4.2 ERFARINGER MED FAMILIE.....	53
4.2.1 <i>Positive relasjoner</i>	53
4.2.2 <i>Negative relasjoner</i>	55
4.2.3 <i>Selvstendighet</i>	57
4.2.4 <i>Tilspisset kommunikasjonsmønster</i>	58
4.3 ERFARINGER MED VENNER	60
4.3.1 <i>Aksept og likeverdighet</i>	60
4.3.2 <i>Uttestengt og mindreverdige</i>	62
4.3.3 <i>Mobbing i barne- og ungdomsårene</i>	62
4.3.4 <i>Konflikt</i>	63
4.4 ERFARINGER MED ORDINÆRT ARBEID	65
4.4.1 <i>Tilknytning til ordinært arbeid</i>	65
4.4.2 <i>Funksjon og prestasjon</i>	66
4.5 ERFARINGER MED ARBEID ELLER AKTIVITET GJENNOM TILTAK I ARBEIDSMARKEDSBEDRIFT.....	71
4.5.1 <i>Samhandling</i>	71
4.5.2 <i>Tilrettelegging av arbeidet</i>	72
4.6 STIGMATISERING	77
4.6.1 <i>Stigmatiserende holdninger</i>	77
4.6.2 <i>Mestringsstrategier</i>	79
5 MEDISINSKE LØSNINGER PÅ UTFORDRENDE ADFERD	81
5.1 DIAGNOSTISERING OG MEDISINERING	81
5.1.1 <i>Fra unormal til syk</i>	81
5.1.2 <i>Forbedringer og belastninger med medisiner</i>	84
6 AVSLUTNING.....	87
6.1 DISKUSJON	87
6.2 KONSEKVENSER FOR PRAKSIS PÅ FELTET	93
6.3 STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN	94
6.4 VIDERE FORSKNING.....	96

REFERANSELISTE

VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE

VEDLEGG 2 GODKJENNING FRA REK

VEDLEGG 3 GODKJENNING FRA NSD

VEDLEGG 4 FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET "ADHD OG SELVBILDE"

VEDLEGG 5 KATEGORIER

Sammendrag

Det er en økende utvikling av mennesker som blir utredet, diagnostisert og medisinert for ADHD. I Norge er det 3%-5% av alle barn som har fått diagnosen ADHD, og det er anslått at 30%-70% av disse får videreført diagnosen inn i voksen alder. I tillegg er det en del som får diagnosen først i voksen alder. Det fins imidlertid ingen registre som viser hvor mange voksne i Norge som har fått diagnosen ADHD. Hensikten med denne oppgaven er å oppnå innsikt i hvordan voksne som har fått diagnosen ADHD opplever sitt selvbilde. Dette gjennom relasjoner med andre mennesker på arenaer som familie, venner, ordinært arbeid, og arbeid gjennom arbeidsmarkedsbedrift.

I denne studien har jeg benyttet kvalitativt forskningsdesign. Det ble gjennomført semistrukturerte intervju med 10 personer med diagnosen ADHD, som ble anvendt som datamateriale. I analysen av datamaterialet, og gjennom hele forskningsprosessen er den metodiske tilnærmingen hentet fra grounded theory.

Informantene har fra barndommen og inn i voksenlivet hatt utfordringer med adferd som blir knyttet til ADHD. De fleste beskrev vansker i forhold til hvordan de opplevde relasjoner med andre på en eller flere arenaer som familie, venner, ordinært arbeid, og arbeid gjennom arbeidsmarkedsbedrift. Noe som ofte ga utfordringer med selvbildet. Noen beskrev utfordringer i forhold til medisinerer av sin adferd, mens flere var fornøyd med å få normalisert sin adferd gjennom medisiner. Det er flere av informantene som tror at andre har stigmatiserende holdninger til diagnosen ADHD, og bruker mestringsstrategier for å håndtere stigmaet. Flere oppga barne- og ungdomstid som belastende, og vansker med å tilpasse seg skolen. Alle informantene oppga utfordringer med å tilpasse seg strukturene i ordinært arbeid. De forklarer dette med egen adferd som de knytter til ADHD. De fleste informantene uttrykker håp for fremtiden, men også et hjelpebehov, spesielt i forhold til å få ordinær jobb.

Denne studien viser at å få knyttet egen adferd til ADHD kan gi utfordringer med selvbildet som kan medføre at personer vil ha økte hjelpebehov. Det er risiko for stigmatisering, og økende grad av konforme standarder for hva som betegnes for normal adferd. De individuelle belastningene dette medfører tilsier at det er behov for ytterligere forskning i forhold til denne gruppen, med tanke på hva som kan bidra til videre hjelp.

Summary

There is a growing development of people who are being elucidated, diagnosed and medicated for ADHD. In Norway 3%-5% of all children have been diagnosed with ADHD, and it is estimated that 30%-70% of these carry the diagnosis into adulthood. In addition, some are diagnosed in adulthood. There are no records showing how many adults in Norway that have been diagnosed with ADHD. The purpose of this study is to achieve insight in how adults who have been diagnosed with ADHD, experience their self image. Through relationships with other people in arenas as family, friends, ordinary work, and work through the labor market business.

In this study i used a qualitative research design. It was conducted semi-structured interview with 10 people with a diagnosis of ADHD, which was used as the material. In the analysis of the data and through the entire research process, is the methodological approach taken from grounded theory.

The informant´s has from childhood and into adult life had challenges with behavior that is associated with ADHD. Most described the difficulties in terms of how they experienced relationships with others on one or more arenas as family, friends, ordinary work, and work through the labor market business. Who often gave challenges with their self image. Some described challenges in relation to medication of their behavior, while several were pleased to normalize their behavior through medication. Several thought others have stigmatizing attitudes toward a diagnosis of ADHD, and use coping strategies to deal with the stigma. Several reported child and adolescence ages as burdensome, and difficulties to adapt to school. All the informant´s have challenges with adapting the structures of ordinary work. They explain this with their behavior as they attach to ADHD. Most of the informant´s expresses hope for the future, but also a need for help, especially in respect to get a regular job.

This study show that to get behavior connected to ADHD can provide challenges with self image, and it could lead people in need of increased help. There is a risk of stigma, and an increasing degree of conforming standards of what constitutes normal behavior. The individual pressures this entails suggests that there is a need for further research in relation to this group, in terms of what that can contribute to further help.

1 Innledning

Det har vært en økende utvikling med at barn og unge blir utredet, diagnostisert og medisinert for ADHD (Conrad, 2006). I Norge i dag er det mellom 3% og 5% av alle barn som har fått diagnosen ADHD (Folkehelseinstituttet, 2014), og Sosial- og helsedirektoratet (2007) oppgir at det er så forskjellige tall som fra 30% til 70% for varighet av symptomer på ADHD inn i voksenlivet. Det finnes imidlertid ingen undersøkelser gjort i Norge som viser forekomsten av ADHD blant voksne (Folkehelseinstituttet, 2014). I henhold til det biomedisinske perspektiv er det gjort mye forskning for å lete etter årsaksforklaringer når det gjelder ADHD, uten entydige og sikre resultater (Conrad, 2006). ADHD kan også sees som en sosial konstruksjon hvor det er menneskene i samfunnet, gjennom blant annet samhandling og språk som setter grensene for hva som betegnes som sykdom eller ikke (Conrad, 2006).

I denne oppgaven vil jeg se på ADHD fra ståstedet til mennesker som har fått diagnosen, gjennom et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Dette vil bidra til å belyse diagnosen med en annen synsvinkel enn den biomedisinske. Samt at det vil vise at innsatsen for forskning og hjelp utover medisinske løsninger også kan vurderes for de med diagnosen. Mennesker møter andre mennesker på arenaer som arbeidsplass, i familien og samvær med venner. Jeg vil i oppgaven se på om opplevelsene informantene får i møte med andre mennesker på disse arenaer vil påvirke deres selvbilde (Mead, 1974). Tidligere forskning av blant annet Bolt & Schermer (2009) og Brod m.fl., (2012), har gjort undersøkelser som omhandler adferd som ofte blir knyttet til diagnosen ADHD i relasjon til de nevnte arenaer, hvor adferden vil gi noen utfordringer i forhold til funksjon og samhandling. Samt at utfordrende adferd når det gjelder funksjon og samhandling, kan ha en påvirkning på personers identitet og selvbilde. Dette siden mennesker vurderer seg selv i sammenligning med andre mennesker, og tar til seg andres holdninger, som da kan være kritiske på grunn av utfordringene de innehar (Bolt & Schermer, 2009; Brod m.fl., 2012). Dette er interessant for denne oppgaven, da jeg i denne oppgaven vil se på lignende forhold. Det vil også bli sett på forskning som viser til utfordringer med tilknytning til arbeid for personer som har fått sin adferd knyttet til ADHD (Torgersen m.fl., 2014; Lensing m.fl., 2014). Det er spesiell interesse i forhold til hvilke utfordringer personene opplever i arbeidslivet, og hvordan dette kan relateres til selvbildet. Derfor vil tidligere forskning som omhandler dette fremheves spesielt (Bolt & Schermer, 2009; Brod m.fl., 2012). Jeg vil også se på noe forskning som viser hva som kan gjøre det lettere å returnere og få en sterkere tilknytning til arbeid (Kvam m.fl., 2014).

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. I det første kapitlet blir det presentert tidligere aktuell forskning, som også bygger opp til problemstillingen i oppgaven. I andre kapitler vil jeg fremstille teoretiske perspektiver som belyser hvordan det kan sees å inneha adferd som blir knyttet til ADHD. Det tredje kapitlet omfatter metoddelen. Hvor jeg forklarer nærmere hvordan intervjuene er forberedt og gjennomført. Her vil det også bli beskrevet hvordan funn etter intervjuene blir analysert, samt sett på styrker og svakheter ved undersøkelsen. De neste to kapitlene omhandler resultatene i oppgaven. Her vil funn fra intervjuene blir presentert og analysert i forhold til tidligere forskning og aktuell teori. Det sjette kapitlet er avslutning av oppgaven hvor jeg foretar en sammenfatning av undersøkelsen, og hvor det ut i fra hva som har kommet frem i undersøkelsen blir sett på hva en bør vite mer om. I tillegg blir det sett på styrker og svakheter ved studien.

1.1 Internasjonal forskning

Det er gjennomført mye forskning på ADHD. Som en innfallsport gjorde jeg et søk på Google Scholar med ADHD som ga ca. 380 000 treff, og videre med søkeordene ADHD og adult som ga et treff på 116 000. Videre søk ble gjennomført på databaser som blant annet Web of Science og PubMed. Når det ble gjort søk med søkeord ADHD og voksne, kom det frem mye forskning som omhandlet medisinsk forskning på ADHD (Kessler m.fl., 2006) (Ramos-Quiroga m.fl., 2013), og noe forskning som var mer rettet mot et samfunnsvitenskapelig perspektiv (Conrad, 2007) (Conrad & Barker, 2010). Det som er betegnende for de to perspektivene på forskningen, er at det er betydelige forskjeller i synet på diagnosen. Dette gjelder om ADHD faktisk er en reell diagnose eller ikke, altså om diagnosen sees fra et medisinsk ståsted, eller om den sees som en sosial konstruksjon. Søkeordene som er relevant for denne oppgaven og som ble benyttet videre var blant annet; ADHD, voksne, identitet, selvbilde, arbeid, familie, venner, dagligliv, livskvalitet, stigma, funksjon, prestasjon, og forskjellige kombinasjoner av disse søkeordene. Alle søkene ble gjennomført med norske og engelske søkeord, men begrenset til dette. Jeg vil først presentere internasjonal forskning, og deretter norsk forskning, som har relevans til denne oppgavens problemstilling.

For å se på hvordan det oppleves for personer selv å inneha diagnosen ADHD vil det sees på internasjonal forskning på området. Det er imidlertid begrenset med forskning på personer med ADHD og hvordan det kan knyttes til deres selvbilde (Bolt & Schermer, 2009). For å se nærmere på hvordan det oppleves for personer selv å ha adferd som knyttes til ADHD, å gjennomføre medisiner, utfordringer med familie og venner og i arbeidslivet, og hvordan

dette kan knyttes til selvbildet, vil jeg videre se på studier, blant annet av Bolt & Schermer (2009), Brod m.fl., (2012), og Asherson m.fl., (2012) som vil bli benyttet som eksempel og som er relevante for oppgavens problemstilling.

1.1.1 Adferd, medisinerings og effekt

En studie som er aktuell for denne oppgaven, er en kvalitativ studie av personer som har fått diagnosen ADHD og deres erfaringer med diagnosen og medisinerings, i relasjon til deres oppfattelse av selvbilde og identitet som ble gjennomført av Brod m.fl., (2012).

Undersøkelsen ble gjennomført i fem land i Europa samt Canada og USA. Resultatene fra Brod m.fl., (2012) sin undersøkelse, viste at det var det en enighet mellom deltakerne når det gjaldt adferd som de knyttet til ADHD. En stor andel av deltakerne uttrykte fortsettelse av adferd med impulsivitet og hyperaktivitet inn i voksenlivet, selv om disse vanligvis avtar med alderen. I fokusgruppene oppga 62 % adferd med impulsivitet inn i voksenlivet, og 56 % oppga hyperaktivitet. Til sammenligning oppga 44 % å være uorganisert, og 64 % å være uoppmerksomme, noe som er adferd som oftere knyttes til ADHD hos voksne (Brod m.fl., 2012). I en kvalitativ undersøkelse av Zucker m.fl., (2002) viste imidlertid resultatene samsvar i adferd fra barn til voksen alder ved bruk av skala på Uoppmerksomhet, Hyperaktivitet-Impulsivitet og individuell adferd. I en kvalitativ undersøkelse av Matheson m.fl., (2013) oppga informantene moderate byrder i livet på grunn av adferd som de knyttet til ADHD. Adferd som de likevel betegnet som utfordrende i deres daglige liv var at de hadde dårlig konsentrasjon og hukommelse, samt at de var uorganiserte. De hadde utfordringer med å fullføre rutineoppgaver, var kronisk glemske, dårlige til å prioritere, og utfordringer med å håndtere tid. Undersøkelsen til Brod m.fl., (2012) viste at for de som fikk diagnosen som voksen, hadde det vært mange forsøk og en langvarig prosess for å prøve å finne ut av hva som var årsaken til de problemene de selv oppfattet å ha. Dette inkluderte blant annet selvdagnostisering med ADHD, blant annet med bakgrunn i medias fremstilling av diagnosen, at egne barn ble utredet eller diagnostisert med ADHD, eller etter å ha snakket med andre som hadde fått diagnosen. Av de som ikke benyttet medisinerings var forklaringene blant annet knyttet til manglende effekt etter tidligere forsøk med medisinerings, at de mislikte effekten eller sideeffekter av medisineringsen, eller en generell motstand mot medisinerings. Av de som benyttet medisinerings, var det en sammenligning av tiden før medisinerings og tiden etter påbegynt medisinerings, og positivt effekt, som lå til grunn for valget om fortsettelse (Brod m.fl., 2012).

Bolt & Schermer (2009) gjennomførte en kvalitativ undersøkelse av personer som hadde fått diagnosen ADHD som blant annet omhandlet hvilke erfaringer de hadde med medisiner, og om de selv kunne relatere dette til identitet og selvbylde (Bolt & Schermer, 2009). Undersøkelsen til Bolt & Schermer (2009) viste at mange av deltakerne mente at "selvet" eller personligheten til en viss grad ble endret ved bruk av medisiner, at de ble mindre "seg selv" eller mindre autentisk. Noen av deltakerne i undersøkelsen, uttrykte at medisiner hadde gitt en positiv effekt på deres "selv", at de følte seg mer som seg selv når de benyttet medisiner. Andre mente at medisiner ikke hadde noen effekt på deres "selv". Av de som hadde valgt å avstå fra medisiner i undersøkelsen (Bolt & Schermer, 2009), var dette i hovedsak begrunnet med at de følte seg mindre som seg "selv". Bolt & Schermer (2009) sin undersøkelse viste at på grunn av medisiner oppga informantene at karaktertrekk som de likte ved seg selv, var blitt endret. Deltakerne uttrykte opplevelse av tap ved å ha mistet eller fått innskrenket trekk ved "selvet" som spontanitet, gløhet, kreativitet, at de var morsomme og sosiale. Ulempene ved medisiner ble av deltakerne sett som et nødvendig ønde, hvis man ønsket å oppnå fordelene med medisiner.

1.1.2 Familie og venner

Når det gjaldt relasjoner viste undersøkelsen til Brod m.fl., (2012), at i alle fokusgruppene ga deltakerne uttrykk for vanskeligheter i et vidt spekter. Det ble vist til utfordrende relasjoner både når det gjaldt arbeidskollegaer, partnere, barn, og venner. Noen av deltakerne hadde også partnere og egne barn som hadde ADHD, og mange av deltakerne rapporterte at de også hadde familiemedlemmer som hadde ADHD (Brod m.fl., 2012). Mange oppga å ha hatt hyppige og kortvarige partnerforhold i Brod (2012) sin undersøkelse. Dette ble støttet av en undersøkelse av Asherson m.fl., (2012) hvor det ble vist til at det er en lavere andel av personer med ADHD som lever med en partner enn ellers i befolkningen, i tillegg til at disse forholdene oftere ikke fungerer på en funksjonell måte. Harpin (2005) viste også til at utfordringer med partner og brudd i relasjoner er mer vanlig hos de som har fått ADHD enn blant andre mennesker. Noe som støttes av Davidson (2008) sin undersøkelse hvor de som hadde fått diagnosen ADHD hadde en høyere grad av skilsmisser enn en kontrollgruppe. Brod m.fl., (2012) viste imidlertid til at i de parforholdene som fungerte, fungerte partneren på en forståelsesfull og støttende måte, og var en hjelper i mange gjøremål. Dette var også tilfellet i en undersøkelse av Newark m.fl., (2012) hvor deltakerne i undersøkelsen opplevde at de var elsket og akseptert som de var av sine familiemedlemmer. I foreldrerollen kunne enkelte være utålmodige og sinte, selv om de så at dette ikke var bra for barna (Brod m.fl., 2012). En del

hadde utfordringer med å bistå egne barn i organiseringen av hverdagen, som blant annet skole. Flere hadde egne barn med ADHD, noe som gjorde at de gjenopplevde vonde minner fra egen barndom (Brod m.fl., 2012).

Flere studier har funnet at personer som har fått knyttet sin adferd til ADHD kan ha problemer i relasjoner med venner, og at det er vanskelig å holde på venner (Barkley m.fl., 2008; Asherson, 2012; Brod m.fl., 2012; Manuzza m.fl., 2011). Blant annet fant Brod m.fl., (2012) at det var mange som oppga at de hadde utfordringer i relasjoner med venner, og mange oppga at de hadde mange bekjente, men få venner. Det var utfordrende med langvarige venneforhold, siden de var uoppmerksomme til mennesker rundt seg. Mange hadde fått tilbakemeldinger fra andre om at de var selvopptatte, og bare snakket om seg selv. I tillegg til at de hadde manglende tilstedeværelse og skiftende humør (Brod m.fl., 2012).

1.1.3 Arbeid

Internasjonal forskning viser til at personer som har fått sin adferd knyttet til diagnosen ADHD kan ha en begrenset tilknytning til arbeidslivet. Asherson m.fl., (2012) så på forskning som var gjennomført de siste 10 år på personer med ADHD. Forskningen viste at adferd som ble knyttet til ADHD kunne være skadelig på mange områder i livet, dette blant annet når det gjaldt arbeid og daglige aktiviteter, i familie- og sosiale relasjoner, og når det gjaldt psykologisk og fysisk velvære. Personer med ADHD rapporterte at de ikke fikk gjennomført så mange oppgaver, og at dette hadde sammenheng med blant annet dårlig tidsstyring, stadige utsettelse av oppgaver, og at de lett lot seg avlede, noe som videre medførte at de opplevde nedsatt livskvalitet (Asherson m.fl., 2012).

Undersøkelsen til Brod m.fl., (2012) viste at alle tilla emnet som omhandlet arbeid og produktivitet stor betydning. Arbeid ble av mange deltakere betegnet som et vanskelig område. Noe som støttes av Young (2011) som viser til at personer som har fått diagnosen ADHD ofte har vanskeligheter i forhold til arbeid. I Brod (2012) sin undersøkelse vurderte deltakerne at arbeidslivet krevde en stor grad av ferdigheter for å kunne lykkes, og deltakerne uttrykte et behov for betydelig støtte og hjelp i forhold til arbeid. Dette støttes av en undersøkelse gjennomført av Langley m.fl., (2010). Hindringer som deltakerne nevnte at de hadde, og som gjorde det vanskelig for å lykkes i arbeid ble blant annet uttrykt til å være at de var uoppmerksomme, at de lett lot seg avlede fra oppgaver, at de var glemsomme og uorganiserte og at de drev med for mye impulsiv prating (Brod m.fl., 2012). I alle fokusgruppene ga deltakerne uttrykk for utfordringer i forhold til å begynne på, eller

gjennomføre oppgaver (Brod m.fl., 2012) noe som også støttes av Asherson m.fl., (2012) sin undersøkelse. Hindringer som ble nevnt var for eksempel at de glemte oppgaver som skulle gjøres, at de hadde vanskeligheter med å starte på eller prioritere oppgaver som skulle gjøres, at de ble preget av forvirring eller angst i forhold til gjøremål (Asherson m.fl., 2012). I tillegg ble utfordringer med slapphet og treghet nevnt som hindringer for oppgaver som skulle gjøres i Brod m.fl., (2012) sin undersøkelse. Uro og skiftende energinivå ble også nevnt som hindringer, mens noen oppgaver kunne fungere bedre enn andre. Undersøkelser av Harpin (2005) og Biederman m.fl., (2006) bekrefter at personer som har fått diagnosen ADHD oftere har en lavere tilknytning til arbeid og lavere funksjon i arbeid enn andre mennesker. I følge Brod & co (2012) erfarer mennesker som har fått ADHD oftere vanskeligheter i mellommenneskelige relasjoner med arbeidsgivere og kollegaer på arbeidsplassen. Det er problemer med fravær, feil i arbeidet, og uegnethet til å mestre forventet arbeidsmengde (Brod m.fl., 2012). Blant annet ble det uttrykt fra deltakere i undersøkelsen til Bolt & Schermer (2009) at med medisiner var det mulig å beholde enn jobb i lengre tid, og at det så ut til at andre var mer fornøyd med dem når de fikk dempet egen adferd med medisiner. I følge Brod m.fl., (2012) sin undersøkelse var det mange som hadde sluttet på skolen tidlig, noe som medførte at yrkesvalgene ble begrenset, og som kunne være et hinder for å oppnå et interessant arbeide, som igjen førte til økte vanskeligheter med tilknytning til arbeid. Mange rapporterte om hyppige jobbskifter. For de som oppga at arbeidslivet fungerte, la de vekt på gode støttepersoner og hjelpere rundt seg (Brod m.fl., 2012).

1.1.4 Selvbilde

I forhold til selvfølelse og selvbilde viste undersøkelsen til Brod m.fl., (2012), at når deltakerne begynte å assosiere egne adferdstrekk i relasjon til ADHD, så satte dette i gang en refleksjon om dem selv som person, eller deres eget ”selv”. I Brod m.fl., (2012) sin studie uttrykte deltakerne at de gjennom hele livet hadde de følt seg annerledes eller forskjellig fra andre. Som et resultat av denne forskjelligheten uttrykte mange av deltakerne, at de hadde følt seg unormale, eller at det var noe galt med dem (Brod m.fl., 2012). Noe som også støttes av Newark m.fl., (2012) sin undersøkelse, hvor deltakere som hadde fått diagnosen ADHD hadde et lavere selvbilde enn kontrollgruppen i studien. Selvbildet kunne ofte knyttes opp til hvordan de sammenlignet seg med andre, og at de selv så at de ikke nådde opp på lik line med andre når det blant annet gjaldt jobb (Brod m.fl., 2012). Undersøkelser av både Langley m.fl., (2010) og Young (2011) viser til at personer som har fått diagnosen ADHD både har

utfordringer med tilknytning og funksjon i jobb, i tillegg til utfordringer med lavt selvbilde. Følelsen av ikke å mestre det samme som andre, kunne også knyttes til tilbakemeldinger fra andre. Om at de ikke var slik de burde være, eller fungerte slik de burde (Brod m.fl., 2012).

Resultatene i Bolt & Schermer (2009) sin undersøkelse viste at for de fleste deltakerne var det vanskelig å skille mellom diagnosen ADHD og eget ”selv” eller egen personlighet. Enten mente deltakerne at ADHD hadde bidratt til utviklingen av eget ”selv” eller personlighet, eller hadde en påvirkning på ”selvet”, eventuelt at ADHD var sammenflettet med ”selvet” eller personligheten. I en undersøkelse av Davidson (2008) viser resultatene av lavere selvbilde kunne knyttes til utfordringer med mellommenneskelige relasjoner og tidligere problematiske skoleerfaringer for personer som hadde fått ADHD. Sterk følelse av inkompetanse, usikkerhet, ueffektivitet, kroniske følelser av å underprestere, og frustrasjon var tilstede hos personene. I Bolt & Schermer (2009) sin undersøkelse kom spørsmål som omhandler identitet, spesielt til syne når det gjelder medisinerings. Deltakerne prøvde å reflektere rundt erfaringene med medisinerings, i relasjon til tap av ”selvet”, og hvem de virkelig var (Bolt & Schermer 2009). Resultatene fra de ulike studiene viser altså at voksne som har fått sin adferd knyttet til diagnosen ADHD ofte har et lavt selvbilde, selv om dette knyttes til noe ulike forhold i de ulike studiene.

1.1.5 Stigma

Forskning viser at personer som har fått sin adferd knyttet til ADHD kan bli utsatt for stigmatisering. Canu m.fl., (2008) gjorde en undersøkelse som omhandlet ADHD og stigma, og hvorvidt personlighetstrekk ble brukt når en vurderte de med diagnosen. Et utvalg av personer graderte hvor bekvem de var i ulike sosiale aktiviteter med personer med små medisinske problemer, personer med ingen kjente utfordringer, og personer med ADHD. I sammenligning med begge kontrollgruppene hadde deltakerne i utvalget signifikant lavere ønske om å involvere seg med de som hadde ADHD (Canu m.fl., 2008). Dette blir også bekreftet i en undersøkelse av Lebovitz (2013) som omhandlet ADHD og stigmatisering. Resultatene viste at personer med adferd som blir knyttet til ADHD, blir utsatt for høy grad av stigmatisering. Andre mennesker likte de som hadde adferd som ble knyttet til ADHD mindre enn andre, de ønsket ikke å samhandle med dem i like stor grad som andre, og de avviste dem sosialt. I Canu m.fl., (2008) sin undersøkelse ble personene med og uten ADHD alle vurdert av de i utvalget i forhold til hvor utadvent de var, hvor enige de var, og hvor samvittighetsfulle de var. Alle ble altså vurdert i forhold til personlighetstrekk, og ikke andre

forhold, men de med ADHD kom likevel dårligere ut. Canu m.fl., (2008) viste til at det sannsynligvis eksisterer en tilbøyelighet til negative holdninger til ADHD. I settinger som blant annet skole og arbeid, vil disse holdningene lettere kunne føre til avvisning av mennesker med ADHD. En annen undersøkelse av Mueller m.fl., (2012) gjennomgikk empirisk forskning når det gjaldt ADHD og stigma. Resultatene identifiserte variabler som bidro til stigma i relasjon til ADHD, og kom frem til at personer med ADHD har en risiko for å bli utsatt for stigmatisering. Variablene som ble identifisert ble funnet til å være blant annet en allmenn usikkerhet i forhold til den diagnostiske vurderingen, samt validiteten og reliabiliteten til diagnosen. I tillegg til at den allmenne oppfattelsen av at personer med ADHD er farlige, og stigmatisering av behandling som gis for ADHD. En undersøkelse av Rusch m.fl., (2006) hvor deltakerne hadde mentale lidelser, viste at hvis personer oppfattet og legitimerende diskriminerende holdninger fra andre, så førte dette til at de også stigmatiserte seg selv. Begreper om hva ADHD er har stor variasjon både innenfor allmenn oppfatning og profesjonelle helsearbeidere i følge Mueller m.fl., (2012). Noe som øker risikoen for at stigmatisering kan forekomme for de som har fått diagnosen ADHD. Mueller m.fl., (2012) uttrykte at stigma i forbindelse med ADHD kan sees som en risikofaktor som er undervurdert, og som kan påvirke blant annet livskvalitet og mentalt velvære for de som har fått diagnosen.

I forhold til positive aspekter ved å inneha diagnosen ADHD ble det i undersøkelsen (Brod m.fl., 2012) funnet at deltakerne mente at de tidvis kunne ha mye energi, og fikk gjort mye. De kunne være kreative, og på de områdene de var motiverte kunne de få veldig gode resultater. I tillegg var det nevnt at impulsivitet kunne føre med seg en ærlighet og ektehet ved dem.

Samlet sett viser de overnevnte resultatene blant annet at det var likheter mellom deltakerne i forhold til belastninger med diagnosen, når det gjaldt for eksempel adferd som de knyttet til diagnosen, ADHD gjennom livsløpet, arbeid og produktivitet, relasjoner og psykisk helse. Undersøkelsene viste blant annet at når det gjaldt arbeid og produktivitet, forklarte deltakerne at egne nedsatte prestasjoner i arbeidslivet sett i relasjon med egen nedsatt funksjon, var den sammenhengen som gjorde at de ikke lyktes. Mange hadde utfordringer i partnerrollen, som forelder, og sammen med venner. Deltagerne hadde alltid følt seg unormale eller forskjellige fra andre, og hadde vært på søken etter en forklaring eller en diagnose. Blant annet var det å føle seg unormal noe som gjorde at begrep som omhandlet selvbylde ofte spilte en problematisk og viktig rolle i erfaringene til personer som hadde adferd som de knyttet til ADHD, og identiteten var truet. Undersøkelsene viste til et behov for økt kunnskap om

belastningene med diagnosen, og denne oppgaven vil i resultatene presentere hvordan informantene i denne undersøkelsen opplever erfarer hverdagen på ulike livsarenaer, og hvilke erfaringer dette gir for deres selvbylde. Videre vil det sees på hvilken adferd de selv forteller at de innehar og knytter til diagnosen ADHD. Det vil også bli sett på bruk av medisiner, og hvilke erfaringer som kommer frem i forhold til dette, i tillegg vil det bli sett på om det fremkommer noen positive aspekter ved å inneha diagnosen.

1.2 Nasjonal forskning

For å oppdrive aktuell nasjonal forskning søkte jeg i tillegg til nevnte søkeord, blant annet etter forskning fra Sintef, Folkehelseinstituttet, FAFO, NOVA, Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK), og Arbeidsforskningsinstituttet. En del forskning er gjort på ADHD i Norge. Hovedfokus ved forskningen er imidlertid på barn og ungdom, og begrenset forskning ser på forholdet mellom voksne som har fått diagnosen ADHD, utfordringer på ulike livsarenaer, og hvordan dette kan påvirke selvbylde. Det meste av forskningen som Forskningsrådet (Norges forskningsråd, 2014) og Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK, 2014) gir økonomisk støtte til, har innfallsvinkel blant annet knyttet til genetikk, nevrobiologi og medikamenter. Noe forskning på området med aktuelle elementer av relevans for denne oppgaven fant jeg imidlertid ved de ulike søkene. Som nevnt viser internasjonal forskning til at personer som har fått sin adferd knyttet til diagnosen ADHD blant annet kan ha en begrenset tilknytning til arbeidslivet. Norsk forskning kan vise til det samme. Blant annet har funn fra norske studier vist at evnen til å fungere i forhold til arbeidsliv kan bli svekket som følge av adferd som blir knyttet til ADHD.

1.2.1 Tilknytning og funksjon i arbeid

Blikø (2008) gjorde en undersøkelse ved gjennomgang av pasientjournaler på 66 personer som var henvist for utredning av adferd som ble knyttet til ADHD. Av disse var det 61 personer som fikk diagnosen og hvorav 14 var kvinner og 47 menn. 45 av de 61 som fikk diagnosen hadde kun fullført grunnskole. Resultatene viste at det var liten forskjell mellom gruppene som fikk diagnosen eller ikke med hensyn til å fungere i arbeidslivet (Blikø, 2008). I en undersøkelse av Mørdre m.fl., (2012) ble det gjennomført en oppfølgingsstudie på 257 personer som fikk ADHD diagnose som barn, og som igjen fikk diagnosen som voksen. Dette ved å se på registre for uførepensjon og i denne studien ble det også benyttet pasientjournaler.

Det viste seg at 30 % av de som hadde fått diagnosen som barn hadde uførepensjon på oppfølgingstidspunktet. I Blikø (2008) sin undersøkelse på gruppen av 66 personer viste at sivil status var relativt lik for personene i hele gruppen, uavhengig av om de fikk diagnosen ADHD eller ikke. De fleste som fikk diagnosen hadde et økonomisk livsopphold i form av offentlige stønader, henholdsvis 15 % for de som fikk diagnosen og 13 % for de som ikke fikk diagnosen, og bare 16 av de 61 personene hadde vært i jobb i minimum 1 år sammenhengende. I Mørdre m.fl., (2012) sin undersøkelse ble det altså funnet at å få diagnosen ADHD som barn hadde en høy korrelasjon med senere å inneha uførepensjon (Mørdre m.fl., 2012). Samt at i Blikø (2008) sin studie viste at de fleste som fikk diagnosen hadde offentlige stønader til livsopphold. Begge studiene viser en lav tilknytning til arbeidsliv for de fleste som fikk diagnosen ADHD.

En annen studie som har sett på tilknytning til arbeidsliv for personer som har fått sin adferd knyttet til ADHD var Halmøy m.fl., (2009) som gjorde en kvalitativ studie av personer som hadde fått diagnosen ADHD. Det ble benyttet en populasjonsbasert kontrollgruppe i denne studien. Av de med diagnosen rapporterte 24 % at de var i arbeid. Til sammenligning var det 79 % i kontrollgruppen som var i arbeid, og 70 % i den generelle befolkningen på daværende tidspunkt. Den lavere tilknytning til arbeid for personer som har fått sin adferd knyttet til ADHD bekreftes også ved en annen undersøkelse av Gjervan m.fl., (2012). I denne undersøkelsen benyttet de medisinske journaler og selvrapportering. Resultatene viste at bare 22,2 % hadde ordinært arbeid som kilde til inntekt, sammenlignet med 72 % i den generelle populasjonen (Gjervan m.fl., 2012). I Gjervan m.fl., (2012) sin undersøkelse ble høy grad av uoppmerksomhet og sen igangsetting av sentralstimulerende medisin, knyttet til lavere grad av arbeidstilknytning. Det også ble i undersøkelsen av Halmøy m.fl., (2009) funnet en sammenheng mellom medisinerings i barndommen og yrkesmessig utkomme som voksen, da de som ikke hadde hatt medisinerings i barndommen hadde større sannsynlighet for å være utenfor arbeidslivet som voksen. Det ble imidlertid ikke funnet noen sammenheng mellom medisinerings og utdanningsnivå. Den sterkeste sammenheng som ble funnet i denne undersøkelsen (Halmøy m.fl., 2009), ble funnet mellom utdanningsnivå og arbeid. Jo lavere utdanningsnivå personer hadde, jo større sjanse var det for at de var utenfor arbeidslivet som voksen. I Gjervan m.fl., (2012) sin undersøkelse ble adferden som ble knyttet til ADHD også satt i sammenheng med lavere utdanningsgrad og lavere grad av arbeidstilknytning. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom ulike aldersgrupper eller kjønn når det gjaldt å være i arbeid (Halmøy m.fl., 2009). Begge studiene viser altså en lavere tilknytning til arbeid for de

som hadde fått diagnosen ADHD. Begge studiene nevner altså at de som fikk ingen eller sen igangsetting av medisiner som barn, oftere var utenfor arbeidslivet som voksen. Selv om den sterkeste sammenhengen ble funnet til å være mellom lavt utdanningsnivå og lav tilknytning til arbeid.

Ytterligere studier som har sett på sammenhengen mellom personer som har fått sin adferd knyttet til ADHD og funksjon i forhold til arbeidsliv er blant annet en studie av Øie m.fl., (2011) som gjennomførte en studie med oppfølging av personer som hadde fått diagnosen ADHD som barn, i sammenligning med en kontrollgruppe uten diagnosen. Det ble benyttet selvrapporing ved denne undersøkelsen. Resultatene ved oppfølgingstidspunktet i undersøkelsen til Øie m.fl., (2011) viste at 27 % av personene som hadde fått diagnosen brukte sentralstimulerende medisin. Det var færre som hadde høyere utdanning eller stabilt arbeid, og de hadde en dårligere sosial og generell funksjon enn kontrollgruppen.

Fredriksen m.fl., (2014) gjennomførte en undersøkelse med personer som tidligere var ubehandlet for adferd som ble knyttet til ADHD, og som ble rekruttert ved diagnostisering. Det ble ved undersøkelsen benyttet historiske data, kliniske intervjuer og spørreskjema. Det ble i undersøkelsen (Fredriksen m.fl., 2014) funnet at vedvarende adferd med uoppmerksomhet og komorbide lidelser i voksen alder var korrelert med svekkelse i forhold til arbeidsliv. I Øie m.fl., (2011) rapporterte de som hadde fått diagnosen om mange relasjoner, men at disse var ustabile. Av de som hadde fått diagnosen ADHD var det 58 % som var i utdanning eller arbeid, mens alle 4 som ikke lenger oppfylte kriteriene for å få diagnosen var i lønnet jobb, og av de i kontrollgruppa var det 100 % som var i utdanning eller arbeid (Øie m.fl., 2011). I Fredriksen m.fl., (2014) sin studie var det 56 % i utvalget som ikke hadde gjennomført videregående skole. I Fredriksen m.fl., (2014) var det i likhet med Øie m.fl., (2011) sin studie en lav arbeidstilknytning. Ved oppstarten av studiet var 53 % av mennene og 36 % av kvinnene i ordinære studier eller betalt arbeid (Fredriksen m.fl., 2014). I tillegg viste undersøkelsen at 42 % av mennene og 60 % av kvinnene hadde vært uegnet til å arbeide i løpet av det siste året. Jo høyere alder personer hadde ved inntak i studien, jo sterkere var sammenhengen for at de hadde vært uten arbeid det siste året, og sammenhengen var sterkere for kvinner enn for menn (Fredriksen m.fl., 2014).

En annen nyere studie som blant annet så på tilknytning til arbeid og livskvalitet ble gjennomført av Lensing m.fl., (2014), dette ved bruk av en spørreundersøkelse for personer som hadde fått sin adferd knyttet til ADHD. I dette utvalget var det 95 personer som hadde

medisinering for sin adferd, og 54 personer som ikke hadde medisinering. Av de som ikke hadde medisinering, var det 36 personer som hadde seponert og 18 som aldri hadde fått medisinering. Resultatene ble av Lensing m.fl., (2014) sammenlignet med både et norsk og et dansk utvalg i populasjonen. Av de som hadde medisinering rapporterte de et bedre resultat på oppmerksomhet enn de som var ubehandlet. Det viste seg at å være i arbeid kunne assosieres med fordelaktive resultater på oppmerksomhet. Til sammenligning gjennomførte Torgersen & co (2014) en retrospektiv studie med pasientjournaler, på personer som hadde fått diagnosen ADHD etter lang tids bruk av sentralstimulerende medisin for å se om dette hadde gitt positivt utkomme i arbeidstilknypning. Av de 149 med som hadde fått diagnosen i Lensing m.fl., (2014) sin studie var det 88 som var arbeidsledige, men det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn til dette. Det viste seg at særlig menn som hadde fått sin adferd knyttet til ADHD oftere stod utenfor arbeidslivet enn det som er vanlig for menn på samme alder, når det ble sammenlignet med det norske referansematerialet. Resultatene i Torgersen m.fl., (2014) sin studie viste at lang tids bruk av sentralstimulerende medisin hadde begrenset positiv effekt på tilknytning til arbeid, når det gjaldt voksne som hadde fått diagnosen ADHD som hadde svekkelser i funksjon og høy grad av komorbide lidelser. Når det ble sammenlignet med det danske referansematerialet i Lensing m.fl., (2014) sin studie ble det funnet at de som hadde fått diagnosen ADHD hadde betydelig redusert tilfredshet og livskvalitet. Særlig var det å stå utenfor arbeidslivet i kombinasjon med uttalt adferd som ble knyttet til ADHD ble assosieres med en nedsatt livskvalitet (Lensing m.fl., 2014). Lensing m.fl., (2014) sin studie viste altså at medisinering ga positive resultater for oppmerksomheten. Imidlertid viste Torgersen m.fl., (2014) sin studie at medisinering hadde begrenset positiv effekt på tilknytning til arbeid.

1.2.2 Deltakelse på livsarenaer og retur til arbeid

For å se på hva som mulig kan lette tilknytningen til arbeid for personer som har fått sin adferd definert som ADHD kan det sees på en studie av Kvam m.fl., (2014). Her ble det sett på kvinners og menn sitt syn på viktigheten av deltakelse på ulike livsarenaer, og hvordan dette kunne forutsi retur til arbeid og utfallet av yrkesrettet attføring. Denne studien var ikke rettet mot personer som hadde fått sin adferd knyttet til ADHD, men mot personer med helsemessige forhold som blant annet muskel- og skjelettsmerter og psykiske problemer. Personene var deltakende på tverrfaglig yrkesfaglig attføring, inkludert registrering i attføringsinstitusjoner. Kvam m.fl., (2014) sin studie sees som relevant fordi informantene som deltar på min studie også er på tiltak hvor retur til arbeid ofte er en målsetting. Selv om

informantene har ulike helsemessige forutsetninger i min og Kvam m.fl., (2014) sin studie kan det være interessant å se om det kan identifiseres noen fellestrekk i forhold til hva som kan ha betydning for tilknytning til arbeid. Samt hvor man gunstigst kan gjøre en innsats for å bidra til arbeid for deltakerne. Kvam m.fl., (2014) benyttet selvrapportering i studien. Resultatene fra Kvam m.fl., (2014) sin studie viste at betydningen av deltakelse i familien og fritidsaktiviteter kunne gi et negativt resultat når det gjaldt retur til arbeid etter rehabiliteringen. Derimot så viste resultatene at hvis arbeid ble vurdert som betydningsfull av deltakere, så ga dette et positivt resultat når det gjaldt retur til arbeid. Når deltakere oppfattet egen generell helse som dårlig, så ga dette en sammenheng med lavere grad av retur til arbeid. En bedre oppfattet generell helse i løpet av rehabiliteringen, ga en delvis retur til arbeid. Dette ble vurdert i sammenheng med oppfatning av egne muligheter og egen effektivitet. Med dette uttrykte Kvam m.fl., (2014) at det i utgangspunktet kunne være utfordrende med deltakelse i familien og heltidsarbeid for kvinner. Videre viste resultatene en delvis retur til arbeid for de som hadde barn. Alder virket lite viktig på utfallet for retur til arbeid, i Kvam m.fl., (2014) sin studie, men heller som en del i en større mekanisme. Hvis fritidsaktiviteter ble vurdert som å ha lav betydning for deltakerne, kunne dette settes i sammenheng med full retur til arbeid. Der hvor menn hadde full retur til arbeid vurderte Kvam m.fl., (2014) at det var mulig at disse mennene opplevde deltakelse i arbeid som viktigere enn deltakelse i fritidsaktiviteter. For retur til arbeid, poengterer Kvam m.fl., (2014) viktigheten av å vurdere det interaktive aspektet av faktorer. Når det skal forstås mekanismer og resultater i arbeidsprosesser og yrkesrehabilitering, indikerer resultatene viktigheten av å vurdere flere aspekter på samme tid. Kvam m.fl., (2014) konkluderte med at viktigheten av deltakelse som individer selv vurderer seg frem til kan bidra til å forklare individers retur eller ikke til arbeid. Å få identifisert individers individuelle vurdering for deltakelse kan også bistå kjøpere av tjenester og veiledere i rehabilitering, til å forme tiltak som passer den enkeltes behov (Kvam m.fl., 2014).

De nevnte nasjonale studiene (Øie m.fl., 2011; Lensing m.fl., 2014; Torgersen m.fl., 2014; Gjervan m.fl., 2014; Fredriksen m.fl., 2014; Mørdre m.fl., 2012) viser begrenset tilknytning til arbeidslivet for personer som har fått sin adferd satt innenfor rammene av diagnosen ADHD. En undersøkelse viser til at personer som har fått diagnosen ADHD har dårligere sosiale relasjoner (Øie m.fl., 2011), og en annen viser at adferd som knyttes til ADHD gir nedsatt tilfredshet og livskvalitet (Lensing m.fl., 2014). Det er også noen sprikende resultater i undersøkelsene, da en undersøkelse viser at medisinerer har begrenset effekt på tilknytning til arbeid (Torgersen m.fl., 2014), mens en annen undersøkelse viser at jo høyere alder ved

oppstart av medisinerings jo lavere tilknytning var det til arbeidsliv (Gjervan m.fl., 2012). En av undersøkelsene viste at menn oftere stod utenfor arbeidslivet (Lensing m.fl., 2014), en annen viste at kvinner oftere stod utenfor (Fredriksen m.fl., 2014). Videre viste en av undersøkelsene at de som fikk diagnosen som barn hadde høy korrelasjon til senere uførepensjon (Mørdre m.fl., 2012), mens en av de andre undersøkelsene viste at jo høyere alder ved at adferden ble knyttet til diagnosen jo lavere tilknytning var det til arbeidsliv (Fredriksen m.fl., 2014). Disse undersøkelsene kan altså vise til et felles resultat, som er at voksne som har adferd som av helsevesenet blir knyttet til ADHD har en svekket tilknytning til arbeidslivet. De fleste undersøkelsene hadde en retning av medisinsk perspektiv og forklaring med hensyn til adferd og årsakssammenhenger, men er relevant for denne oppgaven spesielt med hensyn til tilknytning til arbeidsliv.

Den nevnte internasjonale forskningen at identitet spiller en viktig rolle i livet til personer som har fått diagnosen ADHD. Hvor tap av "selvet", og hvem de virkelig er, spesielt kommer til syne når det gjelder medisinerings (Bolt & Schermer, 2009). I resultatene av denne oppgaven vil det bli sett på om informantene deler erfaringer med diagnosen, og medisinerings, som kan knyttes til deres oppfattelse av eget "selv", eller om de selv trekker en slik sammenheng. Internasjonal forskning har vist at det var likheter uavhengig av land i forhold til belastninger som ble knyttet til diagnosen som for eksempel adferd, gjennom livsløpet, arbeid og produktivitet, relasjoner og psykisk helse (Brod m.fl., 2012). Nedsatte prestasjoner i arbeid sett i relasjon til nedsatt funksjon, er den sammenhengen som gjør at personer med adferd knyttet til ADHD ikke lykkes i arbeidslivet (Asherson m.fl., 2012; Brod m.fl., 2012; Langley m.fl., 2010; Harpin, 2005; Biederman m.fl., 2006). Mange hadde utfordringer i partnerrollen, som forelder, og sammen med venner (Asherson m.fl., 2012; Harpin, 2005; Davidson, 2008; Mannuzza m.fl., 2011; Brod m.fl., 2012). Å føle seg unormal gjorde at begrep som omhandlet selvbilde ofte spilte en problematisk og viktig rolle i erfaringene til personer som hadde fått knyttet sin adferd til ADHD, og identiteten var truet (Newark m.fl., 2012; Brod m.fl., 2012). Et lavt selvbilde kunne ofte sees i forhold til hvordan de sammenlignet seg med andre, og at de selv så at de ikke mestret det samme som andre for eksempel når det gjaldt jobb (Langley m.fl., 2010; Young, 2011; Brod m.fl., 2012).

Problemstilling

Det er begrenset forskning når det gjelder gruppen voksne som har fått knyttet sin adferd til ADHD, og den forskningen som er utført har ofte et medisinsk perspektiv og årsaksforklaringer. Det er mangelfull forskning med menneskers egne erfaringer når det gjelder å få sin adferd knyttet til diagnosen. I tillegg er det mangelfull forskning som i samme undersøkelse har sett på hvordan hverdagen oppleves på flere arenaer, for mennesker som har fått sin adferd knyttet til diagnosen, og hvilke erfaringer dette kan gi for selvbildet. I denne oppgaven vil jeg undersøke om adferd som ofte knyttes til diagnosen ADHD ikke nødvendigvis skal sees som en sykdom, men en sosialt konstruert forklaring for å beskrive adferd som ikke møter bestemte sosiale normer.

Med bakgrunn i dette perspektivet vil jeg se på tilknytning til arbeidslivet for informantene i utvalget, og hvordan informantene selv beskriver å oppleve dette. Det vil også bli sett på hvorvidt det kan identifiseres forhold som informantene selv uttrykker kan ha betydning for tilknytning til arbeid. Informantene er på arbeidsrettet tiltakt i arbeidsmarkedsbedrift. Videre vil jeg se på hvordan informantene sier å erfare relasjoner med familie og venner. Hvilke holdninger informantene erfarer at andre mennesker i tilknytning til ordinært arbeid, praksis gjennom arbeidsmarkedsbedrift, familie og venner har til informantene og deres adferd, og diagnosen de har fått. Samt hvordan disse menneskene opptrer i møte med informantene, og kommuniserer sine holdninger. Det vil bli sett på hvordan dette oppleves for informantene, og hvordan dette påvirker deres syn på seg selv. Altså vil det bli sett på hvordan dette kan erfares i forhold til informantene sitt selvbilde. I tillegg vil jeg se på om informantene har opplevd stigmatisering, og om de har noen strategier for å håndtere dette. Studien vil se på hvorvidt informantene har noen form for behandling for adferd som har blitt knyttet til ADHD, spesielt i form av medisiner. Jeg vil se på om informantene deler erfaringer med egen adferd, diagnosen de har fått, og medisiner, som kan knyttes til deres oppfattelse av eget "selv", eller om de selv trekker en slik sammenheng. I et perspektiv av sosial konstruksjon vil jeg se på om informantene føler seg forskjellig fra andre, eller unormal, og hvilke erfaringer dette gir i forhold til selvbildet.

Det overordnede spørsmålet som jeg ønsker å belyse i denne oppgaven omhandler altså betydningen av å inneha adferd som har blitt knyttet til diagnosen ADHD, medisiner for denne adferden, og relasjoner med andre mennesker. Hvordan andre mennesker kommuniserer sine holdninger, og hvilke erfaringer disse forholdene gir når det gjelder

selvbildet for personer som har fått diagnosen ADHD. Det overordnede spørsmålet er videre delt inn i tre underspørsmål. Oppgaven er som nevnt noe ekstra knyttet til temaet arbeid. Derfor omhandler det ene underspørsmålet hvordan relasjoner med andre i ordinært arbeid og gjennom praksis i arbeidsmarkedsbedrift, gir erfaringer som kan knyttes til ADHD og selvbilde. Det andre underspørsmålet dekker både relasjoner med familie og venner, i tilknytning til erfaringer som kan knyttes til selvbildet. Det tredje underspørsmålet omhandler hvordan informantene opplever å ha ADHD som medisinsk diagnose, og hvilke erfaringer det har gitt i relasjon til selvbildet. Denne oppgaven vil derfor belyse problemstillingene:

Hvordan erfarer personer med ADHD sitt selvbilde, gjennom relasjoner med andre mennesker i hverdagen?

- 1. Hvordan erfarer personer med ADHD eget selvbilde, gjennom relasjoner i ordinært arbeid og gjennom praksis i arbeidsmarkedsbedrift?*
- 2. Hvordan erfarer personer med ADHD eget selvbilde, gjennom relasjoner med familie og venner?*
- 3. Hvordan erfarer personer eget selvbilde, ved å ha ADHD som medisinsk diagnose?*

2 Perspektiver på ADHD

Jeg vil i dette kapittelet presentere teoretiske perspektiver på hvordan det å inneha diagnosen ADHD kan påvirke personers selvbylde. ADHD er en diagnose som kan sees fra flere innfallsvinkler, og diagnosen er omdiskutert. Diagnosen ADHD vil derfor bli forklart både i et biomedisinsk perspektiv, og i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Jeg vil videre se på personers selvbylde, her fremstilt med hvordan dannelse av identitet og selvbylde kan forklares. I tillegg vil jeg i dette kapittelet se på hvordan det kan være å inneha diagnosen ADHD, ved å belyse dette via medikalisering og stigmatisering.

2.1 Biomedisinsk perspektiv på ADHD

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) blir i biomedisinen sett på som en nevrologisk forstyrrelse, og det er diagnosemanualene ICD-10 og DSM-5 som blir benyttet for å klassifisere diagnosen.

Verdens helseorganisasjon (2015) definerer ADHD som en hyperkinetisk forstyrrelse, og er regnet som en gruppe av forstyrrelser, ICD-10 (F90-F98). Den blir karakterisert ved at den som oftest oppstår i løpet av de første syv leveår. Betegnende for de som innehar diagnosen er at de har en mangel på utholdenhet ved aktiviteter som krever involvering av kognitive funksjoner, og at de kan skifte fra en aktivitet til neste, uten å gjennomføre noen av dem. Samtidig utviser de ofte en overdreven aktivitet, som kan være uorganisert og dårlig regulert. Barn med hyperkinetisk forstyrrelse er ofte impulsive og uforsiktige, og har en tendens til å komme ut for ulykker. Det kan ofte være disiplinære utfordringer i forhold til disse barna, og relasjoner med voksne viser ofte en mangel på vanlig reservasjon og forsiktighet. Det er vanlig med svekkede kognitive funksjoner, og ofte kan man se en uproporsjonal og sen utvikling innenfor språk og motorikk. Komplikasjoner av sekundær art, kan vise seg med asosial adferd og lav selvfølelse (Verdens helseorganisasjon, 2015).

American Psychiatric Association (2013) definerer ADHD som en mental forstyrrelse, og benytter diagnosemanualen DSM-5. Manualen klassifiserer 18 typer adferd som er delt inn i to områder betegnet som uoppmerksomhet og hyperaktivitet/impulsivitet. For å oppfylle diagnosen må man inneha minst 6 typer adferd innenfor det ene, eller 6 til sammen innenfor begge områdene. Ved den siste revisjonen til DSM-5 ble debutalder hevet til 12 år, og diagnosekriteriene for ADHD ble omgjort til også å gjelde for voksne. Voksne og ungdom over 17 år må inneha 5 typer adferd innenfor det ene, eller til sammen på begge områdene, for

å fylle kriteriene til diagnosen (American Psychiatric Association, 2013). ADHD blir karakterisert som et adferdsmønster som viser seg i flere settinger som for eksempel både i arbeidssituasjonen, sosialt, eller på skolen, og som kan gi utfordringer i oppførsel og prestasjon på disse arenaer. Adferd som inkluderes i diagnosen kan vise seg som å inneha vanskeligheter med å organisere aktiviteter og oppgaver, og det kan være utfordrende å lage realistiske planer. De kan ofte agere før de har tenkt seg om, og ikke være i stand til å konsentrere seg om detaljer. Det kan være vanskeligheter med å sitte i ro i situasjoner hvor dette er påkrevd, i tillegg til manglende fleksibilitet ved skiftende situasjoner. De kan også være preget av nervøsitet og overdreven prating (American Psychiatric Association, 2013).

Adferd som knyttes til ADHD kan i en del tilfeller avta med stigende alder (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Hos voksne synes det å være adferd med konsentrasjonsvansker som oftest vedvarer, men også impulsivitet, mens adferd med rastløshet og hyperaktivitet kan avta (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Ulikt diagnostisering av barn med ADHD, blir det ved diagnostisering av voksne benyttet selvrappotering av adferd. Selvrappoteringen må da fylle kriteriene for ADHD i nåtid, i tillegg til at det må vises til adferd knyttet til ADHD i barndommen. Hvis det ikke foreligger diagnose eller det er vanskelig å innhente dokumentasjon fra barndommen, kan dette skape diagnostiske utfordringer. Da vil diagnosen settes med bakgrunn i personens egen beskrivelse av adferd fra barndommen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). ICD-10, krever oppfyllelse av kriteriene på alle områdene, oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet, for at diagnosen kan stilles. Ved DSM-5 kan diagnosen lettere stilles siden hyperaktivitet og impulsivitet sees mer under ett. I praktisk diagnostikk i Norge benyttes begge diagnosemanualene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Folkehelseinstituttet (2014) anslår at det i Norge er mellom 3-5 prosent av barn og unge under 18 år med ADHD. Tall fra reseptregisteret viser at omtrent 11 000 barn og unge under 18 år fikk behandling for diagnosen med legemidler i 2005, i 2013 viser tallene at 17825 barn og unge opp til 19 års alder fikk behandling (Folkehelseinstituttet, 2014). Det blir vist til at to av tre av de som fikk diagnosen i barne- og ungdomsårene vil ha adferd som knyttes til diagnosen i mange år. Det finnes ingen undersøkelser gjort i Norge som viser forekomsten av ADHD blant voksne (Folkehelseinstituttet, 2014). Imidlertid viser tall fra Reseptregisteret, at behandling med sentralstimulerende legemidler for voksne hadde et antall på 5400 i 2005. I 2013 viser tallene en økning opp til 15357 voksne fra 20 års alder og oppover på legemidler for ADHD (Folkehelseinstituttet, 2014). Flere gutter enn jenter får diagnosen, og flere menn enn kvinner får diagnosen (Folkehelseinstituttet, 2014).

Folkehelseinstituttet (2014) viser til at genetiske faktorer kan ha stor betydning for utvikling av ADHD. Andre faktorer kan være komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel, eller eksponering av alkohol eller andre stoffer i svangerskapet. Psykososiale risikofaktorer vil også kunne forverre en tilstand av ADHD (Folkehelseinstituttet, 2014). Ved ADHD kan man ofte se komorbide tilstander. Vanligst hos voksne er angst, affektive lidelser/depresjon og personlighetsforstyrrelser. I tillegg til søvnvansker, posttraumatisk stress og rusmiddelavhengighet. Komorbide tilstander vil kreve behandlingsprogrammer som er kompliserte, med flere behandlinger parallelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Sentralstimulerende legemidler, en viktig del av behandlingen ved ADHD (Folkehelseinstituttet, 2014). Blant annet er virkestoffet Metylfendidat i preparatene Ritalin, Concerta, og Equasym. I tillegg til dextro-amfetamin i preparatet Dexamin. Disse medikamentene øker tilgjengeligheten av dopamin i hjernen og er klassifisert som narkotika. Det er Ritalin som har vært brukt i størst grad i Norge. Et annet virkestoff er Atomiksetin, i preparatet Strattera. Dette legemiddelet virker på omsetningen av signalstoffet noradrenalin i hjernen (Folkehelseinstituttet, 2014). Medisinene bedrer konsentrasjonen, demper kroppslig uro og impulshandlinger. Medisinene kan gi bivirkninger som hodepine, nedstemthet, søvnforstyrrelser og appetittforstyrrelser. Hjertesykdom kan utløses i sjeldne tilfeller (Folkehelseinstituttet, 2014).

Internasjonalt kan det vises til forskjellige tall for varighet av adferd fra barn til voksen, og på prevalensen av ADHD blant voksne. I en kvalitativ undersøkelse i USA av 281 voksne med ADHD, hvor det ble benyttet DSM-4, ble det funnet samsvar av adferd, fra barn til voksen alder ved bruk av skala på uoppmerksomhet, hyperaktivitet-impulsivitet og individuell adferd (Zucker m.fl., 2002). En studie av Brod m.fl., (2012) viste til studier fra en rekke land i Europa hvor ICD er mer benyttet, og i USA hvor DSM er mer benyttet. Brod m.fl., (2012) så på studier hvor prevalensen for de som fikk diagnosen som barn og som hadde vedvarende adferd i voksen alder viste variasjoner mellom 5% til 66%. Når det gjaldt prevalensen av voksne med ADHD i den generelle befolkningen, ga resultatene en variasjon mellom 2% til 6% i forskjellige land i Europa, og mellom 2,9% til 4,4% i USA (Brod m.fl., 2012). Når resultatene viser variasjon mellom land så kan dette bety at det er forskjeller eller uklarheter i diagnosemanualene som ligger til grunn. En undersøkelse av Fayad m.fl., (2007) så på prevalensen av voksne med ADHD ved bruk av DSM-4. Utvalget var (n=11422), i aldersspennet 18-44 år, i ti land i USA, Europa og Midt-Østen. Resultatene viste et gjennomsnitt på 3,4% av voksne med ADHD, med en variasjon på mellom 1,2% til 7,3%

mellom de ulike landene (Fayad m.fl., 2007). Når variasjonen mellom landene er så stor som resultatene til Fayad m.fl., (2007) viste, så er det interessant i et konstruktivistisk perspektiv. At dette kan være tegn på at diagnosen er konstruert. En verdensomspennende meta-analyse som ble gjennomført av Faraone m.fl., (2003), som ble utført for å avdekke prevalensen av ADHD i den generelle voksne befolkningen, ble det estimert til å gjelde for omtrent 4%.

2.2 Sosialkonstruktivistisk perspektiv på ADHD

Sosialkonstruktivisme omhandler hvordan meninger dannes og etablerer seg, og utvikler seg i forskjellige kulturer over tid. Dette gjennom menneskets ideer, verdier, spørsmål, og bevissthet, som influerer på våre sosiale liv (Nettleton, 2006). Et sosial konstruksjon kan forklares som en kategori, fenomen, eller mekanisme, som blir oppfattet som virkelig av grupper eller individer i samfunnet (Nettleton, 2006). I sitt doktorgradarbeid fra 1976 beskrev sosiologen Peter Conrad (2006) hvordan perspektivet sosial konstruksjon kan benyttes om diagnosen ADHD hos barn. Han videreutviklet senere perspektivet til også å omfatte voksne med ADHD (Conrad, 2006). I følge Conrad & Barker (2010) kan sosial konstruksjon av sykdom forklares ved at en tilstand har blitt tillagt kulturell mening. I følge Timimi & Leo (2009) vil den kulturelle meningen av sykdom påvirke hvordan samfunnet reagerer på de som er rammet av tilstanden, og hvordan de som er rammet opplever tilstanden selv. Tilstanden i seg selv, og medisinsk kunnskap om tilstanden, er ikke gitt fra naturen sin side men kan være utviklet og konstruert av interessenter og beslutningstakere, selv om dette ikke nødvendigvis er bevisst fra deres side (Conrad & Barker, 2010).

Parens & Johnston, (2009) poengterer at ADHD kan sees som å være en sosialt konstruert forklaring for å beskrive adferd som ikke møter bestemte sosiale normer, og ikke som en patologisk sykdom (Parens & Johnston, 2009). Et annet poeng i følge Timimi & Leo (2009) er at samfunnet skaper forhold som kan gi stress på individer og familier, og som igjen kan gi adferd som blir knyttet til ADHD, og at ADHD med dette ikke er en objektiv lidelse. Singh (2008) fremlegger et tredje poeng med at ADHD er en faktisk lidelse, men at det foregår en overdiagnostisering. Sosialkonstruktivismen innebærer at perspektiver i forhold til adferd som ofte blir knyttet til ADHD kan sees på en annen måte enn et medisinsk perspektiv. Blant annet at adferden som betegnes som ADHD kan sees å ligge innenfor det som kan kalles normal menneskelig adferd, og ikke betegnes som dysfunksjonell. Timimi & Taylor, (2003) fremmer en løsning med at miljøet og samfunnet i større grad kan tilpasse seg og samarbeide om individuelle forskjeller, eller individuelle utfordringer, slik at flere kan lykkes. Slik at blant

annet metoder, strukturer, og holdninger i for eksempel skole, arbeidsliv, og andre arenaer blir sett som mer viktige og bestemmende for at individer skal lykkes (Timimi & Taylor, 2003).

Personer som opplever å ha utfordringer i forhold til konsentrasjon og impulsivitet, og medfølgende utfordringer med prestasjon og funksjon, kan i en del tilfeller oppsøke medisinsk kompetanse for å få en medisinsk forklaring og hjelp for disse utfordringene (Conrad, 2006). Dette kan ha vært til stede fra barndommen, men hvor man først som voksen har fått en bevissthet om utfordringen (Conrad, 2006). Det kan også være voksne som har hatt utfordringer med lærevansker og flere adferdsproblemer som barn, og som ble henvist til lege for å finne en medisinsk forklaring. Som voksne kan de ha vedvarende utfordringer selv om disse kan være dempet. Det kan sees som problematisk når utfordringer og adferd skaper en medisinsk virkelighet, blir gitt en medisinsk betydning, og benyttet som bevis for medisinske forstyrrelser (Conrad, 2006). Det kan være andre sosiale forhold som kan gi de samme utfordringene, og diagnosen kan da betegnes som en sosialt konstruert diagnose. Adferd og utfordringer med konsentrasjon og impulsivitet, prestasjon og funksjon, kan være problematisk blant annet i relasjon til arbeid, sammen med familie, eller venner (Conrad, 2006). I følge teorien om sosial konstruksjon trenger dette likevel ikke betegnes som patologi, men kan sees som adferd eller funksjon som ikke møter gitte normer. Siden medisinen gjennom sentralstimulerende medisin har funnet en medikamentell behandlingsmåte for adferden og utfordringene, har disse fått et diagnostisk preg, og kan forstås som en medisinsk diagnose (Conrad, 2006). ADHD som en konstruert medisinsk diagnose kan av flere grunner sies å være problematisk. I følge Conrad (2006) er det flere forhold rundt diagnosen som knytter usikkerhet til den.

Kriteriene for diagnosen i DSM, har med tiden gått igjennom en del endringer, og diagnosekriteriene kan fremstå som noe uklare (Conrad & Potter, 2000). I tillegg er det forskjeller i manualene DSM og ICD (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dette kan gjenspeile noe av variasjonen i prevalensen av ADHD hos voksne internasjonalt, og i følge Chriss (2007) kan dette tyde på at ADHD er en sosial konstruksjon. For eksempel viste tidligere nevnte undersøkelser (Fayyad m.fl., 2007; Brod m.fl., 2012) variasjon i prevalens for personer med ADHD. I (Brod m.fl., 2012) sin undersøkelse ble variasjon i prevalens forklart til å kunne være sammensatt av flere faktorer som varierte mellom ulike land og helsesystemer (Brod & m.fl., 2012). Dette viser at uklarheter i diagnosekriteriene (Chriss, 2007) i tillegg til sosiale forhold kan legges til grunn for variasjon i prevalens av ADHD

mellom land. Med dette at sosiale forhold bidrar til å konstruere betingelser for diagnosen og at diagnosen med dette kan sees som sosialt konstruert (Conrad & Potter, 2000).

Selve prosessen ved diagnostiseringen er også problematisk, ifølge Rose (2007). Det er ingen biologiske markører som på en objektiv måte kan stadfeste eller knyttes til adferden som blir satt i sammenheng med diagnosen, noe som er utfordrende ved diagnostiseringen, og som kan føre til at diagnosen blir sosialt konstruert og formet gjennom samtale mellom pasient og lege, og tester gjennom utfylling av skjema. Hos barn er det foreldre eller skole som kontakter lege for utredning. Vanligvis er det selvdagnostisering som forekommer hos voksne, at de på eget initiativ tar kontakt med lege for utredning, og søker å få diagnosen (Conrad, 2007). For å stille en endelig diagnose blir pasienten henvist til spesialist innenfor psykiatri eller nevrologi.

I mange tilfeller har personer kjent seg igjen i beskrivelser av diagnosen, og med sin nyoppdagede identitet oppsøker de lege for å få dette bekreftet (Rose, 2007). Hvis personer er på god vei til å tro at de selv har diagnosen, kan det antas at dette legger visse føringer i dialogen med legen, og lettere kan føre til en konstruert diagnose. Alle parter er imidlertid sikker på at det er en reell diagnose, at den ikke er konstruert. På et annet plan kan det også sees at alle diagnoser egentlig er konstruerte. En annen vanlig vei til selvdagnostisering hos voksne er når de bringer egne barn til utredning for ADHD, og ser likheter mellom egne barn og seg selv som barn, når det gjelder adferd (Conrad, 2007). Hos voksne som ikke har fått diagnosen som barn, må det helst dokumenteres problematikk fra barndommen som er forenelig med adferd som kan knyttes til ADHD. Problemene må ha ført til store begrensninger i skole, sosialt, eller i yrkessammenheng, og må ha hatt en gjennomgripende karakter. Når det er vanskelig å innhente dokumentasjon fra barndommen blir diagnostikk basert på informasjon fra den det gjelder (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I slike tilfeller skal det vurderes om andre diagnoser kan være like sannsynlige for tilstanden. Det kan tenkes at hvis en voksen person oppsøker lege med egen mistanke om ADHD kan det være at dette påvirker validiteten og reliabiliteten på informasjonen som gis (Conrad, 2007). I tillegg til de som får diagnosen ADHD etablert som voksen er det som tidligere vist fra bl.a. Sosial- og helsedirektoratet (2007), Zucker m.fl., (2002), og Brod m.fl., (2012), en del som har fått diagnosen som barn som får videreført diagnosen inn i voksen alder. Det kan ligge en del usikkerhet i det som legen må bruke som begrunnelse for konstruksjonen av en diagnose. Det er altså ulike tester, og personens adferd over tid som er bestemmende for diagnosen. (Conrad, 2007). Man kan anta at når personens egen beskrivelse av adferd over tid står

sentralt i utredningen vil dette også ha stor betydning for utfallet av utredningen, og det kan tenkes at i slike tilfeller kan det være at diagnosen kan konstrueres (Rose, 2007).

Hos personer kan diagnostisering av ADHD knyttes til en egen oppfattelse av nedsatt prestasjon eller funksjon for den det gjelder, og kan tenkes å konstrueres med bakgrunn i dette (Conrad & Potter, 2000). Nedsatt prestasjon og funksjon kan blant annet vise seg i vedvarende utfordringer med å tilpasse seg, utfordringer med å utføre og gjennomføre oppgaver, og for lav grad av å oppnå tilfredsstillende resultater. Personer kan oppleve at de skulle ha oppnådd bedre resultater, og oppsøker hjelp for å bedre sine prestasjoner eller funksjon (Conrad & Potter, 2000). Siden resultater og prestasjoner ikke kan sies å ha noen objektivt gitte og riktige mål. Kan det sies at lavere prestasjon eller funksjon enn det en person selv ønsker, eller oppfatter som "vanlig" av seg selv eller andre, søkes forklart som sykdom. Med dette kan ADHD bli sosialt konstruert som sykdom med bakgrunn i opplevd nedsatt prestasjon eller funksjon (Conrad & Potter, 2000). Utfordringene kan vise seg blant annet i arbeidsliv, familieliv, og andre arenaer. Å få en ADHD diagnose kan gi en medisinsk forklaring på problemene, og de kan knyttes til utfordringer personene har i nåtid, i tillegg være forklarende for utfordringer som har vært i fortiden (Conrad & Potter, 2000). Noe som sannsynligvis vil være lettere for den det gjelder, enn hvis utfordringene ikke knyttes til sykdom og diagnose. I følge Conrad & Potter (2000) kan diagnosen ta problemene bort fra en opplevelse av individuelt ansvar og individuell skyldfølelse for nedsatt prestasjon og funksjon, og knyttes til en biologisk årsaksforklaring for problemene. Å få en ADHD diagnose kan med dette gi rettigheter og tilgang til medisinsk hjelp, andre offentlige tjenester, og økonomiske ytelser (Conrad & Potter, 2000). Dette perspektivet støttes av Rose (2007) som sier at når det gjelder medisin, farmasi, og biovitenskap, så har pasienter blitt aktive brukere av det som tilbys. Det de opplever som sykdom og lidelser, kan de selv bidra til å få diagnostisert, som videre kan føre til at de vil forstå seg selv i et nytt lys. Tidligere stigmatiserende og forvirrende livsprosjekter og identiteter, kan føyes sammen til et nytt bilde av seg selv (Rose, 2007).

Diagnostisering av ADHD kan altså knyttes til en egen oppfattelse av nedsatt prestasjon eller funksjon for den det gjelder (Conrad & Potter, 2000), noe som kan vise seg i vedvarende utfordringer med å tilpasse seg, utfordringer med å utføre og gjennomføre oppgaver, og for lav grad av å oppnå tilfredsstillende resultater (Conrad & Potter, 2000). Med bakgrunn i dette perspektivet kan det antas at personer oppnår eller definerer diagnosen med årsak i egen

opplevelse av nedsatt prestasjon eller funksjon. Denne oppfatningen er et av forholdene, som jeg vil se nærmere på i resultatene i denne oppgaven.

2.2.1 Medikalisering

Aktuelt i sammenheng med sosial konstruksjon er også begrepet medikalisering. Begrepet medikalisering kom inn i sosiologisk litteratur på 70-tallet hvor blant annet Peter Conrad (2007) var en av bidragsyterne. Medikalisering kan forklares å være en ekspansjon av medisinske kategorier eller grenser. Det sees som en prosess hvor medisinen får en stadig større rolle i samfunnet, og kan føre til sykeliggjøring og overbehandling (Werner, 2011). I følge Lian (2006) fører medikalisering til at flere tilstander blir sykeliggjort, og at flere menneskelige variasjoner eller forskjellighet blir sett som medisinske problemer. Videre blir definisjonen av hva som er normalt og hva som er avvikende bestemt av den medisinske profesjon.

Dette kan sies å være tilfellet når det gjelder ADHD. Kriteriene for å få diagnosen har ekspandert, slik at ADHD kan sies å være en medikalisert diagnose. Dette har gjort at et større antall personer har kunnet diagnostiseres, og at ADHD nå kan sees som en livslang forstyrrelse (Conrad, 2007). ADHD eller hyperaktivitet oppsto først på 70-tallet og var en diagnose forbeholdt barn og i hovedsak gutter. På 80-tallet ble diagnosekriteriene i DSM-3 redefinert til å kunne være ADD med Hyperaktivitet eller ADD uten Hyperaktivitet. Når kravet om hyperaktivitet i diagnosen ble borte, kunne flere, også voksne kjenne seg igjen i disse utfordringene. Det ble da altså lettere å få diagnosen enn tidligere. I neste revisjon, DSM-3-R som kom i 1987, og DSM-4 i 1994, ble utfordringene med diagnosen også knyttet til å kunne vise seg i arbeidslivet (Conrad & Potter, 2000). Noe som gjorde at ytterligere flere kunne kjenne seg igjen i gitte utfordringer i arbeidslivet, noe som også gjorde at enda flere kunne få diagnosen. Som tidligere nevnt, er det i den siste revisjonen, DSM-5, spesifikt inkludert voksne (American Psychiatric Association, 2013). Etter at voksne ble innlemmet til å kunne inneha utfordringer med adferd som ble knyttet til ADHD. Ble det lettere å fylle kriteriene for diagnosen, samt at det åpnet opp for selvvurdering av egen adferd, og lettere tilgang til medikamenter for denne gruppen. Med dette kan det sies at diagnosen ADHD over tid har utvidet sine kriterier for å oppfylle diagnosen, slik at det i økende grad har blitt lettere å få diagnosen, noe som gjør at diagnosen kan sees som å være medikalisert.

Når samtaler om avvik foregår mellom pasient og lege, vil det få et skjematisk og teknisk preg, og man mister andre tilnærminger til avvik (Conrad & Potter, 2000). Fokus blir rettet

bort fra den sosiale konteksten som kan sees som opphavet til problemene, og i stedet rettet mot individet. Dermed er det individene som må endres, og ikke utbedring av forhold i det sosiale systemet (Næss & Tjora, 2012). Bakgrunnen for adferd kan like gjerne sees i forhold til det sosiale systemet og sosiale forhold denne personen lever i, som utfordringer med å tilpasse seg dette systemet (Næss & Tjora, 2012). Her kan det sosiale systemet eksempelvis være arbeidslivets krav og hvordan arbeidsmarkedet fungerer. Når personer får diagnosen ADHD og behandling med medisiner gir dette en bekreftelse til det sosiale systemet, som egentlig kan sees å være selve bakgrunnen til disse utfordringene. Som en annen løsning kunne man gjort endringer på strukturer i systemet som hadde gjort det enklere å fungere for personer med disse utfordringene (Næss & Tjora, 2012).

Mennesker er ulike, og man kan se stor variasjon i adferd, ferdigheter, egenskaper og karaktertrekk. En person kan prestere på et lavere nivå enn hva som blir sett som mest vanlig. Når det som i utgangspunktet kan sees som en normal variasjon, blir sett som avvik eller sykdom og inkludert i medisinen, er dette medikalisering (Næss & Tjora, 2012). I økende grad har det som tidligere ble sett som normale variasjoner av menneskelig tilstander, kommet til å bli sett som medisinsk anliggende. Dette inkluderer både forklaringer, årsaker, og behandling for tilstandene (Lian, 2006).

Rose (2007) ser også på den store økningen i bruk av medikamenter mot ADHD. Han belyser denne utviklingen i et perspektiv som viser til at medikamenter for ADHD i økende grad tas i bruk av individene selv. Rose (2007) mener at en tidligere i større grad kunne knytte medikamentbruk for ADHD til regulering og kontroll over avvikende adferd hos mennesker. Nå kan det i større grad knyttes til menneskers behov og individers egne ønsker for å fungere og tilpasse seg hverdagslivet (Rose, 2007). Å benytte medisiner for å tilpasse seg hverdagslivet (Rose, 2007) for eksempel i jobb, kan sees i sammenheng med Conrad & Potter (2000) sitt perspektiv om at redusert prestasjon og funksjon på ulike livsarenaer kan ligge som grunn for å søke å oppnå diagnosen for voksne med adferd som de kan knytte til ADHD.

Diagnostisering og medisiner av ADHD kan ifølge teorien om medikalisering sees som at det sosiale systemet ønsker å hindre en adferd som ikke passer inn i det verdssystemet som er gjeldende. Diagnostisering og medisiner blir gjennomført i et forsøk på å skape en akseptabel adferd, som passer inn i systemet (Lian, 2006). Rose (2007) sier også, at voksne selv kan være med på skape seg et "selv" når de søker å oppnå diagnosen ADHD, hvor de på samme tid gjør seg selv til objekter for forskjellige metoder og prosedyrer for regulering. I

henhold til perspektivet og utfordringer med medikalisering blir medisin i økende grad betraktet som en vare, og forbrukere av medikamenter blir utsatt for risiko for bivirkninger (Conrad & Potter, 2000). I denne studien vil jeg undersøke hvordan informantene beskriver tegn på ADHD og om de tolker dette som symptomer.

2.3 Stigmatisering

Perspektivet på avvik og medikalisering kan videreføres til temaet stigmatisering. Begrepet stigma har sin opprinnelse fra de gamle grekerne, og Erving Goffman (1922 - 1982) som også var en sentral bidragsyter innenfor symbolsk interaksjonisme, sin teori om stigma ser jeg som interessant for denne oppgaven.

I følge Goffman (1963) så kategoriseres mennesker i samfunnet. For mennesker som tilhører en kategori så oppleves totalen av verdier og egenskaper innenfor denne kategorien helt naturlig. Samhandling med andre mennesker i samme kategori, foregår rimelig ubemerket. Ved kontakt med nye personer vil det umiddelbare inntrykket gi en antakelse om denne personens sosiale identitet, altså personens kategori. Goffman (1963) sa at bestemte antakelser kom fra både personlige og strukturelle egenskaper og verdier. Antakelsene blir benyttet som hjelp, og blir uten egen viten omgjort til retningsgivende forventninger. I følge Canu m.fl., (2008) vil en kunne gi slutninger om personer, bare gjennom et førsteinntrykk. I tillegg vil en videreført av førsteinntrykket, kunne gi personer flere andre egenskaper (Canu m.fl., 2008). Dette kalles en tilsynelatende sosial identitet, og hvis det senere viser seg at dette er korrekt, kalles det en faktisk sosial identitet (Goffman, 1963). Med bakgrunn i Goffman (1963) sin teori kan det tenkes at personer som kommer på en ny arbeidsplass og informerer om at de har diagnosen ADHD, vil av den sannhet at de har diagnosen kunne tillegges flere andre karaktertrekk. Diagnosen ADHD kan sees som et førsteinntrykk (Canu m.fl., 2008), og som følge av det kan arbeidsgiver og andre ansatte få forventninger om for eksempel utfordringer med konsentrasjon og produktivitet, noe som blant annet kan føre til en lavere inntjening for bedriften eller en større arbeidsbelastning for andre ansatte (Goffman, 1963).

I følge Canu m.fl., (2008) kan en fremmed som innehar egenskaper som ikke samsvarer med en gruppe menneskers bilde på hvordan en gitt type mennesker skal være, i gruppens bevissthet bli mindreverdige. Egenskapene vil da være et stigma, i følge Canu m.fl., (2008). Videre sier Goffmann (1963) at stigma skal sees som egenskaper, men også som noe relasjonelt, og at stigma omhandler relasjonen mellom egenskaper og stereotyper. Stigmaet

kan deles i tre ulike områder. Som for det første er kroppslige misdannelser, det andre er avvikende karaktertrekk, og det tredje er den typen stigma som man er født inn i (Goffman 1963). Det kan antas at ADHD vil medføre et stigma som det andre området, altså avvikende karaktertrekk. Ved sosial omgang kan et individ, med bakgrunn i et karaktertrekk, tillegges egenskaper som er uønsket, og som medfører unnvikelse fra andre i følge Canu m.fl., (2008). Goffmann (1963) gjør en forskjell mellom stigmatiserte. Det ene er diskrediterte personer som ikke kan hindre at sitt stigma synes. Det andre er personer med diskrediterte egenskaper, hvor de har en mulighet til å skjule sitt stigma. Personer med ADHD har til en viss grad mulighet til å holde diagnosen sin skjult. Det kan antas at personer med ADHD opplever noen dilemmaer og har noen refleksjoner i forhold til hvorvidt de skal være åpne om diagnosen eller ikke, og hva alternativene kan medføre for dem (Canu m.fl., 2008). Dette vil det bli sett på i resultatdelen av oppgaven. Andre personers holdninger og handlinger overfor personer med stigma, er ofte sosiale handlinger med gode intensjoner om å forbedre situasjonen for de stigmatiserte i følge Goffman (1963). De som innehar stigmaet blir ikke oppfattet som komplette personer, og med dette blir det utøvd diskriminering i følge Corrigan (2004). Diskrimineringen kan være ubevisst, men kan være en effektiv bidragsyter til å hindre at personer lykkes (Corrigan 2004). I følge Goffman (1963) lager mennesket en stigmatteori for å understøtte og forklare underlegenheten den stigmatiserte representerer.

Ønsket om å unnsnippe eller kompensere for stigmaet er en viktig del av Goffman (1963) sin teori. Personer kan være ganske uberørt, selv om de ikke har lykkes med det som er forventet av dem. Altså at en ser ikke ut til å være negativt influert selv om en innehar et stigma. Personer ser innerst inne på seg selv som lik alle andre, ”de normale”, og at de også bør få samme muligheter som alle andre (Goffman, 1963). Den stigmatiserte kan likevel ane andres holdninger, at en ikke kan sidestilles med samme aksept som andre. En vil være bevisst på det andre ser som ens feil, siden en har oppfattet standardene i samfunnet, og dermed vil en føle at en kommer til kort (Rusch m.fl., 2006). I følge Goffman (1963) er det dermed en stor risiko for å oppleve skam, noe som følger av egen oppfattelse av egenskap, samtidig som man prøver å oppnå noe som man ikke klarer å oppnå. Dette kan bli forsterket av tilstedeværelse av ”normale”, og nedvurdering (Rusch & m.fl., 2006) og selvhøvet kan oppstå (Goffman, 1963).

I følge Goffman (1963) kan den stigmatiserte unngå stigmaet gjennom flere mestringsstrategier. Personer med en diskrediterende egenskap som ADHD kan tenkes å være, har et valg om de skal holde diagnosen åpent eller skjult. Åpenhet kan være

utfordrende, da det kan bli for personlig i en relasjon mellom bekjente å avdekke et stigma. I følge Goffman (1963) vil det også kunne gi noen uheldige konsekvenser av å holde stigmaet skjult. Det kan være en fare for utpressing, da det alltid vil være noen som kjenner til personens egenskap, i tillegg til at personen må leve et dobbeltliv. Dilemmaet mellom å holde egenskapen åpen eller skjult, vil medføre en konstant spenning for den stigmatiserte (Goffman, 1963). Når en person med ADHD blir søkt inn på tiltak i arbeidsmarkedsbedrift medfølger det som oftest opplysninger om diagnose. I en slik situasjon kan en regne med at spenningen vil avta, da den tilsynelatende og faktiske identiteten kommer nær hverandre (Goffman, 1963).

”Passing” eller passering, forklarer Goffman (1963) som ytterligere en mestringsstrategi. Her forsøkes stigmaet å holdes skjult i ulike situasjoner ovenfor bestemte mennesker, og er altså et forsøk på å unnsnippe stigmaet. Verdien av å skjule eller være åpen om stigmaet er avhengig av sosiale arenaer, og deltakelse på disse i følge Goffman (1963). Goffman (1963) viser til tre arenaer personer ferdes på ut i fra sin personlige og sosiale identitet. Det er steder som er forbudt for mennesker med dette stigmaet. Videre er det offentlige steder hvor stigmatiserte blir behandlet med en rett til å oppholde seg. Så er det steder hvor det ikke er behov for å skule sitt stigma, som avsidesliggende steder (Goffman, 1963). Ved å få et stigma som en diagnose kan være, vil en person prøve å passere altså skjule sitt stigma (Goffman, 1963).

”Covering” eller tildekking blir også uttrykt som en mestringsstrategi ovenfor et stigma, av Goffman (1963). Dette beskrives som en prosess hvor en person med et kjent stigma, vil forsøke å gjøre denne minst mulig betydningsfull. Hvis personen klarer å gjøre sitt stigma minst mulig fremtredende, så kan personen oppnå at stigmaet får begrenset betydning i samhandling med andre mennesker. Sentrale trekk ved ”covering” er i følge Goffman (1963), at personen søker å begrense graden av hvordan stigmaet viser seg, samt at det søkes å skjerme seg mot de vanlige forestillingene som følger med stigmaet (Goffman, 1963).

Med bakgrunn i teori som omhandler stigma, vil jeg undersøke om personer med diagnosen ADHD opplever stigmatisering. I møte med andre mennesker, i de ”normale” kategoriene, kan det være at personer med ADHD setter i gang ulike mestringsstrategier. I resultatdelen av oppgaven vil jeg se på om informantene har erfaring med stigmatisering, og i så fall forsøke å finne frem til hvilke mestringsstrategier de har iverksatt.

2.4 Identitet

For å få en forståelse av hvordan selvet formes i individet kan det være aktuelt å se på dannelsen av identitet. Dannelse av identitet og teori knyttet til dette er relevant for denne oppgaven på bakgrunn av at identitet vil være med på å bestemme menneskers erkjennelse og bilde av seg selv, altså hvordan individer danner oppfattelsen av hvem det er.

Identitetsdannelsen kan beskrives som hvordan individet danner en forståelse av hvem det er, og identitet kan sees som stabil opplevelse eller oppfatning av hvem seg selv eller andre er (Johnson, 2000), noe som vil være med på å bestemme menneskers selvbylde. I henhold til Cooley (1902) sin teori som omhandlet, "The Looking-Glass Self", kan selvet sees som et sosialt produkt. Her kan selvet sees som et resultat av en sosial prosess hvor vi lærer oss å se oss selv slik andre ser oss. Cooley (1902) vektla sammenhengen mellom selvet, språket, og andre mennesker. Det som kan betegnes som "Jeg" får først betydning når det settes i referanse til andre mennesker, slik at det først er i interaksjon med andre mennesker at forståelsen av hvem man er kan dannes. Slik blir ord, og tanken eller meningen det står for, et forhold som har med språk og kommunikasjon å gjøre. Når vi bruker språket på et refleksivt nivå sammen med andre personer, ser vi for oss tingene vi snakker om og andre mennesker. Det er altså gjennom kontakt med andre mennesker at vi får disse forestillingene. Benevningene "me", "mine", eller "myself", oppstår og kan sees, både på et individuelt og generelt nivå, og er altså et sosialt produkt (Cooley, 1902). Perspektivet på identitetsdannelsen kan sees å samsvare med perspektivet om sosial konstruksjon (Nettleton, 2006).

Beslektet med Cooley (1902) sin teori om speiling, utviklet Georg Herbert Mead (1863-1931) senere sin teori om symbolsk interaksjonisme, og var en av de viktigste bidragsyterne innenfor denne retningen (Vaage, 1998). I henhold til symbolsk interaksjonisme kan virkeligheten erkjennes i forhold til de sosiale aktører sine handlinger og sosiale interaksjon. Her kan "selvet" sees som et sosialt produkt, hvor menneskets bevissthet oppstår gjennom interaksjon med andre mennesker. Samfunnet og de sosiale omgivelsene har en avgjørende betydning for utviklingen av identitet, og utviklingen av identitet eller selvet blir sett som en prosess i lys av et sosialt fenomen (Vaage, 1998).

Selvet utvikles i kommunikasjon og samspill med andre mennesker, og ved at man tilpasser seg andre mennesker. Ved å respondere på andres kommunikasjon integreres mennesker inn i sosiale fellesskap. Kommunikasjonen i dette samspillet kalles gester, som kan være både tale

og kroppsspråk (Vaage, 1998). Gjennom det sosiale fellesskapets gester ligger det føringer på hvordan vi skal reagere på ulike forhold. I tillegg vil den som uttaler eller utfører en gest selv påvirkes av den, da vi selv både føler og hører det vi gjør og sier. Idet vi gir et utsagn til en annen person, vil den andre personen gi en reaksjon på utsagnet. I tillegg kan vi altså selv reagere på vårt eget utsagn, på lik måte som den andre personen reagerer på utsagnet. Med dette inntar vi den andres holdning (Vaage, 1998). Med bakgrunn i Vaages (1998) beskrevne teori kan en tenke seg at en person med ADHD altså vil bli påvirket av gestene som uttrykkes gjennom tale eller kroppsspråk ovenfor dem, i tillegg til at de vil bli påvirket av gestene de selv kommuniserer. For eksempel hvis en ser på utfordringer med ”konsentrasjon” og hvor dette har blitt knyttet til ADHD, kan dette arte seg som vanskeligheter med å begynne på, og fullføre og følge opp oppgaver. Hvis dette uttrykkes som tale; ”jeg kommer aldri i gang med denne oppgaven” eller ”jeg blir aldri ferdig med denne oppgaven”, kan dette sees som en gest (Vaage, 1998). Andres gester ovenfor det som blir uttrykt vil da påvirke den personen som har uttrykt dette, men personen vil også selv bli påvirket av sine egne utsagn (Vaage, 1998).

I følge Vaage (1998) ligger grunnlaget for menneskets intelligens i å kunne innta en annens holdning. Det danner også grunnlaget for etableringen av selvet, hvem vi anser oss selv til å være. Mennesker tar andres perspektiv for å vurdere egen adferd. I følge Vaage (1998) ser vi reaksjonene til bestemte og viktige menneskers i livet vårt for oss i fantasien, gjennom imitasjon. Det kan være at vi blant annet ser for oss ansiktsuttrykk, hører tonefall, opplever gester. Imitasjonene vi selv lager vil vi også selv gi en respons på (Vaage, 1998). For personer som blant annet kan ha utfordringer med konsentrasjon og hvor det i samtaler eller oppgaver som skal gjøres kan sees som om at de ikke følger med, lett glemmer eller avsporer, og dette knyttes til ADHD, kan det antas at samhandling med andre kan få et negativt preg. Blant annet med at oppførsel eller funksjon ikke er som ønsket. Hvis dette former basisen for den voksnes identitet, kan det sannsynligvis føre til at personen får et negativt bilde på seg selv.

I følge Vaage (1998) kan ”selvet” forstås som bestående av ”jeg”, ”meg”, og ”den generaliserte andre”. ”Jeg” er den delen av ”selvet” som responderer på omgivelsene, og ”meg” er den egne oppfatningen av ”selvet” som bygger på sosial adferd og erfaringer. Hvis en person med ADHD reflekterer over egne handlinger som er gjort i fortiden og nåtiden, så vurderer personen seg selv i forhold til sine egne handlinger. Denne vurderingen av egne responser kan ha både positive og negative fortegn. Hvis en person med ADHD ofte vurderer seg selv i forhold til adferd som blir knyttet til diagnosen, vil personen mulig identifisere seg med diagnosen. Det kan være vanskelig å se forskjell på hva som er ”meg” og hva som er

ADHD. Størst innflytelse har "den generaliserte andre" sier Vaage (1998), som er hvilken oppfatning en selv har, av hvilke forventninger andre har til vår sosiale adferd. "Den generaliserte andre" setter føringer for selvanskuelse og sosiale handlinger og kan derfor sees å virke kontrollerende og påvirker både "jeg" og "meg".

Gjennom perspektivet "Den generaliserte andre", sier Vaage (1998) at mennesker i oppveksten og livet vil ta til seg forskjellige sosiale roller. Dette ved at mennesket observerer hvordan egen personlighet og handlinger vedvarende blir betraktet og vurdert, og anerkjent eller ikke, av omgivelsene. Dette har en pågående karakter i hele oppveksten, og det vil skapes en generell referanseramme hos mennesket, som er basert på de erfaringene og sanksjonene omgivelsene gir mennesket. I følge Vaage (1998) vil de generaliserte forventningene mennesket tror at andre har til egne handlinger, bygge på erfaringer fra tidligere sosial samhandling og etablerte sosiale normer. Hvis en person med ADHD i barndommen, ungdomstid og som voksen ofte har oppfattet å bli betraktet og vurdert av andre i forhold til adferd knyttet til diagnosen, kan det være sannsynlig at personen antar å bli møtt med de samme forventninger videre i livet. Vaage (1998) sier at vurderinger om "Den generaliserte andre" kan variere mellom ulike sosiale settinger, hvor en for eksempel kan møte ulike forventninger fra andre mennesker når en er på jobb, enn når man er sammen med familien.

I sin teori om modernitetens betydning for selv-identiteten gikk Anthony Giddens (1991) noe lenger enn Vaage (1998). Giddens (1991) hevdet at identitet ikke kun er bestemt av samhandlingen mellom "jeg", "meg", og "de andre", eller kan sees som å ha en statisk karakter. Giddens (1991) mente at moderniteten som han kalte "Runaway world", kan beskrives som dynamisk, hvor det er hurtige sosiale endringer, og hvor de sosiale endringene er omfattende. Giddens (1991) hevdet at selvet må forstås i lys av slike samfunnsendringer. Diagnosen ADHD eller hyperaktivitet oppsto først på 70-tallet (Conrad, 2006), og DSM-5 kriteriene for ADHD ble i 2013 omgjort til spesifikt også å gjelde for voksne (American Psychiatric Association, 2013). Derfor kan man si at diagnosen har oppstått i vår tid, selv om adferden som knyttes til diagnosen har eksistert tidligere i følge Næss & Tjora (Tjora, 2012). Giddens (1991) mente at identitet må forstås som å være i stadig forandring, og at blant annet personers livshistorie, har betydning for oppfattelse av deres egen identitet. Gjennom sin teori som omhandler selvets bane, eller "Trajectory of the Self" (Giddens 1991) får en forståelse for hvordan mennesker ser seg selv i fortid, nåtid og fremtid. Mennesket har selv ansvar for å bestemme hvem man selv skal være og hvordan man selv skal handle, noe som er

grunnleggende i relasjon til identitet i følge Giddens (1991). Identitet blir en refleksiv prosess, da Giddens (1991) mener at mennesket ikke er hva det er, men at mennesket er hva det gjør seg selv til å være.

I henhold til Giddens (1991) sin teori om det moderne samfunnet med hurtige sosiale endringer, får ikke mennesker tilskrevet sin identitet. Identiteten er noe mennesket oppnår, dette gjennom en rekke valg (Giddens, 1991). I hverdagen står mennesker overfor mange situasjoner hvor valg må tas, og de valgene som tas i nåtid vil få betydning for fremtiden (Giddens, 1991). For eksempel kan dette være hvem vi ønsker å omgås, hvilket yrke en ønsker å jobbe med, og valg av livsledsager. I tillegg er også de valgene som ble tatt i fortiden er betydningsfulle for nåtiden sier Giddens (1991). Hvilke erfaringer fra fortiden er betydningsfulle og hva blir viktig i fremtiden. Alle valgene vil ha betydning for hvordan mennesket ser på seg selv (Giddens, 1991).

Med bakgrunn i teoriene til Giddens (1991) og Vaage (1998) som omhandler selvet kan det formodes at identitet oppnås over tid, gjennom egne valg og dannes i samhandling med omgivelsene. I denne studien vil jeg se nærmere på disse antagelsene. Informantene vil kunne identifisere seg med diagnosen, hvis de i interaksjonen med andre opplever at omgivelsene har fokus på diagnosen og adferd som knyttes til diagnosen. For å se nærmere på dette vil jeg i oppgaven se på informantenes interaksjon med viktige personer i deres omgivelser, i samsvar med Vaage (1998) sin teori. Jeg vil i hovedsak se på deres forhold til andre personer i relasjon til arbeid, familie og venner. For å kunne si mer om hvilke holdninger informantene har til seg selv i dag vil jeg også se på hvilke fremtidsutsiker de ser for seg, i tråd med Giddens (1991) sin teori.

Som beskrevet over kan altså identitet forstås som de kulturuttrykk, som for eksempel språk og kommunikasjon, som gjør at en person eller en gruppe kan skape en forskjell mellom hvem som kan sies å tilhøre ”jeg” eller ”vi” til forskjell fra hvem som kan sies å tilhøre ”de andre”. Markører for identitet kan da altså blant annet defineres til å være språk og kommunikasjon både på individuelt nivå og på gruppenivå.

2.5 Selvbilde

Som videre fremstilling vil vise kan det sees at til forskjell fra identitet kan begrepet selvbilde forstås som resultatet av tanker og inntrykk et enkeltmenneske har om seg selv og sin posisjon når det gjelder andre mennesker og det øvrige samfunnet.

Siden denne oppgaven omhandler hvordan personers selvbylde kan påvirkes av å inneha diagnosen ADHD, sees det som aktuelt å belyse innholdet i begrepet selvbylde ytterligere. Det fins flere forklaringer på begrepet selvbylde, eller på engelsk self-image. Renolen (2008) forklarer at begrepet selvbylde ofte blir benyttet om opplevelsen og oppfattelsen vi har om oss selv, og at selvbylde kommer av en selvevaluering som kan ha både positivt eller negativt fortegn. I norsk fagterminologi blir selvoppfattelse og selvbylde ofte benyttet med samme betydning (Tetzchner, 2012), slik at teori som omhandler disse begrepene er aktuelle for denne oppgaven. I internasjonal fagterminologi og publikasjoner blir self-esteem ofte benyttet. Ved direkte oversettelse kan dette blant annet bety selvrespekt (Oxford Thesaurus of English) og selvfølelse (Stor engelsk- norsk). Self-esteem beskrives av Robinson m.fl., (1991) som det karakteristiske ved en person, samt hvordan en selv verdsetter egne evner og behov. Denne definisjonen kan i stor grad jevnføres med den norske beskrivelsen av selvbylde, slik at teori som benytter begrepet self-esteem sees som aktuell for denne oppgaven.

I følge Rosenberg (1965) kan selvrespekt (self-esteem), sees som et av flere komponenter innenfor begrepet selvbylde (self-image), og han beskriver at selvrespekt omhandler individers fullstendige sett av følelser og tanker, og hvordan individene refererer sine tanker og følelser i forhold til seg selv som et objekt. Rosenberg (1965) sin teori er aktuell for denne oppgaven, da det vil være av interesse å se på hvordan informantene erfarer å inneha diagnosen ADHD, i forhold til positiv og negativ oppfattelse av seg selv og sine egenskaper, og hvilken betydning det har for informantenes selvrespekt å inneha diagnosen ADHD.

Rosenberg (1965) forklarer selvrespekt, som holdningen individer har til seg selv som et objekt. Holdningen kan innbefatte både positive og negative retninger, når det gjelder verdier, meninger, og fakta, når det gjelder selvet som et objekt. I følge Rosenberg (1965) kan holdningene deviere når det gjelder innhold, viktighet, intensitet, retning, stabilitet, klarhet, plassering og konsistens. For å studere nærmere hvordan individet ser på seg selv når det gjelder innhold, kan det undersøkes om individet ser seg selv som for eksempel sosial, smart, eller sporty. Det kan sees på holdning til egen viktighet, som omhandler hvor viktig individet ser seg selv i sammenligning med andre. Intensitet, viser til hvilken følelse og styrke som ligger i holdningen til seg selv, og retningen sier noe om holdningene til seg selv er positive eller negative. Videre sier Rosenberg (1965) at det kan sees på stabilitet i holdningen til seg selv, om den endrer seg hyppig eller om denne er stabil over tid, og det kan sees på klarhet i holdningen, om den er uklar og vag eller om denne er mer tydelig. Plassering, omhandler grad av bevissthet til egne holdninger, om individet ofte tenker igjennom han gjør og sier og om

dette er riktig, eller om han ikke bryr seg så mye om det. Konsistens handler om holdningen til seg selv som en sterk eller svak person (Rosenberg, 1965). I følge Rosenberg (1965) gir disse aspektene et viktig, men likevel ikke et fullverdig bilde av individers selvbilde.

Det å ha holdninger til seg selv har en varig karakter i følge Rosenberg (1965), det er en permanent pågående aktivitet, mens andre objekter skifter i tilstedeværelse. Selvbilder er utfordrende å studere da det bare er individet selv som har holdninger til sitt selv som objekt, mens det er mange som har forskjellige holdninger til andre ytre objekter sier Rosenberg (1965). Et annet element som gjør holdninger til sitt selv forskjellig fra holdninger til andre ytre objekter, er elementet av motivasjon. Det er et element av motivasjon som også er knyttet til eksterne objekter, men det har en mye større grad av viktighet når det er knyttet til holdningen til ens selvbilde, i følge Rosenberg (1965). Personer ønsker å ha en positiv holdning til seg selv, og vil alltid jobbe for at dette skal være positivt. Selvrespekten er viktig for mennesket og det er en redsel for å miste denne, derfor jobbes det for å holde et positivt bilde av seg selv sier Rosenberg (1965).

Videre vektlegger Rosenberg (1965) at det bare er mennesket selv som har tilgang til sitt eget selv, da kun mennesket selv vet hvilke betingelser som fører til egne indre reaksjoner. Det er for eksempel bare en selv som har tilgang til usagte tanker om manglende selvtillit eller skam. Mennesket har et unikt perspektiv når det vurderer seg selv sier Rosenberg (1965), da personer ser og hører seg selv på sin egen unike måte, og ikke på samme måte som det selv ser eksterne objekter, eller som fra ståstedet til det en ekstern person gjør. Rosenberg (1965) påpeker også følelser i tilknytning til objekter. Det kan knyttes følelser til alle typer objekter, men det skjer bestemte følelsesmessige responser når disse er knyttet til selvet eller andre objekter hvor selvet er sterkt forbundet. Responsene er tosidig hvor de på den ene siden blant annet kan vise seg som selvrespekt, stolthet og innbilskhet, og på den andre siden som mangel på selvtillit, skam og beskjedenhet (Rosenberg, 1965).

Det er også andre forhold som har påvirkning på holdninger til ens selv i følge Rosenberg (1965). Rosenberg (1965) sier at individer ser seg selv slik andre ser det, altså tar den andres perspektiv. Altså at det skjer en betraktning og tolkning over andres vurdering av en selv, når individet vurderer seg selv, noe som er i tråd med Mead (Vaage, 1998) sitt perspektiv. Individers oppfatning av seg selv blir også påvirket av idealene og kriterier i sosiale grupper i følge Rosenberg (1965). Verdien som individer tilegner seg selv er i stor grad under påvirkning av slike sosiale faktorer, og selvrespekten bygger i stor grad på individets

vurdering av egen verdi i henhold til disse sier Rosenberg (1965). For eksempel når det i samfunnet er en rådende verdi på medgang i arbeidslivet, kan man anta at dette vil påvirke selvbildet til personer som har utfordringer med oppmerksomhet og impulsivitet og ikke lykkes på dette området.

På bakgrunn av sin teori utviklet Rosenberg (1965) en "Self-esteem" skala, som er en gradert skala med 10 spørsmål, som måler individers holdninger til seg selv som et objekt. "Self-esteem" skalaen var opprinnelig utviklet for å vurdere ungdommer, men har også vist seg anvendbar for voksne (Robins m.fl., 2001). I følge Robinson m.fl., (1991) er Rosenberg (1965) sin teori vel anerkjent og "Self-esteem" skalaen er benyttet i høy grad. Blascovich & Tomaka (1991) og Schmitt & Allik (2005) viser også til at teorien og skalaen er anerkjent og mye benyttet når det gjelder vurdering av "Self-esteem". Støtte til Rosenberg (1965) sin teori og "Self-esteem" skala vises også gjennom at skalaen har blitt oversatt og tilpasset en rekke språk. I kryss-kulturelle studier er den benyttet i uttalt grad (Schmitt & Allik, 2005).

Spørsmålene i skalaen handler vesentlig om hvordan man sammenligner seg med andre. Dette er spørsmål som dreier seg om i hvilken grad de er fornøyd med seg selv, at de har samme verdi som andre, at de har en positiv holdning til seg selv, og er stolt av seg selv. At de har gode kvaliteter og kan utføre ting like godt som andre. Spørsmålene omhandler også i hvilken grad de tenker at de er mislykket eller ubrukelig, og om de hadde ønsket å ha mer selvspekt (Rosenberg, 1965). Når personer som har fått sin adferd knyttet til diagnosen ADHD sammenligner seg med andre, kan det antas at de tenker at de ikke når opp på samme nivå som andre, og at deres holdning til seg selv er preget av dette. I resultatdelen av oppgaven vil jeg se på elementer fra Rosenberg (1965) sin teori, som omhandler hvordan informantene sammenligner seg med andre.

3. Metode

3.1 Metodisk tilnærming

Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitative metoder er et bredt spekter av forskningsmetoder som karakteriseres ved at de omfatter systematisk innsamling av tekstlig materiale (Malterud, 2011). Formålet med kvalitative metoder er å finne meningsinnholdet i sosiale fenomener, som foregår i naturlige sammenhenger, og se på hvordan det oppleves for de involverte selv. For å belyse problemstillingen i denne studien søkte jeg å oppnå dette gjennom semistrukturert intervju med 10 personer som hadde fått sin adferd knyttet til diagnosen ADHD. Hensikten med dette var å få frem personer med diagnosen sine egne opplevelser, erfaringer, følelser og tanker. Forskerens, altså min egen erfaring i rollen som veileder for personer med diagnosen ADHD på tiltak i arbeidsmarkedsbedrift og samarbeid med disse personene, har påvirket valg som ble gjort i oppgaveprosessen. Det samme har samtaler og refleksjoner sammen med andre veiledere i bedriften som også har slike erfaringer (Malterud, 2011).

Denne oppgaven er knyttet opp mot perspektivet sosial konstruksjonisme, i motsetning til det ofte benyttede positivistiske ståstedet med biomedisinske årsaksforklaringer på ADHD (Malterud, 2011). Jeg anvendte elementer fra grounded theory for å undersøke problemstillingen i oppgaven. I tillegg benyttet jeg analyseverktøy som er knyttet til grounded theory. Som metodisk tilnærming ble grounded theory utviklet av sosiologene Barney Glaser og Anselm Strauss (1967), som en konsekvens av sosiologiens vektlegging av teori, og et ønske om å danne teori som var fundert eller ”grounded” innen empirien (Postholm, 2010). For å kunne danne teori som er ”grounded” innenfor empirien, må forskeren bestrebe seg på å la datamaterialet komme frem, slik at ny teori kan fremtre, uten å la seg påvirke av egne perspektiver og subjektive teorier (Postholm, 2010). I realiteten er det vanskelig å frigi seg totalt fra egne perspektiver og teorier, men det kan være et mål å bestrebe seg på å møte empirien på en så åpen måte som mulig, og forsøke å bli bevisst på egne fordommer om fenomenet det forskes på (Postholm, 2010). Innenfor grounded theory er det en dynamisk prosess mellom forskeren, forskningen, og de hjelpemidlene som benyttes. Det er meningen som oppstår underveis som viser retningen oppgaven tar, og ikke en forhåndsbestemt teori. For å få mer forståelse for meningen som kommer frem av et datamateriale, kan forskeren for eksempel endre hypoteser og intervjuguide underveis i prosessen, for å oppnå dette (Postholm, 2010). I oppstartsfasen av denne oppgaven formulerte jeg ikke noen hypoteser,

men heller noen spørsmålsstillinger som var utviklet med bakgrunn i aktuell tidligere forskning og teori, og som i løpet datainnsamlingen i økende grad ble mer nyansert.

Oppgaven er også influert av fenomenologisk perspektiv. Her er det informantenes subjektive livsverden man prøver å få frem, og hvor man forsøker å forstå deres erfaringer, slik det oppleves for dem selv (Postholm, 2010). Å få frem personer med ADHD sine opplevelser og erfaringer, slik de selv opplever det, er essensen i denne oppgaven. For å forstå informantenes erfaringer og meninger, er det imidlertid nødvendig å fortolke deres fortellinger. Det som gjøres ved fortolkning er at det trenges dypere ned i teksten, slik at det kan avdekkes og oppnås forståelse for forhold som ikke er umiddelbart åpenbare i teksten. Vitenskap med fortolkning kalles hermeneutikk, og åpner i tillegg opp for at samme forhold kan tolkes på ulike måter (Johannessen m.fl., 2006). Det må legges vekt på hva informantene informerer om, og også deres egne tolkninger, men i tillegg må forskeren gå utover informantenes egne selvoppfatninger (Postholm, 2010). Det vil i denne oppgaven benyttes teoretiske begreper i forståelsen av informantene, og informantenes beskrivelser vil bli drøftet i forhold til relevante teorier. Dette kan være fjernt fra informantenes egne begrepsbruk, og oppgavens benyttelse av denne fortolkningsmetoden kan derfor gi en distanse til deres selvoppfatning.

Innenfor hermeneutikken er det helheten forskeren skal få forståelse for, og et sentralt element er den hermeneutiske sirkel eller spiral (Langegaard m.fl., 2006). Den hermeneutiske spiral viser til forholdet mellom helheten og delene i for eksempel en tekst. De enkelte delene i en tekst skal sees i lys av helheten, og helheten skal sees i lys av delene. Forståelsen av en tekst vil da vokse frem som en vekselvirkning mellom del og helhet. I arbeidet med denne oppgaven er den hermeneutiske spiral også benyttet (Langegaard m.fl., 2006). Deler av intervjuene med informantene ble sammenlignet med deler av relevant teori, for deretter å se på helheten på nytt. På denne måten har oppgaven formet seg som en hermeneutisk spiral.

3.2. Konteksten for studien

De aktuelle informantene er personer, mellom 20-45 år, som er på arbeidsrettet tiltak i en arbeidsmarkedsbedrift i Trondheim, og som innehar diagnosen ADHD eller ADD.

Diagnosene blir i oppgaven i hovedsak betegnet som ADHD. Alle informantene er søkt inn på tiltak ved bedriften fra NAV. Bakgrunnen for innsøking fra NAV kommer etter en felles samtale og vurdering mellom en rådgiver ved NAV og personen som skal søkes inn, hvor blant annet temaet arbeidsevne, yrkesvalg, og behov for arbeidsrettet bistand, eller annet har

blitt diskutert og vurdert som hensiktsmessig. I tillegg til de aktuelle informantene i denne undersøkelsen (som er personer som har fått sin adferd knyttet til ADHD) er det variasjon i hva som er bakgrunn for innsøking til arbeidsmarkedsbedrift, og hva som er utfordringene når det kommer til å få og beholde en jobb for innsøkte deltakere på tiltak. Det som er fellesnevneren for alle personer som er søkt inn på tiltak er en vurdering ved NAV som tilsier at personene har et ekstra innsatsbehov for å komme i arbeid. De fleste personer på tiltak har økonomisk ytelse i form av arbeidsavklaringspenger fra NAV, mens noen har andre former for økonomiske ytelser. Medfølgende innsøkningsdokumentene fra NAV er det ofte med legeerklæring, og helseopplysninger eller diagnose blir ofte knyttet til utfordringer i arbeid.

3.3 Tiltak i arbeidsmarkedsbedrift

For de fleste personer på tiltak blir det ofte benyttet praksis, hospitering eller kurs, som er virkemiddel for å få avklart arbeidsevne, få praksis innen ønsket yrkesvalg, eller få innpass på en ønsket arbeidsplass eller arbeidsområde, med et overordnet mål om ordinært arbeid på sikt. Noen ganger kan personer på tiltak være i ordinært arbeid samtidig. Alle informantene i utvalget var i praksis, hospitering eller kurs, og ingen var i ordinært arbeid på intervjuetidspunktet.

Varigheten på de ulike tiltakene i arbeidsmarkedsbedriften er fra 3 mnd. opp til 3 år, slik at det er fortløpende gjennomstrømning av deltakere på tiltak. Det er også ulike målgrupper og noe forskjellig hensikt med de ulike tiltakene. Ved bedriften er det 17 ansatte som veileder personer som deltar i arbeidsrettet tiltak. Alle deltakere på tiltak, og altså informantene i undersøkelsen, har en egen tildelt veileder å forholde seg til.

Stillingen veileder/brukerveileder i denne bedriften innebærer blant annet å gjennomføre jevnlig samtaler med personer som deltar på arbeidsrettede tiltak. Temaet i samtaler omhandler som oftest tiltaksdeltakernes funksjon i en arbeidssituasjon, dette blant annet i forhold til hvilken stillingsprosent og hvilke arbeidsoppgaver som er mulig å få til i forhold til tiltaksdeltakernes helsesituasjon eller arbeidsevne. Det er også ofte veiledning på hvilke tilrettelegginger som kan prøves og gjennomføres i en arbeidssituasjon, og hvilke virkemidler som kan benyttes for om mulig å oppnå mål som avklare eller bedre en arbeidsevne og oppnå ordinært arbeid. Det blir også gjennomført veiledning i jobbsøkeprosesser, med skriving av CV, søke på utlyste stillinger, ta kontakt med arbeidsgivere for å oppnå mål om arbeidspraksis

og ordinært arbeid. Det påkreves samarbeid og dialog mellom veilederen og deltakeren for å oppnå de ulike målene i tiltakene.

3.4 Rekruttering av deltakere

Brukerveilederne i arbeidsmarkedsbedriften ble forespurt av intervjuer om de hadde personer på tiltak som innehar diagnosen ADHD. Alle veilederne har anslagsvis et antall på mellom 10-15 personer som de har en veilederrolle ovenfor, og som nevnt kan personene ha ulike diagnoser, eller andre utfordringer i relasjon til arbeid. Jeg utformet et informasjonsskriv om prosjektet og et samtykkeskriv som måtte signeres ved deltakelse. Skrivet inneholdt kontaktinformasjon til intervjuer som informantene kunne benytte hvis de ønsker å delta i prosjektet. Jeg leverte skrivene i lukket konvolutt til de veilederne som fortalte at de hadde personer med diagnosen ADHD på tiltak, og som veilederne deretter overleverte personlig til informantene. I løpet av perioden august, september og oktober 2014 var det 22 personer med ADHD på tiltak som fikk tildelt skriv, og av disse var det 10 personer som takket ja til å delta på prosjektet. 2 av de 10 tok kontakt med meg og takket ja per e-post. De resterende 8 sa ja til å delta når veilederne overleverte konvoluttene og kort fortalte om studiet, og ville at jeg skulle kontakte dem direkte.

3.5 Utvalg

10 informanter takket ja til å delta på prosjektet. Det varierte hvorvidt deltakere på tiltak/informantene har fått diagnosen ADHD som barn eller voksen, og om de bruker sentralstimulerende medisin. Dette var ikke kjent for meg før intervjuet. Når det gjelder analyse av informantenes uttalelser er det gunstig å få et visst overblikk over informantene. Dette er både til nytte som referansepunkter i forhold til uttalelser informantene kommer med, og for å skille informantene fra hverandre. Navn som blir benyttet er fiktive, ingen er betegnet med sin spesifikke alder men definert innenfor en hjemmehørende alderskategori, andre gjenkjennende trekk skal være fjernet. Hovedtrekkene i tabellen viser at syv av informantene er kvinner og tre er menn. Fire er innenfor alderskategorien 20-25 år, tre er innenfor 25-30 år, og tre innenfor 40-45 år. Alle mennene er i den yngste alderskategorien, og det er kun kvinner i de to eldste kategoriene. Fire av informantene fikk sin adferd knyttet til diagnosen som barn og seks fikk diagnosen som voksen. Alle mennene fikk diagnosen som barn, og seks av syv kvinner fikk diagnosen som voksen. Syv av informantene fikk sin adferd knyttet til ADHD, og tre til ADD.

Tabell 1: Oversikt over informantene

Navn:	Aldersgruppe:	Diagnose som barn:	Diagnose som voksen:
Henrik	20 – 25 år	ADHD	
Marius	20 - 25 år	ADHD	
Fredrik	20 - 25 år	ADD	
Gunn	20 - 25 år	ADD	
Liv	25 – 30 år		ADD
Ingrid	25 – 30 år		ADHD
Stine	25 – 30 år		ADHD
Anne	40 – 45 år		ADHD
Kristine	40 – 45 år		ADHD
Hilde	40 - 45 år		ADHD

3.6 Planlegging av intervjuene

Jeg benyttet semistrukturerte intervjuer som verktøy for å samle data. Når det er innsikt og forståelse for informantenes hverdagsliv som er målet, er det hensiktsmessig å benytte intervju (Thagaard, 2013). For å få frem informantens perspektiver kan forskeren oppmuntre til dialog eller stille spørsmål, men et semistrukturert intervju skal verken være et lukket spørreskjema eller en åpen samtale. Det semistrukturerte intervjuet kan heller være bestående av temaer som man vil at informantene skal utdype (Kvale & Brinkmann, 2010). For å oppnå innsikt i hvordan informantene sitt selv bilde ble påvirket av å inneha diagnosen ADHD vurderte jeg det som fornuftig å spørre om hvordan hverdagen artet seg for dem på ulike livsarenaer som ordinært arbeid, arbeid i arbeidsmarkedsbedrift, sammen med familien og sammen med venner, og at de selv kunne fortelle fritt om dette. Videre skulle de spørres om hvordan de selv opplevde å få diagnosen, og om de hadde noen tanker om hvordan andre ser på diagnosen. Alle spørsmålene i intervjuguiden ble formulert som åpne temaer eller spørsmål, og var tenkt som en basis for et semistrukturert intervju.

I utgangspunktet ble det planlagt at intervjuene skulle gjennomføres av meg, utenfor arbeidsmarkedsbedriftens lokalteter, for å sikre at man ikke møtte personer i informantens arbeidsmiljø, dette for å ivareta informantenes anonymitet. Eventuelt tenkte jeg at gjennomføring av intervjuene kunne foregå ved et av bedriftens samtalerom hvor man kunne sitte uten å bli forstyrret, hvis dette var ønskelig for informantene. Bedriften har lokalteter på

fem forskjellige steder i byen, slik at man kunne benytte samtalerom borte fra informantenes arbeidsplass, og intervjuene kunne eventuelt tas etter arbeidstid (Kvale & Brinkmann, 2010). Det viste seg at alle informantene ønsket å gjennomføre intervjuene i en av bedriftens lokaler, og helst den mest nærliggende hvor de var i arbeidspraksis eller kurs. De uttrykte å være ubekymret for å treffe personer fra eget arbeidsmiljø. Flere fortalte at de ikke hadde noen hemmeligheter, og at de var åpne om sin diagnose og hva den medførte for dem.

3.7 Gjennomføring av intervjuene

Gjennomføringen av intervjuene tok mellom 45 minutter og 1,5 time. Jeg benyttet opptaker på mobiltelefon, som straks i etterkant ble lastet over til pc, og deretter slettet fra mobil. Mobil og pc var begge passordbeskyttet, og mobil ble fraktet i låsbar veske.

Intervjuene ble gjennomført fortløpende etter hvert som informantene ville delta. Alle som ble intervjuet stod frem med reflekterte tanker, meninger og følelser om egen diagnose, og om diagnosen generelt. Flere av informantene ytret at deres villighet til å delta på dette studiet var et ønske om å hjelpe andre i samme situasjon som dem selv, og de håpet at resultatene av studiet kunne komme til nytte for andre.

Ved gjennomføring av intervjuene ble informasjonsskrivet alltid gjennomgått av intervjuer sammen med informantene i forkant, for å sikre at innholdet var forstått. Rett før oppstart av intervjuene fikk informantene en kopi av intervjuguiden, slik at de kunne følge med på spørsmålene. Ved oppstart av intervjuene var det noen av informantene som virket litt tilbakeholdne, men utover i intervjuene løsnet dette, og jeg mener at det ble en god stemning og en god dialog i alle intervjuene. Jeg prøvde å være bevisst på å la informantene snakke fritt, og ikke avbryte dem for mye underveis i intervjuet. Ved noen tilfeller snakket noen av informantene om forhold som lå noe på siden av tematikken for lengre perioder, slik at jeg så behov for å bryte inn. Ved andre tilfeller avbrøt jeg informantene med oppfølgingsspørsmål under intervjuet. Slike avbrudd forstyrret imidlertid i noen tilfeller flyten i intervjusituasjonen og jeg ble i økende grad etter hvert som intervjuene forløp bevisst min egen rolle under intervjuene. Både i forhold til hvordan avbrudd stoppet flyten i intervjuet, hvilke oppfølgingsspørsmål som ble stilt og hvordan de ble stilt. Noen tema var mer engasjerende for informantene enn andre. Viktigheten av å føle seg ”vanlig” eller ”normal”, var et tema som gikk igjen til flere. Ved de første intervjuene la jeg merke til at informantene snakket en god del om hvordan de hadde det i barne- og ungdomstiden, noe som i de fleste tilfellene hadde

vært en vanskelig tid, som også hadde innvirkning inn i voksen alder. Etter denne erfaringen trakk jeg dette inn i de videre intervjuene, hvis ikke informantene gjorde dette selv, siden denne tematikken kunne være viktig for dem også. Transkribering av intervjuene ble gjort fra pc. Dette var ingen observasjonsstudie, men det ble likevel gjort noen observasjoner i løpet av intervjuene, som hadde betydning for det totale bildet, av det informantene ga uttrykk for. Alt fra lydopptaket ble nedskrevet under transkriberingen, inkludert oppfølgingsspørsmål, følelser som kom til uttrykk, kroppsspråk, og pauser med mer.

3.8 Analysestrategi

Analyse kan forklares som å være en kategorisering og systematisering av et datamateriale, slik at man videre kan beskrive de funn som er gjort. Datamaterialet skal organiseres slik at det videre kan fortolkes, slik sett er analysen bindeleddet mellom rådata og resultat.

Datamaterialet skal også filtreres i analyseprosessen, slik at man gjennom analysen reduserer mengden av data (Malterud, 2011). En analysestrategi som er fremmet innenfor grounded theory er ”The constant comparative method of analyses”. Innenfor denne metoden foregår analysen gjennom en trinnvis koding av data. I denne studien ser jeg denne metoden som nyttig for å forstå og analysere hvordan informantene opplever hverdagen med adferd som er knyttet til ADHD på ulike arenaer i samhandling med andre mennesker. Samt hvordan dette oppleves for deres selvbylde (Postholm, 2010).

Jeg gjennomførte først en åpen koding på hvert intervju som var transkribert. Etter hvert som det oppsto viktige hendelser i de transkriberte tekstene kategoriserte jeg disse med nummer, noe som førte til 43 underkategorier. Jeg gjennomførte deretter aksial koding, hvor målet er å spesifisere kategorier ved å se på de forskjellige forholdene som skapte dem (Postholm, 2010). Dette kunne for eksempel være den spesifikke kategorien sin kontekst, eller tilnærming til adferd og samhandling, samt hvilke konsekvenser denne tilnærmingen innebar. Den aksiale kodingen førte til 7 hovedkategorier. I prosessen med den åpne og aksiale kodingen gjorde jeg flere vurderinger i forhold til kategoriseringen av hovedkategoriene og underkategoriene. Dette som hvordan underkategoriene ble sett på i forhold til hverandre, hva som skapte underkategoriene, når oppsto disse, hvorfor oppsto de, og hvilke forhold var til stede når de oppsto. Dette ble nedfelt i et arbeidsverktøy som ble benyttet i den aksiale kodingen, og som etter hvert ble videreutviklet til å bli tabell 1 i vedlegg 1. Dette ble et grunnlag og verktøy når den selektive kodingen ble igangsatt. Underkategoriene ble samlet og gruppert til større kategorier og videre benevnt til hovedkategorier. Jeg fant altså 7 hovedkategorier, og 43

underkategorier, som kan sees i tabell 1 vedlegg 1. Deretter ble det for hver informant, gjort en sortering av innholdet i de 43 underkategoriene under de 7 hovedkategoriene. Det ble så gjort en sammenligning mellom hovedkategoriene og funnet både likheter og ulikheter mellom de 10 informantene.

For å illustrere funn og vurderinger i forhold til kategorisering av koder, var det for eksempel noe uventet flere av informantene som utdypet og presiserte hendelser fra barne- og ungdomstid. Siden denne undersøkelsen omhandler livet som voksen. Det kom frem underkategorier som omhandlet utfordringer med mobbing eller utestenging fra sosiale fellesskap samt utfordringer i skolehverdagen. Dette kunne dannet en hovedkategori som omhandlet barne- og ungdomstid. Imidlertid valgte jeg å ta underkategorien som omhandlet mobbing/utestenging inn i hovedkategorien venner, siden det viste seg at flere av informantene hadde positive relasjoner med venner som voksne enn de hadde som barn. Slik at det var interessant å vise denne utviklingen. Underkategorien som omhandler utfordringer i skolehverdagen valgte jeg å kalle fra unormal til syk og sette inn i hovedkategorien diagnostisering og medisinerings. Siden noen av informantene koblet sine utfordringer i skolehverdagen til egen adferd og opplevelsen av å føle seg unormal. Samt en lettelse ved å få diagnosen ADHD. Slik at denne hovedkategorien ble funnet å være mer treffende.

I resultatdelen av oppgaven vil funn fra undersøkelsen bli presentert i forhold til tidligere teori og forskning. Dette vil fremstilles over 2 kapitler og de 7 hovedkategoriene er presentert under disse kapitlene. I avslutningskapittelet vil resultatene fra undersøkelsen bli drøftet.

3.9 Informert samtykke og konfidensialitet

Ved rekrutteringen var det som tidligere beskrevet veilederne ved bedriften som leverte informasjons- og samtykkeskriv til informantene. Det var tenkt at på denne måten ville ikke jeg vite hvem som svarte positivt til å delta på prosjektet eller kjenne identiteten til informantene. Hver enkelt veileder ville kun vite hvem de har overlevert konvolutt til, og vil ikke vite hvem som takker ja til å delta på prosjektet. Når veilederne overleverte konvoluttene, viste det seg at 8 av informantene svarte spontant der og da, og ønsket at veilederne skulle videreformidle til meg at de ønsket å delta og kunne ta kontakt. Slik fikk veilederne likevel vite at deres deltakere deltok på studien. Denne etiske utfordringen når det gjaldt konfidensialitet tok jeg opp med de aktuelle informantene ved intervjuenes start. Det ble gjennomgått informasjons- og samtykkeskriv som omhandlet studiet. Informasjonen som

ble gitt omhandlet bakgrunn og hensikt med studiet, hva studiet innebærer for informanten, konfidensialitet, og frivillig deltakelse (Kvale & Brinkmann, 2010). Det ble i tillegg tatt opp at når veiledere kjenner til at informanter har deltatt på studien, kan dette føre til at de antar å kjenne disse igjen når de leser oppgaven ved ferdigstillelse, selv om informantene skal være anonymisert. Informantene uttrykte imidlertid at dette var greit. De ønsket å fortelle sin historie og bidra til økt kunnskap om diagnosen.

Undersøkelsen innebar behandling av data som kan knyttes til personene som deltar som informanter. Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene, og lydopptaker var passordbeskyttet og i låsbar veske ved frakt. Opptak av intervjuene ble etter gjennomføringen fraktet og overført til intervjuer sin private PC som er passordbeskyttet, på privat låst kontor. Intervjuutskriften ble oppbevart i privat låst skap på låst kontor. Koblingsnøkkelen mellom informantene og intervjuene var en navneliste med et påfølgende nummer. Lydopptaket og koblingsnøkkelen ble oppbevart ved prosjektleder/veileder ved NTNU sin arbeidsplass, i låsbart skap på låsbart kontor, som kun prosjektleder/veileder har tilgang til. Alle andre opplysninger ble behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Etter avsluttet prosjekt vil all informasjon destrueres, noe som innebærer; lydopptak, overførte lydopptak til PC, intervjuutskriften, og koblingsnøkkel. I hele oppgaven vil informantene være anonymisert. De vil kun bli betegnet med pseudonym og tilhørende en gitt aldersgruppe som er nær deres faktiske alder. All informasjon som kom frem under intervjuene, som indirekte kunne si noe om informantens identitet, ble behandlet på en måte som sikrer anonymiteten til informantene i sluttproduktet (Kvale & Brinkmann, 2010).

3.10 Forforståelse

Mitt etablerte bilde av hvordan det oppleves å være en person med ADHD, altså forforståelsen, handler blant annet om de erfaringer, perspektiver og referanserammer som jeg hadde med meg inn ved starten av prosjektet. Som forsker skal det bestrebes å oppnå klarhet i forhold til egne holdninger og antagelser til det feltet som skal forskes på før igangsetting (Malterud, 2011). Hvis man som forsker oppnår denne bevisstgjøringen, kan dette bidra til å forhindre at det søkes etter meninger og et tolkende ståsted, som kun støtter egen forforståelse. Forforståelsen kan gi utslagsgivende resultater på forskningen, hvis forskeren ikke er seg selv bevisst denne (Malterud, 2011). Før starten av prosjektet hadde jeg et vitenskapelig ståsted som i hovedsak var bygget på medisinsk forståelse av ADHD. Bakgrunnen for min forforståelse har sannsynligvis bakgrunn i at den medisinske forståelsen

av sykdom har et sterkt ståsted i samfunnet på generell basis, og at ADHD blir definert som en medisinsk diagnose. Samtidig har jeg arbeidet som veileder i arbeidsmarkedsbedrift i 11 år hvor jeg flere ganger har vært veileder for mennesker som har blitt søkt inn på tiltak, hvor det har medfulgt dokumentasjon som omfattet medisinsk diagnose på ADHD. Slik at denne informasjonen har vært grunnlag for min for forståelse om at ADHD har vært en medisinsk diagnose, og hvilke utfordringer vanligvis dette innebærer for de med diagnosen. Samtidig har jeg ved flere anledninger i arbeidet som veileder undret meg på hvor store variasjoner i utfordringer i livet de ulike personene har gitt uttrykk for, og som de har knyttet til ADHD. Som veileder har samtaler med mennesker som har fått diagnosen også gitt meg en nærhet til temaet. Ved blant annet å samtale om hva de trenger i relasjon til sine utfordringer, hvordan de opplever ulike forhold, og hvordan de har det. Dette har vært gunstig for relasjonen med informantene i denne undersøkelsen og forståelsen når det gjelder deres opplevelser. I tillegg til å kunne oppfatte deres utfordringer som noe annet enn en medisinsk diagnose.

3.11 Forskning på eget felt

Intervjuer og informanter er tilknyttet samme bedrift, hvor jeg er veileder og informanter er på arbeidsrettet tiltak. Dette medfører en mulighet for å treffes i bedriftens lokaler, noe som kan skape bekymring for informantene angående anonymitet. Dette ble ivaretatt gjennom levert informasjons- og samtykkeskriv, som også ble gjennomgått før intervjuene. I prosjektet er jeg både intervjuer og ansatt i bedriften som veileder. For å unngå rolleblanding ble det ikke rekruttert informanter som jeg hadde eget veiledingsansvar for som ansatt i bedriften. Informasjons og -samtykkeskrivet var signert av intervjuer, men det kom ikke frem av skrevet at intervjuer er ansatt i bedriften, og det var ikke sikkert at informantene kjente til undertegnede. Ved første telefoniske kontakt informerte jeg om dette, slik at dette ikke kom som en overraskelse ved møte til intervju, og at informantene kunne bli usikker i forhold til rolleblanding. Det ble per telefon informert om frivilligheten til å delta (Kvale & Brinkmann, 2010). Samt om muligheten til å trekke seg underveis i prosjektet, og at avslag om å delta ikke ville få noen konsekvenser for tiltaksplanen til informantene/deltakerne. Slik at informantene ikke skulle føle noe press til å delta på intervju på grunn av at intervjuer er ansatt i bedriften. Jeg viste til målsettingen med prosjektet, og at i prosjektet er rollen intervjuer/masterstudent. Det ble også presisert at rollen som intervjuer/masterstudent og taushetsplikt gjaldt ovenfor informanten sin veileder og andre i bedriften, slik at det ikke ble informert til veileder eller andre, om informanten deltok eller ikke i prosjektet. Det kunne skape spørsmål fra andre

ansatte eller andre på tiltak i forhold til hvilken rolle intervjuer hadde ovenfor informantene, siden alle informantene hadde valgt at intervjuene skulle gjennomføres i bedriften. Jeg kunne vise til taushetsplikt på spørsmål fra andre. Informantene fikk ved første kontakt informasjon om at andre i bedriften kunne få tanker eller stille spørsmål til informantene, når denne løsningen ble valgt.

I samarbeid med prosjektleder/veileder fra NTNU ble det søkt og gitt godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk til å gjennomføre undersøkelsen. Undersøkelsen ble også meldt og godkjent fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

3.12 Validitet

Validiteten i en undersøkelse handler blant annet om, hvorvidt den metoden som blir anvendt i en undersøkelse, faktisk undersøker det man hadde tenkt å undersøke. Om resultatene gir det rette bildet av det som er studert, og om hvor gyldige tolkningene forskeren kommer frem til er (Kvale & Brinkmann, 2010).

Min egen erfaring som veileder i arbeidsmarkedsbedrift kan mulig påvirke tolkning av resultatene, på samme måte som å forske på eget felt kan ha ført til fordeler og ulemper ved datainnsamlingen. Slike påvirkninger kan true validiteten. For eksempel kan det være at informantene likevel ble betenkte over å gjennomføre intervju i bedriftens lokaltid i arbeidstiden og risikerte å bli observert av andre, og at dette medførte at de begrenset sine uttalelser under intervjuet, på grunn av usikkerhet med anonymitet. På den andre siden kan det være at informantene opplevde det som gunstig at jeg som intervjuer også var veileder i bedriften og interessert i deres situasjon, og med dette førte til større åpenhet fra deres side. Oppgaven sin validitet sees imidlertid som styrket gjennom benyttelsen av det solide analyseverktøyet. Hvor det ble redegjort for hovedkategorier, underkategorier, ved bruk av åpen koding, aksial koding og selektiv koding. I ettertid sees det at det nok kunne vært gunstig med 2. gangs intervju, for å utdype sentrale elementer i analysen.

Hvordan aktuell teori i oppgaven har blitt anvendt i analyse og drøfting er også aktuelt i forhold til validiteten, altså at dette kan gi grader av gyldighet i tolkingen. At det blir benyttet originale tekster av forfattere, er viktig for at forståelsen for aktuell teori skal være så nøyaktig som mulig (Kvale & Brinkmann, 2010). Det er ikke alltid originale kilder er å oppdrive. I denne oppgaven har dette for eksempel vært gjeldende med teoriene til Mead

(1863-1931). Publikasjonene etter Mead (Vaage, 1998) er bygget på fortolkninger av forelesningsnotater skrevet av hans studenter, noe som gir anledning til feiltolkninger. I tillegg er det alltid en risiko for at jeg selv har feiltolket teorier og begreper til å inneha en betydning, som originalt ikke var til stede fra forfatterens side (Kvale & Brinkmann, 2010).

Overførbarheten kan også si noe om validiteten til et studium. Et studium sin eksterne validitet kan sies å være styrket, hvis resultatene fra prosjektet kan benyttes som grunnlag ved andre studium. I denne undersøkelsen er det et forhold som preger resultatene av undersøkelsen, og som gjør at det kan stilles spørsmål ved om resultatene gir det rette bildet av blant annet å ha fått sin adferd knyttet til diagnosen ADHD, hvordan dette påvirker selvbildet, og hvilke utfordringer personer med diagnosen opplever i arbeidslivet. Dette forholdet er informantene selv. Informantene er på tiltak i arbeidsmarkedsbedrift, søkt inn fra NAV og er søkt inn med bakgrunn i et bistandsbehov når det gjelder arbeid. Jeg kjenner ikke til hvor mange som har fått diagnosen som deltar på arbeidsrettede tiltak, men er usikker på om de 10 som ble intervjuet i denne undersøkelsen er representative for de fleste som har fått ADHD. De 10 som ble intervjuet stod frem som reflekterte og fornuftige under intervjuet, og flere hadde et budskap de ønsket å formidle. Av de 22 som ble forespurt om å delta på undersøkelsen, er det også mulig at det var de 10 mest ressurssterke som ønsket å delta. Resultatene av denne undersøkelsen er gyldige for informantene som deltok, men kan ikke sies sikkert å være overførbare til alle som har fått diagnosen. I analysen vil jeg sammenligne resultatene fra denne undersøkelsen med tidligere aktuell forskning. Det er likevel grunn til å tro at validiteten ved denne undersøkelsen er svekket på grunn av usikker overførbarhet.

4 Informantene, og erfaringer på livsarenaer som har bidratt til selvbildet

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene som omhandler hvordan informantene beskriver seg selv, da dette kan si noe om informantenes egen holdning og syn på seg selv, altså selvbilde. I tillegg vil resultatene om informantenes beskrivelser av egne fremtidsutsikter presenteres. Siden den fremtiden de ser for seg, også kan si noe om hvilket bilde de har av seg selv i dag. Videre vil jeg presentere funn som omhandler hvorvidt det å ha adferd som har blitt knyttet til diagnosen ADHD og samhandling med andre mennesker på ulike livsarenaer, har gitt erfaringer som har bidratt til informantenes selvbilde. Forskjellige forhold som har bidratt til erfaringer for deres selvbilde vil bli presentert. I tillegg vil informantenes erfaringer med stigmatisering presenteres.

Informantene ble i intervjuene stilt spørsmål om erfaringer innenfor arenaene familie, venner, ordinært arbeid, og tiltak i arbeidsmarkedsbedrift og det er funnet oversiktlig og hensiktsmessig og benytte den samme inndelingen i presentasjon av resultatene på disse områdene. Dette på grunn av at det er et helhetsbilde og en del av resultatene som tilsier at det passer best å beholde og presentere resultatene under konteksten av de ulike arenaer. Først vil det bli lagt frem hvordan informantene beskriver seg selv, og hvilken fremtid de ser for seg, og hvilke påvirkninger dette har på selvbildet. Deretter vil det ses på hvordan informantene samhandler med andre innad i familien, hvordan omgangen med venner artet seg, og erfaringer for selvbildet. Videre hvordan hverdagen og samhandling med andre i tidligere ordinært arbeid har artet seg, og så hvordan tiltak i arbeidsmarkedsbedrift artet seg for informantene, og hvordan dette har bidratt til selvbildet. Til slutt vil det presenteres resultater som omhandler erfaringer med stigmatisering.

4.1 Informantenes beskrivelser av seg selv

Her vil jeg presentere resultatene som omhandler hvordan informantene beskriver seg selv, da dette kan si noe om hvordan informantenes gir uttrykk for sin egen holdning og syn på seg selv, altså selvbilde. For å få svar på dette, er det i intervjuguiden stilt spørsmål om hvordan informantene ser på seg selv. Om de er fornøyd eller misfornøyd, om de ser seg selv som sterke eller svake. Om de innehar noen egenskaper, ferdigheter og kvaliteter som de ønsker å fortelle om. I tillegg vil resultatene som handler om informantenes beskrivelser av egne fremtidsutsikter presenteres. Fremtiden informantene ser for seg, sier også noe om hvilket

bilde de har av seg selv i dag. Resultatene som blir presentert er funnet til å kunne deles inn i områder som handler om ulike dimensjoner ved diagnosen, samt fortid, nåtid, og fremtid.

4.1.1 Ulike dimensjoner ved diagnosen

Hos mange av informantene kommer det frem delte erfaringer og holdninger til seg selv, og de fleste informantene beskriver seg selv både i positiv og negativ retning. Ofte er beskrivelsene knyttet til deres diagnose. Noe som altså betyr at de har en medisinsk forståelse av egen adferd. Flere av informantene forteller at samme type adferd kan være positiv i en sammenheng, og negativ i en annen sammenheng. Fredrik beskriver seg selv på en sammensatt måte. I sporten han bedriver så beskriver han seg selv som sterk og flink:

”Der føler jeg selv at jeg er flink. Der har jeg egentlig alltid fungert, fordi jeg kan spille over hele banen, jeg kan brukes til alt” (Fredrik).

Samtidig forteller Fredrik at han har utfordringer i jobb, at han har en svakhet. Han sier, at han opplever seg selv som svak når han har mye folk rundt seg. Hvis det er mange ukjente mennesker, nye fjes hele tiden, da blir han stresset. Fredrik beskriver at han har utfordringer med uro, og han betegner dette som adferd knyttet til ADD. I sporten får han utløp for denne energien, og han opplever å lykkes på dette området. I arbeid så hadde han oppgaver i kasse, og han forteller at det ble utfordrende å holde oppmerksomhet og konsentrasjon rettet mot oppgavene i kasse, når det for eksempel ble kø. Så han opplevde dette som vanskelig, sier han. Dette viser både positive og negative dimensjoner med adferd som Fredrik knytter til diagnosen. Ved at en adferd eller handling kan være en ressurs i enkelte sammenhenger, og at annen adferd eller handling kan være vanskelige i noen sammenhenger. Samme adferd kan også innebære både positive og negative dimensjoner. Det kan altså sees at Fredrik sin holdning til seg selv som et objekt devierer når det blant annet gjelder innhold, retning, og klarhet, noe som vil ha betydning for hans selvbylde. For eksempel som når Fredrik sier, at han ønsker en ny utredning, fordi han ikke tror han har ADD men ADHD, og han knytter dette mot egen uro, og som en belastning. Samtidig forteller han at, han ser på uroen og energien som en ressurs i sporten han bedriver. Det kan sees at Fredrik sin holdning til seg selv som et objekt devierer når det gjelder innhold.

De samme erfaringene kan sees hos Ingrid. Hun beskriver at hun ser på seg selv som sterk. Dette knytter hun spesielt til sporten hun holder på med. Hun forteller at hun har vært sterk

utøver i sporten, og hun blir ikke emosjonell når hun er i dette miljøet. Samtidig sier Ingrid at hun ikke klarer å takle tankene sine alene, og at hun synes dette er svakt av henne:

”Jeg er ikke fornøyd med meg selv, misfornøyd. Det er så slitsomt å ha ADHD, det er slitsomt å være så intens, og så synes jeg det er slitsomt å ha så mange som jeg har hatt et nært forhold til, og så ikke har kontakt med lenger. Jeg føler jeg har et dårlig selvbilde, og så skjuler jeg det” (Ingrid).

Ingrid har en positiv holdning til seg selv innenfor sporten hun bedriver, da hun blant annet ikke blir emosjonell i dette miljøet. Samtidig så sliter hun med at hun vurderer seg selv som intens, og i forhold til brutte relasjoner. Ingrid forteller at hennes intensitet og at hun er emosjonell, kan knyttes til hennes diagnose og adferd med impulsivitet. Hos flere av informantene blir altså noe adferd fremstilt som å være en ressurs i enkelte sammenhenger, mens annen adferd kan være utfordrende i noen sammenhenger. Noe adferd blir også fremstilt som både utfordrende og en ressurs. Dette kan vise til en kompleksitet i erfaringene ved å inneha diagnosen. Når samme sak kan forstås som positiv i en sammenheng og negativ i en annen sammenheng, kan dette gi grunnlag for at informantene kan skifte i hvordan de tolker sin diagnose og seg selv. Noe som har betydning for holdningen de har til seg selv som et objekt, og altså egen selvrespekt.

4.1.2 Fortid, nåtid, og fremtid

Det er i intervjuguiden ikke spurt om hvordan informantene ser på seg selv i fortid. Det er likevel flere av informantene som også trekker inn tidligere syn på seg selv, at de hadde et dårligere syn på seg selv eller hadde det vanskeligere tidligere, men at de har det bedre i dag. Noe som betyr at informantenes holdning til seg selv, altså selvrespekten og selvbildet, har bedret seg over tid.

Det ser ut som å være deltakende i positive sosiale fellesskap kan ha betydning for hvordan en ser på seg selv. Altså at informantene i økende grad har tilegnet seg selvrespekt gjennom å se seg selv på en positiv måte gjennom andres øyne samt bli inkludert i sosiale grupper. Hilde, Henrik og Marius var utenfor sosiale fellesskap da de var barn og ungdom, og Marius og Hilde var utsatt for mobbing. Hilde beskriver seg som impulsiv og frittalende, noe som ikke alltid var enkelt for andre å forholde seg til. Det som reddet henne var omsorgsfulle besteforeldre, samt hennes impulsivitet, at hun ikke dveler ved ting, forteller hun. Som voksen beskriver Hilde seg selv i positive ordelag, ved at hun uttrykker å være en fornøyd og sterk

person. Det hun ikke er fornøyd med, bruker hun ikke tid på å dvele ved. Henrik beskriver seg som impulsiv og hyperaktiv, samt vansker med konsentrasjon, noe som alltid har vært en utfordring. I tenårene bodde han alene i kommunal bolig, hadde ingen sosiale fellesskap verken i skole eller jobb, og han forteller at selvbildet hans var katastrofalt. Henrik snakker om seg selv i positive ordelag per dags dato, for eksempel i forhold til at han har god kunnskap i forskjellige interesseområder. Han er veldig fornøyd med å være i praksis på en ordinær arbeidsplass. Både Hilde, Henrik og Marius forklarer at de hadde det vanskeligere, og et dårligere syn på seg selv som barn og ungdom. Dette forklarer de med egen adferd og at de ble mobbet for dette, eller at de sto utenfor sosiale fellesskap. Som voksne forteller Hilde og Marius, og til dels Henrik om sosiale fellesskap som de er en del av, og de uttrykker at de har et bedre syn på seg selv, og de nevner selv litt ulike årsaker til dette.

Å ha kommet seg gjennom vanskelige perioder i livet, ser også ut til å ha styrket noen av informantene. Liv har skiftet fra tidligere å oppleve seg selv som svakere, til nå å oppleve seg som sterkere. Som Liv sier:

”Jeg ser på meg selv mye mer positivt nå enn jeg har gjort før, og da blir jo dagene lettere også. Jeg føler vel at jeg er en sterk person for jeg har ikke gitt opp, jeg har hatt mye tunge ting å gå igjennom, men jeg har bestemt meg for at det skal ikke være noen hinder for at jeg skal klare ting” (Liv).

Marius forteller at når han var yngre så hadde han det vanskeligere, han hadde mangel på energi, var nedstemt og følte seg svak. I nåtid uttrykker Marius et styrket syn på seg selv. Han forteller at han er sterk, både i viljestyrken og energien som ADHD gir han. Liv tok altså et valg i fortid, som har betydning for nåtid, da hun beskriver at hun tidligere ikke har gitt opp, og at hun bestemte seg for at ikke noe skulle stå i veien for det hun ville gjøre. Noe som har medført at hun i dag oppfatter seg som sterkere enn før. Marius nevner blant annet viljestyrken som betydningsfull for at han nå føler seg bedre. Like avgjørelser ser ut til å ha vært gjeldende for de fleste av de voksne. At holdningene til seg selv som objekter har tatt en positiv retning, at de har fått en bedret selvrespekt og selvbilde.

Hvis en lykkes på områder som samfunnet setter høyt, som for eksempel innenfor sosialt liv og arbeid, kan dette ha en positiv påvirkning på selvbildet. Stine, har mann, barn, bolig og venner og hun forteller at det bare er en kontrakt på ordinært arbeid der hun er i praksis som mangler i livet hennes. Ingen av informantene har for eksempel en ordinær jobb, men for flere har det gått godt på andre områder, noe de gir uttrykk for er tilfredsstillende. Informantene

presenterer seg selv på en allsidig måte. De viser i det vesentlige både til sterke og svake sider de mener å inneha, og gir et flertydig bilde av seg selv. Det er likevel mulig å se en retning mot at flere er mer positivt innstilt til seg selv som voksne enn som barn- og ungdom. Altså at holdningen til seg selv har tatt en positiv retning med bedret selvrespekt. Samt at deres identitet er noe de har oppnådd over tid, i samhandling med omgivelsene og gjennom egne valg. Det er også mulig å se at de knytter sin adferd til diagnosen ADHD, altså at de har en medisinsk forståelse av egen adferd.

Hvordan vi ser på oss selv i dag, kan også være med på å bestemme hva vi forventer oss i fremtiden. Ingrid har beskrevet erfaringer som tilsier utfordringer i tidligere ordinært arbeid og i praksis, og hun forteller at hun unngår å tenke på fremtiden. Hun liker det ikke, for hun er redd for at det hun drømmer om skal gå galt, sier hun. Det som kan gå galt er at hun ikke fungerer i arbeid på praksisplassen, slik at det ikke blir ordinær jobb på henne i fremtiden. Hun velger altså ikke å tenke på fremtiden, av redsel for ikke å fungere, noe som tilsier at hennes holdning til seg selv er at hun ikke vil mestre. Ingrid har oppfattet at andre, og også hun selv, mener at hun ikke fungerer som ønskelig. Noe som trolig påvirker hennes syn på seg selv, altså identitet. De fleste informantene har et noe mer positivt syn på fremtiden enn Ingrid. Alle nevner forventninger i relasjon til å få en jobb, og hva som skal til for å mestre en jobb. Flere av informantene gir uttrykk for blandede tanker når det gjelder dette. To av informantene sier at de må gi en ekstra innsats i forhold til å få og beholde en jobb, men at de da tror det vil ordne seg for dem. Det positive synet på fremtiden, kan altså være positivt for dagens holdning til seg selv, samt en måte å mestre nåtiden på. At de har tro på at det vil gå godt for dem i fremtiden, betyr at de tror de har ressurser i nåtid til å mestre det som skal til for å lykkes i fremtiden. Altså en holdning til seg selv som objekt, og en identitet som tilsier at de har tro på seg selv. De resterende syv sier at de har behov for hjelp til å få og beholde en jobb, og at de vil ha behov for tilrettelagt arbeid. Dette vil påkrevne bistand og økonomiske kostnader fra det offentlige. Informantene har tidligere hatt utfordringer med tilknytning til arbeid, og i ordinært arbeid, noe som kan påvirke deres syn på fremtiden. De likestiller ikke sine egne muligheter med andres, og ser for seg utfordringer de vil møte på grunn av egen adferd som de knytter til ADHD, og har altså en medisinsk forståelse av egen adferd. En del av selvbildet bygger på å sammenligne seg med andre, slik at dette kan påvirke bildet informantene har av seg selv.

4.2 Erfaringer med familie

Her vil jeg presentere ulike forhold når det gjelder samhandling i familien. De resultatene som blir presentert, har blitt funnet til å omhandle tema som gjelder relasjoner, selvstendighet, og kommunikasjon. Informantene i undersøkelsen er i noe forskjellige familiesituasjoner. De tre mennene i utvalget bor hjemme hos en eller begge foreldrene. De er fortsatt relativt unge voksne, slik at dette kan sees som vanlig i deres alder. Fem av kvinnene bor med samboer eller ektefelle, og to av disse også med barn. De to siste kvinnene bor bare med barn, helt eller delvis. På forespørsel om hvordan hverdagen med ADHD artet seg for dem sammen med familien, så refererer noen av informantene til samboer eller ektefelle, mens andre refererer til foreldre eller søsken, selv om de også har egen familie.

4.2.1 Positive relasjoner

Informantene beskriver en variasjon i samspill og kommunikasjon innad i sine familier. Noen utdyper lite når det gjelder samhandling innad i familien, mens andre forteller om positiv samhandling og støtte innad i familien, som Fredrik, Stine og Liv. Fredrik bor med foreldre og søsken, og han fikk diagnosen ADD som barn. Han er ikke så mye med familien sin, bare spiser middag, men Fredrik uttrykker at de har et godt forhold i familien:

”Ja, vi er ikke så mye sammen, men forholdet er bra” (Fredrik).

Han sier at han har fått forståelse for sin ADD diagnose i hjemmet:

”Ja, det er pappa som har hjulpet meg hele tiden” (Fredrik).

Fredrik beskriver forholdet til foreldre med at de støtter og hjelper hverandre, og med dette kan det sies at de har en positiv relasjon. Stine som fikk diagnosen som voksen, forteller at hun får støtte og forståelse fra sin egen mor, og at mor tar hensyn til henne. Hun har nå egen familie med mann og barn, men beskriver ikke samme støtten fra ektemannen, og heller ikke egne søsken. Liv som fikk diagnosen som voksen, har i flere år bodd med samboer. Hun forteller at han er støttende ovenfor henne. Hun var deprimert en periode, og forteller:

”Jeg har en samboer som har vært helt super med å hjelpe meg med det, og han har vært med i litt samtaler på DPS, så han har fått beskjed om hvordan han kanskje skal oppføre seg mot meg hvis jeg er deprimert og sånn da” (Liv).

I tillegg forteller hun om støtten hun har fått fra familien hun vokste opp i.

”De har tilrettelagt seg litt, sånn med å forstå litt hvorfor jeg kan trenge litt ekstra hjelp fra dem. Jeg tror de har merket at jeg har hatt vanskelige tider og sånn, men jeg har hatt en kjempestøttende familie som alltid har vært der for meg. De prøver å forstå hvordan jeg har det” (Liv).

Stine og Fredrik beskriver støtte og hjelp fra forelder, Liv har støtte og hjelp fra foreldre og samboer. Stine, Fredrik og Liv ser altså ut til å ha positive relasjoner og samhandling innad i familien. De positive holdningene informantene opplever fra familien, fører sannsynligvis til at de også ser mer positivt på seg selv. Noe som er positivt for selvbildet. Støtten og hjelpen Stine, Fredrik og Liv beskriver at de får i forhold til diagnosen, betyr også at både dem selv og deres hjelpere i familien bekrefter deres utfordringer og adferden som de får hjelp for, som definert eller knyttet til diagnosen ADHD. Denne adferden blir da betegnet som sykdom, og som noe de ikke kan gjøre så mye med. Dette betyr også at det er et behov for at omgivelsene legger til rette eller tar hensyn til deres sykdom. Det er da altså ikke de som individer som må tilpasse seg eller endre adferd, men omgivelsene eller miljøet som legger til rette for de som individer. Hilde lever med sine barn, som også har fått diagnosen. Hun sier:

”Vi er jo litt sånn ADHD familie vi da, så vi er sjelsfrender” (Hilde).

Det var også bra innenfor storfamilien at hun selv og barna fikk diagnosen, i følge Hilde. Slik at storfamilien fikk vite hvorfor ting var som de var, og med dette få litt holdningsendringer:

”Etter at alt lå klart til alle, så har vi egentlig fått mye mer nærhet i storfamilien vi. Litt mer støtte og forståelse og sånne ting” (Hilde).

Hilde beskriver altså en felles forståelse mellom seg selv og barna, siden de alle har diagnosen. Hos storfamilien har de fått mer forståelse og nærhet etter at hun og barna fikk diagnosen. Altså at de fikk mer forståelse etter at utfordringene deres ble betegnet som sykdom. Siden diagnosen ADHD kan bli forstått som noe det er vanskelig for individet å gjøre noe med, er det sannsynligvis lettere å få forståelse fra andre for adferd som blir knyttet til diagnosen og betegnes som sykdom. Det hadde vært interessant og fulgt opp spørsmålet. Hva adferden som nå er tilknyttet ADHD tidligere ble forstått som av storfamilien, og hvorfor Hilde og barna fikk mindre støtte og forståelse for sin adferd tidligere. At hun nå får støtte fra storfamilien fører sannsynligvis også til at Hilde ser mer positivt på seg selv, altså at det bedrer hennes holdning til seg selv og altså hennes selvbilde.

Marius forteller at kommunikasjonen i familien går helt greit, med noen nyanser. Han bor sammen med foreldrene og søsken. Imidlertid er Marius lite sammen med familien, da han ikke kommer overens med dem på et personlig plan, forteller han. Henrik som bor sammen med forelder og søsken, forteller at det ikke er noen store utfordringer i familien, utenom at det kan oppstå litt krangler. Gunn som lever med en samboer, beskriver også en grei kommunikasjon innad i familien, og hun har alltid opplevd støtte fra sin mor, men også krav, og det har ikke vært akseptert å bruke diagnosen ADHD som en unnskyldning. Både Marius, Henrik og Gunn som alle fikk diagnosen som barn, beskriver altså greie, eller vanlige relasjoner i familien, selv om kommunikasjonen ikke er udelt positiv.

Alle informantene nevner relasjoner til familie som de lever med i nåtid, unntatt Gunn som ikke nevner sin samboer i den forbindelse. I tillegg snakker alle informantene om relasjoner til andre familiemedlemmer som foreldre, søsken, eller storfamilie. Marius, Henrik og Gunn forteller altså om nøytrale, greie eller vanlige relasjoner i familien. Stine, Fredrik og Liv beskriver positive relasjoner med en eller flere familiemedlemmer. Hilde forteller om et vendepunkt til det bedre i relasjonene i storfamilien når hun og barna fikk diagnosen. De andre informantene nevner ingen endringer i relasjonene, men heller at slik at de relasjonene som er nå, har vært stabile over tid. Det er bare Fredrik som beskriver at han også gir hjelp og støtte tilbake til forelder, slik at det er en gjensidighet i relasjonen. Den positive samhandlingen mellom informantene og familiemedlemmer kan betegnes til å være preget av forståelse, aksept, hjelp og støtte ovenfor informantene. Oppfatningen informantene har fått av seg selv har sannsynligvis blitt påvirket av holdningene familiemedlemmene har hatt til dem, og har gitt positive bidrag til selvbildet. Hjelpen, støtten og tilpasningene fra familien flere av informantene forteller om bekrefter også deres identitet med å inneha diagnosen ADHD, og at utfordringer i deres adferd blir knyttet til diagnosen ADHD. Hjelpen og støtten bekrefter at utfordringene ligger i informantene som sykdom, noe som gjør at de vanskelig kan endre egen adferd, og at det er omgivelsene som må tilpasse seg deres behov.

4.2.2 Negative relasjoner

Det er bare to av informantene som utdyper samhandling med andre familiemedlemmer som kan sies å omhandle negative relasjoner og liten grad av støtte og forståelse. Som nevnt forteller Stine om positiv samhandling med sin mor, men hun forteller også om negativ samhandling i familiesammenheng, at det er vanskelig når det gjelder egne søsken:

”De har høye krav til meg, og de har vanskelig for å skjønne min diagnose og mine behov og hvorfor, det er vanskelig” (Stine).

Stine uttrykker at hun er veldig klar over alle sine feil, siden blant annet både søsken, og mannen hennes har fortalt henne det. Stine vil ikke dele alt med sine søsken:

”Jeg føler ikke for å fortelle dem, for de hører ikke etter hva jeg sier likevel, også mistolker dem” (Stine).

Når Stine sine søsken ikke lytter til henne, har høyere krav til henne enn det hun sier hun mestrer, og ikke gir henne forståelse for sine behov. Så ser det ut som om de ikke anerkjenner hennes diagnose og de utfordringene dette medfører for henne. Hvis de ikke anerkjenner diagnosen, kan dette gi seg utslag i å forvente mer fra henne, siden hun da ikke er begrenset av sykdom. De kan da forvente en høyere innsats fra hennes side. Manglende interesse og anerkjennelse fra søsknene for hvem hun er og hva hun trenger har imidlertid ført til at Stine har blitt mer lukket overfor søsknene, og relasjonen med søsknene er vanskelig for henne. At hun har blitt mer lukket kan sees som en mestringsstrategi for å unngå stigmatisering.

Ingrid som fikk diagnosen som voksen, forteller at hun har vokst opp i en familie hvor kommunikasjonen alltid har vært vanskelig, noe som har vedvart inn i voksenlivet. Hun er gift og bor med ektemannen, men han har egne utfordringer å jobbe med, forteller hun. All samhandling med foreldre og søsken er vanskelig i følge Ingrid, hvor det er vanskelig å forstå og tolke hva de andre mener og vil. I tillegg skal det legges til rette for alle, og hun sier:

”Det er kjempevanskelig. Det er jo det vanskeligste av alt, relasjonen med dem. Jeg vil ikke at det skal legges til rette, for da blir det jo jeg som er problemet. Vil ikke ha det, for jeg vil ikke at det skal brukes mot meg siden” (Ingrid).

Ingrid oppfatter at hun blir betraktet som en belastning i familien, siden det må legges til rette for henne i familiesituasjoner. Hun sier at hun ikke tror det blir lagt til rette for vanlige folk hele tiden. Hun forteller at hun opplever å bli sykelliggjort, men vil egentlig bare være normal. Ingrid sin opplevelse av kommunikasjonen innad i familien, og oppfattelse av familien sin holdning til henne er negativ. I følge Ingrid så sykelliggjør familien vanlige og normale ting, ved å tilrettelegge og bruke begrepet ”tilrettelegging”. Årsaken til et problem eller behov blir av Ingrid sin familie forbundet med Ingrid sin diagnose forteller hun, noe hun synes er vanskelig. Problem eller behov som det blir tilrettelagt for, blir brukt mot henne på en negativ måte senere.

En fellesnevner for Stine og Ingrid sine negative relasjoner i familien kan sees å være at de opplever manglende forståelse for sine utfordringer, og støtte fra familiemedlemmer. De opplever altså negative holdninger fra familiemedlemmer, noe som vil påvirke deres egen holdning til seg selv og selvbilde på en negativ måte. For begge er utfordringene i hovedsak beskrevet i relasjon til søsken og foreldre, unntatt Stine sin mor. Ektemennene som de bor sammen med blir nevnt i liten grad, selv om Ingrid så vidt nevner at ektemannen har egne utfordringer. For Stine ser det ut som om utfordringen i relasjonen ligger i at søsken underkjenner Stine sitt sykdomsstempel med diagnosen ADHD, og heller forventer en større innsats fra hennes side. Til forskjell er Ingrid sin utfordring at familien utvider diagnosen, altså sykkeliggjør vanlige ting som de setter i sammenheng med hennes diagnose, og tilrettelegger for henne.

4.2.3 Selvstendighet

For Anne og Kristine som begge fikk diagnosen som voksne, ser det ut som om den hjelpen og støtten de har fått i familien, kan ha hatt innflytelse på deres selvstendighet. Anne beskriver sin ektemann som en veldig snill mann, som er veldig viktig for henne, og hun forteller at hun er veldig knyttet til sine barn. Hun har et barn som er under utredning for ADHD. Ektemannen har hjulpet henne enormt forteller Anne, blant annet med å bli mer strukturert som hun benevner som et tegn på ADHD. At Anne får sosial hjelp til å løse sykdom viser også at dette kan sees som sosial konstruksjon. Anne sier at mannen har hjulpet henne mye, og hun føler seg som annen person i dag enn før hun traff han. Anne fremstiller en positiv kommunikasjon mellom henne og ektemannen. Samtidig sier hun:

”Han har jo fulgt med meg for mye. Jeg råder ikke over noen bankkontoer, altså økonomi og sånne ting da” (Anne).

I følge Anne har ektemannen redusert hennes mulighet for involvering i egen økonomi, og med dette bidratt til å gi henne en lavere selvstendighet når det gjelder økonomiske forhold. Anne gir uttrykk for at hun registrerer at hennes ektemann også har en holdning som reduserer hennes kapasitet innenfor økonomiske spørsmål, men hun gir ikke tydelig uttrykk for at hun har noen mening i forhold til dette. Det ser ut som om Kristine har en god støtte fra eksmann, mor og søsken, men som en konsekvens også har gitt henne en lavere grad av selvstendighet. Kristine beskriver at hun er dårlig på å planlegge, og strukturere gjøremål, noe hun blant annet beskriver i forhold til barna. Det er vanligvis eksmannen som bringer og henter barna til skole og barnehage, selv når de bor hos Kristine. Det ser derfor ut som om eksmannen har en

hjelpende holdning til henne, med barna. Hun sier at hun klarer det hvis eksmannen er bortreist, noe som gir henne følelse av å mestre, men at det er lett å lene seg på han når han er tilgjengelig. I følge Kristine så er hennes søsken og mor støttende og forståelsesfull til at hun har ADHD. Kristine forteller, (intervjuers oppfølgingsspørsmål i kursiv):

”Så det ender opp med, de er jo vant til det, mamma og dem da, blir stående på kjøkkenet og ordne. Hun har med seg ting. Jeg tror ikke de forventer så mye nei. *Det gjør jo kanskje noe med deg?* Ja, jeg føler meg mislykket” (Kristine).

Mor, søsken, samt eksmann har en støttende og hjelpsom holdning, noe som skulle tilsi et positivt bidrag for relasjonen mellom dem og Kristine, for hennes holdning til seg selv, og hennes selvbilde. Imidlertid fører støtten også til lave forventninger til henne, og derfor ender det opp med at hun føler hun seg mislykket.

4.2.4 Tilspisset kommunikasjonsmønster

Konflikter, krangling eller sinneutbrudd blir beskrevet av flere, noe som i hovedsak kommer til uttrykk innad i familien. Enkelte av informantene forteller om at de har en måte å kommunisere på, som tar en tilspisset form som sinneutbrudd ved enkelte hendelser eller situasjoner i familiesammenheng. Selv om de også beskriver positive relasjoner innad i familien, forteller både Fredrik, Stine og Liv om sinneutbrudd, og det i en slik grad at både Fredrik og Stine har fått behandling i sinnemestring. Stine og Liv beskriver sinneutbrudd bare i settinger hvor det er familie til stede, mens Fredrik også sammen med venner. Fredrik forteller om hvordan et sinneutbrudd kan arte seg, og hvordan det oppleves for han (intervjuers oppfølgingsspørsmål i kursiv):

”Da slår jeg som regel i veggen eller jeg kaster noe i veggen. *Hvordan er det å ha det sånn da?* Det er ekkelt, for jeg vet ikke hva jeg kan finne på å gjøre når jeg blir sint” (Fredrik).

Fredrik presiserer at han ikke slår de i familien, eller andre, men at han har slått sin bror en gang. Han forteller at forelder og søsken legger til rette for han i hjemmet:

”Ja, de er litt forsiktige, dem tar hensyn rett og slett. Ja, for ikke å irritere” (Fredrik).

Derfor er det alltid veldig rolig og fredelig i hjemmet, beskriver Fredrik, fordi det er behov for det. Fredrik forteller at utløsende faktorer for sinneanfall kan være støy, eller at han blir avbrutt når han snakker, for da mister han konsentrasjonen. Stine forteller at kurset i

sinnemestring ikke hjalp, og at hun etter hvert måtte ha antidepressiva for å kontrollere sinnsstemningene sine. Det er forskjellige ting som kan gjøre henne sint, og hun nevner blant annet rot. Noe som er utfordrende siden hun har små barn, og det da lett blir rot i hjemmet forteller hun. Liv forteller også om sinneutbrudd. Hun beskriver hvordan det er å ha det slik:

”Helt forferdelig, jeg har nesten to personligheter, jeg har en som jeg helst ikke vil ha der” (Liv).

Hun forteller at hun blir sint hvis hun blir sliten, og hun blir lettere sliten hvis hun glemmer å ta medisinen sin. Både Fredrik, Stine og Liv beskriver mangel på kontroll i forhold til sinneutbrudd, at de ikke klarer å holde sinnet tilbake. Dette medfølger også et ubehag for dem, som en følge av tap av kontroll. Kommunikasjonen som ligger i et sinneutbrudd, kan sies å være negativ og kan ha en ugunstig effekt på samhandlingen mellom Fredrik, Stine og Liv og deres familier. De forteller at det er ubehagelig for familien når de får sinneutbrudd. Hos Fredrik har samhandlingen blitt preget av at forelder og søsken har blitt forsiktige, det er altså familien som tar hensyn til Fredrik, slik at han ikke skal få sinneutbrudd. Holdningen fra Fredrik sin familie er altså å ta hensyn til han, noe som Fredrik oppfatter, og som vil være positivt for hans holdning til seg selv, og altså hans selvbilde. Stine har begynt med medisiner for å få bukt med sine sinnsstemninger, løsningen er altså å endre sin egen adferd gjennom medisiner. I forskjell til Fredrik, er det hun som individ som endrer seg og ikke omgivelsene. Det samme er tilfellet med Liv, det er hun som endrer seg gjennom medisiner, og ikke omgivelsene. Liv forteller at det er slitenhet som er utløsende for sinneanfall, mens Stine nevner rot, og Fredrik nevner blant annet støy. De forteller altså om noe ulike utløsende faktorer for sinneanfall, men alle beskriver eget sinne som en adferd de knytter til ADHD, og noe de ikke har kontroll over. Noe som betyr at de definerer sinneanfall som sykdom, og noe de vanskelig kan gjøre noe med. De tror ikke at de selv har noen styring eller bestemmelse over egne impulser som kommer ved sinneanfall. Imidlertid må dette reguleres ved at omgivelsene tilpasser seg, eller gjennom medisiner. Siden Liv og Stine forteller at sinneanfall bare oppstår i relasjon til hjem og familie, mens Fredrik også sammen med venner, kan det tyde på at de likevel har større kontroll over sinnet på andre arenaer, og at det kan ha med et tilspisset kommunikasjonsmønster som informantene har tilegnet seg i familiesammenheng, og som i hovedsak viser seg på denne arenaen. At familien til Fredrik har blitt forsiktige slik at han ikke skal få sinneutbrudd, betyr at endringer i miljøet bedrer hans sykdom. Sosial hjelp til å løse sykdom, viser også at dette kan sees som en sosial konstruksjon.

Samlet sett viser samhandlingen i familien litt forskjellige erfaringer hos informantene, men felles for erfaringene er at de bekrefter informantenes identitet som personer med ADHD.

4.3 Erfaringer med venner

I dette punktet vil jeg presentere forskjellige forhold som gjelder informantenes samhandling med venner, og som kan ha gitt erfaringer med betydning for informantenes selvbylde. De resultatene som blir lagt frem, har blitt funnet til å omhandle tema som gjelder aksept og likeverdighet, utestengt og mindreverdige, mobbing i barne- og ungdomsårene, og konflikt. Informantene er i noe ulike situasjoner når det gjelder relasjoner med venner. Åtte av de ti informantene har relasjoner med venner, men det varierer noe hvordan relasjonene fungerer. For de fleste fungerer imidlertid vennskap på en positiv måte i voksen alder.

4.3.1 Aksept og likeverdighet

Flere av informantene forteller om relasjoner med andre voksne, hvor de opplever å være akseptert og likeverdig disse. Blant annet forteller Liv at hun har veldig god støtte i vennene sine, og at de kjenner til at hun har ADHD. Fredrik sier at han og kompisene er like, det er ikke noen forskjell på dem. Alle kompisene til Fredrik vet at han har ADD eller ADHD, så da går det greit ifølge Fredrik. Han har hatt de samme vennene i mange år. Liv og Fredrik har bestemt seg for å være åpen om sin diagnose ovenfor venner. Alle de voksne som har kontakt med venner, er i noe ulik grad åpne ovenfor sine venner om sin diagnose, unntatt en. De er altså ikke redd for stigmatiserende holdninger fra sine venner. Den som ikke er åpen er dette fordi diagnosen nylig er satt, og hun gir uttrykk for at hun trenger tid til å reflektere hva diagnosen innebærer for henne. Dette kan også være en mestringsstrategi for å unngå stigmatisering. Både Liv og Fredrik forklarer vennskap de har slik, at det kan sees at de er akseptert av sine venner, og Fredrik viser til likeverdighet når han forklarer at han selv og kompisene er like. Liv forklarer at vennene er hjelpsomme og støttende til henne.

Gunn er åpen, men imidlertid noe restriktiv i sin åpenhet med venner, som er en mestringsstrategi for å unngå stigma. Hun omgås noen venner, og hun sier at det har gått relativt greit, men forteller at det har vært enkelte ganger at hun ikke får til å være med på enkelte aktiviteter fordi hun har problemer med å huske, skrive, lese, og stave. Hun sier at hun håper at de aksepterer at hun har noen utfordringer, og at de ikke synes at hun er en belastning for dem. Gunn uttrykker at hun ikke vet hvilke holdninger hennes venner har til henne, da de ikke har kommunisert særlig om hennes diagnose. Hun har ikke merket noen reaksjoner fra

venner på sin adferd. Forholdet til venner fremstår imidlertid som greit, da Gunn gir uttrykk for at hun ikke har noen annerledes relasjon til venner enn det andre har. Hun sier at hun ikke har snakket mye med venner om diagnosen, da dette ikke er nødvendig, fordi det ikke er noen stor sak, så det virker ikke som hun tildekker diagnosen. Samtidig kan det se ut som hun er litt usikker, da hun sier at hun håper på vennenes aksept. Siden hun har en lik relasjon med venner som andre har, virker det som hun er akseptert av venner og at hun blir sett på som likeverdig. Hennes usikkerhet kan se ut til å handle om at hun selv ser at hun har noen begrensninger for deltakelse på enkelte aktiviteter.

Foruten Henrik og Kristine beskriver alle informantene at de har positive relasjoner med venner. Marius sier at han har gode relasjoner med vennene sine. Han forteller at de har det morsomt sammen, og at han ofte er midtpunktet, siden han er energisk og i godt humør. Holdningene fra venner er altså positive, noe som vil være et positivt bidrag til informantenes holdning til seg selv, og selvbildet. Anne forteller at hun har veldig mange og gode venninner, som står henne nær. Disse har hun hatt siden barndommen, så hun har kjent dem på godt og vondt, og hun sier.

”Venninnene mine har alltid akseptert meg henne for den jeg er. Så dem har holdt ut med meg, og jeg har jo holdt ut med dem jeg også. De har jo hatt andre utfordringer igjen, ikke sant, men det har vel gått begge veiene” (Anne).

At Anne har opplevd positive holdninger fra venner som har vært stabile over tid, har sannsynlig også gitt henne positive holdninger til seg selv over tid. Noe som er positive elementer for selvbildet. Liv forteller altså at vennene vet at hun har ADHD, og at de er en veldig god støtte for henne, Hun har en venninne fra ungdomsskolen før hun fikk diagnosen som hun har kontakt med, resten av vennene har hun fått i voksen alder. Flere av informantene har hatt noen av de samme vennene over mange år, noe som kan vise til en stabilitet i relasjonene. Overnevnte tilsier at vennene har positive holdninger til informantene. Liv uttrykker at hun kan være seg selv sammen med vennene sine. Det å ha flere eller mange gode venner beskrives altså av informantene til å ha en positiv innvirkning på dem. Noe som er positive bidrag for informantenes holdning til seg selv og deres selvbilde. Hos de informantene som beskriver positive venneforhold, kan det sees at kjernen i relasjonene omhandler, det å oppleve å være akseptert og behandlet likeverdig av andre voksne mennesker.

4.3.2 Utestengt og mindreverdig

Det er imidlertid ikke alle informantene som beskriver å være akseptert og likeverdig behandlet av andre voksne, det er også en som er utestengt fra vennskap og sosiale fellesskap. Det er også en som holder seg selv utenfor fordi hun føler seg mindreverdig andre. Henrik forteller at han ikke hadde venner i oppveksten, og heller ingen personlige venner i voksen alder. Han forsøker å bli venner med, og inkludert av andre deltakere i en fritidsaktivitet:

”Vet ikke hvordan jeg skal si det, er liksom Viggo venneløs som prøver å bli en del av gjengen, og har blitt det gradvis i løpet av årene” (Henrik).

Han forklarer utfordringer med å bli inkludert med, at han antar at han var litt for frittalende i anledning en felles tur for deltakere på aktiviteten. Samt at han tror han kan være litt for ”hyper” og innpåsliten, som er adferd han knytter til diagnosen, slik at han altså har en medisinsk forståelse av sin adferd. Utenom fritidsaktiviteten er han ensom, sier Henrik. Han forteller at han har tar initiativ ovenfor andre, men har ikke oppnådd å få personlige venner. Henrik opplever altså at andre voksne holder avstand til han og ikke aksepterer han, på grunn av hans adferd. Han er utestengt fra sosiale fellesskap på grunn av dette, selv om han nå opplever noe økende inkludering. Henrik oppfatter altså at andres holdning til han i hovedsak er negativ, og han måler sannsynligvis sin egen verdi i forhold til dette, noe som tilsier et negativt element for hans selvbylde. Kristine har også veldig lite kontakt med venner. Hun forteller at hun har trukket seg tilbake, ikke tatt telefonen. Hun knytter det til at hun ikke har hatt jobb, bor avsides, og blir sittende inne å tenke. Mindreverdighet er en følelse Kristine beskriver, når hun er sammen med andre voksne og sammenligner seg med dem, noe som gjør at hun trekker seg unna. Når Kristine sammenligner seg med andre og inntar andres holdninger eller perspektiver, så vurderer hun at hun selv at hun ikke når opp på samme nivå som andre. Dette gjør at hun har en holdning til seg selv som mindreverdig andre. Noe som er et negativt element for hennes selvbylde. Kristine har ikke tidligere manglet venner eller blitt utestengt fra sosiale fellesskap av andre, men har selv begynt å trekke seg unna, eller holde seg utenfor.

4.3.3 Mobbing i barne- og ungdomsårene

Både Henrik, Hilde og Marius forteller om utestenging fra sosiale fellesskap og vennskap i barne- og ungdomstiden, og både Hilde og Marius forteller at de ble mobbet. Dette tilsier at de opplevde manglende aksept og likeverdig behandling fra jevnaldrende i oppveksten. At de

forteller om disse opplevelsene når temaet omhandler vennskap som voksen med ADHD, tyder på at de tidligere opplevelsene fortsatt lever i dem. Marius forteller:

”Når jeg var barn så hadde jeg jo mindre venner generelt, for det var jo enkelte personer i området som hadde lagt meg for hat av grunner jeg ikke vet noe om egentlig. Ja, det ble på en måte spredt da, så det var omtrent ingen som ville ha noe kontakt med meg generelt” (Marius).

Marius var altså utestengt fra vennskap og sosiale fellesskap i barndommen, uten at han visste hvorfor. Han oppfattet andres negative holdninger til han, og han var altså ikke akseptert av andre til å bli venn eller kunne innlemmes i sosiale miljøer, og ble ikke likeverdig behandlet av andre. Som voksen har Marius venner, og han forteller om gode relasjoner. Som nevnt forteller han at med vennene har han det morsomt, og han er ofte midtpunkt. Med dette er han altså akseptert av andre voksne og likeverdig behandlet til å kunne være en venn og delta i et sosialt miljø. Han får positive innspill fra venner som tilsier positive bidrag til hans selvbylde.

Hilde gir uttrykk for at hun opplevde å være annerledes i oppveksten, og fikk ikke forståelse fra andre, så hun trakk seg unna andre på samme alder. Hun ble mobbet i hele barneskolen, så hun følte seg ikke verdsatt. Hun fikk diagnosen som voksen, og forteller at hun i dag har noen få og gode venner. Hun sier at hun har sluttet å være som alle andre vil at hun skal være, og at hun nå er seg selv, og hun har kuttet ut de som ikke takler situasjonen. Hun forteller at hun nå har venner med positive holdninger til henne, og har avsluttet relasjoner med mennesker som har negative holdninger til henne. Noe som sannsynligvis har ført til en økende positiv holdning til seg selv, og bedret selvbylde. Hun aksepterer andre som de er, og da må andre akseptere henne som hun er. Fordi Hilde var annerledes i oppveksten så ble hun altså ikke akseptert og sett som likeverdig av sine jevnaldrende og hun ble derfor utestengt fra vennskap. Som voksen er hun inkludert i vennskap, men hun har ikke endret seg selv for å få til dette. Hun har funnet mennesker som har positive holdninger til den personen hun er.

4.3.4 Konflikt

En utfordrende måte å kommunisere på kan skape vanskeligheter i vennerelasjoner. Ingrid er den eneste av informantene som forteller at hun har en måte å kommunisere på, som skaper utfordringer i relasjoner med venner. Hun forteller at hun har noen få gode venner som hun har hatt lenge. I tillegg får hun lett nye gode venner, som så blir uvenner. Vennskap opphører

fordi de andre blir sliten, fordi hun er for intens og konfronterende i sin kommunikasjon, forteller Ingrid. Dette aksepteres ikke av andre, og det blir konflikter. Hun sier:

”Jeg skjønner jo at jeg provoserer frem ting mer enn andre” (Ingrid).

Ingrid beskriver mange tidligere og flere pågående konflikter med venner. Ingrid sier at hun forstår at hun selv kan kommunisere på en provoserende måte, men hun opplever likevel konfliktene som belastende. Ingrid sier at hun er veldig sliten av å komme i konflikt med andre hele tiden. Hun sier, at mye av årsakene til konfliktene ligger hos henne. Hun prøver å endre seg, men sier at det er vanskelig for henne å gjøre noe med det, for hun er så impulsiv. Dette gjør at andres holdning til henne blir negativ i følge Ingrid, de kan ikke akseptere at hun provoserer så mye, og er så intens. Dette vil påvirke Ingrid sin holdning til seg selv og selvbilde på en ugunstig måte. Ingrid forklarer sine utfordringer med impulsivitet og intensitet med diagnosen ADHD, og forteller at hun ikke har kontroll, siden hun ikke rekker å reagere før det er for sent. Hun plasserer altså sine utfordringer i seg selv som sykdom. Samtidig har hun hatt noen få vennskap over lang tid, noe som sannsynliggjør at hun da har hatt kontroll i vennskap. Ingrid forteller ikke hva det er som har bevart noen vennskap. Imidlertid viser dette at noen personer har hatt positive holdninger til henne over tid, noe som vil være positivt for hennes holdning til seg selv over tid, og hennes selvbilde. I ettertid sees det at det hadde vært interessant med en oppfølging av dette spørsmålet.

Som nevnt er nesten alle informantene åpen til nære venner om diagnosen, noe som også gjelder for Ingrid, de er altså ikke redd for å bli stigmatisert av venner. For andre skjuler hun delvis diagnosen, hun bruker altså mestringsstrategier for å unngå stigmatisering. Hun sier at det likevel kan komme frem, og så blir det veldig feil. Som for eksempel da en venninne fortalte, at noen andre hadde sagt:

”Ingrid må jo ha Asberger eller noe, hun er jo helt gal” (Ingrid).

Ingrid forsøker seg på tildekking av diagnosen som en mestringsstrategi, men dette mislykkes da andre kommuniserer at noe må være galt med henne, og uttrykker negative holdninger til hennes adferd.

Åtte av informantene oppgir altså å ha relasjoner til venner, selv om flere oppgir at de kun har noen få venner. En av informantene i undersøkelsen oppgir utfordringer i relasjoner med venner i nåtid, men flere oppgir utfordringer i fortid, både med mobbing og utestenging. De fleste av de voksne har hatt noen stabile og positive venneforhold over tid, og stabile venner

både før og etter at de fikk diagnosen. Når informantene opplever positive stabile holdninger fra venner, vil dette være positivt for holdninger til seg selv, og for selvbildet.

4.4 Erfaringer med ordinært arbeid

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere hvilken tilknytning informantene har hatt til ordinært arbeid, altså arbeid på ordinære vilkår. Videre vil jeg presentere ulike forhold som gjelder samhandling med arbeidsgivere og kollegaer på tidligere arbeidsplasser, som kan ha betydning for informantenes selvbilde. De resultatene som blir presentert i så måte har blitt funnet til å omhandle tema som tilknytning til ordinært arbeid, samt funksjon og prestasjon.

De fleste informantene har hatt en begrenset tilknytning til ordinært arbeid. Tidlig avsluttet skolegang kan medføre at yrkesvalgene blir begrenset, noe som kan være et hinder for å oppnå et interessant arbeide, som igjen kan føre til økte vanskeligheter med tilknytning til arbeid. Av informantene har de fleste gått på videregående skole. Noen mangler noen fag for å ha fullført videregående, mens to har oppnådd fagbrev. En avsluttet skolen på ungdomstrinnet. En har påbegynt høyere utdanning som ble avbrutt, og en har tatt noen emner innen høyere utdanning. Totalt sett er altså videregående skole det høyeste ferdigstilte utdanningsnivå for informantene. Dette påvirker hvilke yrker informantene har hatt tilgang til.

4.4.1 Tilknytning til ordinært arbeid

Blant informantene er det kun Marius som aldri har hatt noe ordinært arbeid. Heller ikke Henrik har hatt særlig grad av tilknytning til arbeid. Han avsluttet skolen tidlig, og har i hovedsak etter dette vært uten ordinært arbeid. Han gikk som avisbud for noen år tilbake. Han forteller at han gikk lei denne jobben etter en stund, da det var kaos med rutene, og han avsluttet jobben. Fredrik har også hatt begrenset med arbeid. Han hadde ordinær jobb noen få måneder. Han forteller at denne jobben fungerte ikke for han, da alle de andre i arbeidsgruppen var fremmedspråklige, og han følte seg ekskludert fra arbeidsmiljøet av den grunn, slik at han sluttet. De tre mennene i utvalget har altså hatt begrenset med ordinært arbeid. De er imidlertid i den yngste alderskategorien i utvalget, slik at det er relativt få år siden de avsluttet videregående skole. Unntatt Henrik som avsluttet skolen tidlig, og har vært uten arbeid over flere år. De tre mennene i tillegg til Gunn er også de av informantene som fikk diagnosen som barn. De resterende informantene har imidlertid heller ikke hatt noen sterk tilknytning til ordinært arbeid, selv om de har hatt noe større aktivitet enn de yngste informantene. Dette unntatt en av informantene som har hatt ordinært arbeid over flere år.

Den som har hatt svakest tilknytning til ordinært arbeid av de eldste informantene er Kristine. Hun har hatt tre jobber, hvor en var en stabil fast jobb med varighet på 2 år, men dette er mange år siden. En jobb var av mer variabel karakter hvor hun hadde noen vikariater, og i den siste jobben ble hun raskt oppsagt på grunn av nedbemanning. Den faste jobben sa hun opp fordi hun skulle flytte til utlandet, men hun hadde ingen konkrete planer om å flytte, så hun dro aldri. Hun forteller at dette er typisk henne, hun betegner seg selv som impulsiv, og at hun har vært for rastløs til å slå seg til ro i jobb. Når hun var i rutinen med å møte på jobb og utføre gitte oppgaver, så gikk dette greit i følge Kristine. Hun liker og fungerer med praktiske rutineoppgaver sier hun, men samtidig kan slike oppgaver bli kjedelige, så hun blir rastløs. I følge Kristine er det altså hennes rastløshet og impulsivitet som gjør det utfordrende for henne i ordinært arbeid, noe som førte til at hun ekskluderte seg selv fra en tidligere jobb. Rastløshet og impulsivitet er adferd som Kristine knytter til diagnosen, slik at hun definerer altså sykdom som årsaken til at hun ikke fungerer i jobb.

4.4.2 Funksjon og prestasjon

Informantene forteller om utfordringer med å fungere og prestere på et nivå som arbeidsgiver og de selv ønsker og forventer for å kunne utføre en jobb. Det er kun en av informantene i utvalget som forteller om tidligere erfaringer med ordinært arbeid hvor hun har erfart at hun har fungert i jobben. Gunn har hatt to ordinære jobber, og hun forteller:

”På begge plassene fikk jeg tre permer som jeg fikk beskjed om å lese, og da kjente jeg litt på det, at nå. Så jeg sa, at jeg kan ikke gå gjennom det her i ett, jeg må ta litt og litt, og jeg må gå gjennom det flere ganger. Det var greit” (Gunn).

Gunn sier at hun har dårlig hukommelse, noe hun selv setter i sammenheng med sin ADD, men som også kan sees i lys av andre forklaringer. Hun visste med seg selv at hun ville trenge lenger tid enn vanlig for å kunne opparbeide seg den påkrevde kunnskapen for å kunne utføre jobben. Dette formidlet hun til arbeidsgiverne, og hun fikk altså en positiv respons på arbeidsplassen, at det var greit, at hun trengte noe lengre tid på permene. Arbeidsgiver kommuniserte da en positiv holdning til Gunn sitt behov, og innenfor rammene på disse arbeidsplassene så var ikke målene for å prestere så strenge, at dette ble vanskeliggjort ovenfor Gunn. De positive holdningene Gunn ble møtt med, førte sannsynlig til at hun også så mer positivt på seg selv, og var positivt for selvbildet. Gunn fikk altså sosial hjelp i miljøet til å løse utfordringene med sin sykdom, noe som også viser at dette kan sees som en sosial konstruksjon.

Stine forteller at hun tidligere har hatt ordinære jobber, men kun noen små stillinger. Nå har hun ønsket seg jobb ganske lenge. I følge Stine så er hun selvstendig og flink i jobb, når hun har lært seg jobben. Hun trenger imidlertid lang tid på opplæring forteller hun, og blir fort stresset hvis hun kommer under press. Stine sier at hennes utfordringer i jobb har sammenheng med hennes ADHD og medfølgende konsentrasjonsvansker, hun trenger litt lengre tid enn andre på å lære seg oppgavene. Hun forteller altså at det er adferd som hun knytter til ADHD som er bakgrunnen for hennes utfordringer. Hun har altså en medisinsk forståelse av egen adferd. Når Stine mener sosial hjelp i miljøet vil hjelpe henne til å løse utfordringene med sykdom, betyr at dette også kan sees som en sosial konstruksjon. At hun sammenligner seg med andre og ser at hun trenger lengre tid på opplæringen bidrar sannsynligvis til å påvirke hennes holdning til seg selv på en ugunstig måte. Stine forteller at det i tidligere arbeid ikke har vært gitt henne den tiden som hun har hatt behov for i opplæringen. Hun sier at sjefene har vist en holdning, med forventninger om at hun skulle prestere i jobben tidligere enn hun har mestret. Det har vært lagt press på henne, og sjefene har vært strenge i forhold til dette, sier hun. Noe som sannsynligvis kan ha vært utfordrende for hennes holdning til seg selv og hennes selvilde. På grunn av dette ønsker hun en lengre opplæringsperiode gjennom arbeidspraksis på arbeidsplass. Hun kan da få tid på seg til å gjøre oppgaver alene, og til å gjøre en god nok jobb, sier hun. At hjelp i miljøet bidrar til å løse hennes utfordringer med ADHD, tyder på at utfordringene kan sees som en sosial konstruksjon. Stine ønsker altså å ha en arbeidspraksis uten ordinære vilkår, som blant annet lønn. Hun sier altså at hun må jobbe sammen med en opplæringsansvarlig for en lengre periode, før hun blir selvstendig i jobb. Stine sine tidligere sjefer i ordinært arbeid har altså kommunisert, og vist en holdning om at hun ikke presterer i ordinært arbeid slik de ønsker, de har forventet mer av henne. Hun har altså tidligere prøvd å oppnå ordinært arbeid på vanlig måte, men gir nå uttrykk for å ha gitt opp dette.

Likt Stine har også Liv tidligere hatt noe, men begrenset tilknytning til ordinært arbeid, og på spørsmål om hvordan det har fungert i ordinært arbeid forteller hun:

”Det fungerte til en viss grad, men der jeg jobbet i den perioden så ble jeg tatt på for mye arbeid, og så ble det bare mer og mer” (Liv).

Liv forteller altså at arbeidsmengden var en utfordring i tidligere jobb, og hun fikk mer arbeid enn hun kunne mestre. Hun klarte ikke å ha et høyt nok tempo til å utføre jobben, i følge Liv. Det at hun ikke mestret arbeidsmengden, kan også benevnes som at hun ikke fungerte eller

presterte godt nok i forhold til den gitte arbeidsmengden, i forhold til arbeidsgivers mål. Det kom ikke frem på hvilken måte Liv avsluttet på denne arbeidsplassen. Det kom heller ikke frem om Liv hadde vært åpen om sin diagnose ved denne bedriften, og om det hadde vært noen form for kommunikasjon mellom Liv og arbeidsgiver om hennes arbeidsmengde. Uansett, så ble ikke dette et arbeid som Liv ble værende i. Utfordringene i ordinært arbeid knytter Liv til egen diagnose og utfordringer med adferd som i følge Liv kan sies å omhandle tempo. Underforstått sier Liv at hvis hun hadde hatt mindre arbeidsmengde så ville hun kanskje fungert i jobben. Altså at sosial hjelp til å løse utfordringen med sykdom ville bedret funksjonen hennes, noe som viser at dette også kan sees som en sosial konstruksjon. I ettertid så sees det at det ville vært gunstig med oppfølgingsspørsmål i forhold til overnevnte uklarheter, som gjelder åpenhet og kommunikasjon i dette arbeidsforholdet. På en annen arbeidsplass så skjulte Liv sin diagnose, dette for å unngå stigmatisering. Hun forteller:

”På en arbeidsplass så nevnte jeg ikke at jeg hadde ADD, jeg ville ikke bli sett på som noe annet” (Liv).

Da hun på en annen arbeidsplass ikke nevnte at hun hadde diagnosen, av bekymring for å bli sett på som noe annet, betyr dette at hun sannsynligvis tidligere har opplevd negative holdninger, i tilknytning til sin diagnose. At dette også ga henne negative holdninger til seg selv, og at hun ble stigmatisert. På grunn av dette ønsket hun senere å skjule diagnosen i et arbeidsforhold av redsel for stigmatisering, altså benytte mestringsstrategier.

For Ingrid har tidligere ordinært arbeid vært knyttet til utfordringer når det gjelder samhandling og kommunikasjon med andre på arbeidsplassen. Hun har hatt et ordinært arbeidsforhold over noen måneder. I tillegg har hun hatt flere sommerjobber, og forteller:

”Det har vært ingen av de arbeidsgiverne som nødvendigvis ville ha hatt meg tilbake, uten at jeg ønsker å gå inn på det. Sånn i forhold til inni her (holder håndflaten over hjertet), så vil jeg helst ikke gå inn på det. Det skyldes personlige relasjoner, som gjør at det ikke går helt bra” (Ingrid).

Når Ingrid forteller om, det som kan betegnes som nedsatt funksjon og prestasjon i ordinært arbeid, så nevner hun ikke at hun har utfordringer med å utføre de gitte arbeidsoppgavene på tidligere arbeidsplasser, men det omhandler hennes evne til kommunikasjon. Ingrid har oppfattet at tidligere arbeidsgivere har kommunisert en holdning som tilsier at Ingrid ikke er ønsket tilbake til arbeidsplassene. Dette signaliserer Ingrid at er vondt for henne. Hun har

oppfattet arbeidsgiveres holdninger til henne, og tatt disse til seg, noe som sannsynlig har vært utfordrende for hennes selvbilde. Ingrid sier at de nevnte utfordringene som har med relasjoner å gjøre, omhandler hennes egen reduserte evne til kommunikasjon å gjøre, noe hun setter i sammenheng med diagnosen. Hun forteller at hun ikke presterer å si ting på en riktig måte, og ikke har nok filter til å håndtere ulike situasjoner, slik at det ofte blir konflikter. Med dette sier hun altså at vanskelighetene i ordinært arbeid har med henne selv å gjøre, og definerer problemet til å ligge i henne selv som sykdom. Hun har altså en medisinsk forståelse av sin adferd.

For Anne har utfordringen i ordinær jobb handlet om at hun har hatt mye energi og jobbet for mye. Anne har vært i ordinær jobb i flere år, med ulike jobber. Hun forteller at hun har kjørt seg hardt i forhold til arbeid, slik at det til slutt ble for mye for henne, og hun brøt sammen. Å sette egne grenser for hvor mye hun selv hadde kapasitet til å jobbe var altså en utfordring for henne. Hun har jobbet i bransjer hvor det har vært krav til høyt tempo og produktivitet, og hun har jobbet under omstendigheter som har ført til at hun omtrent kunne jobbe grenseløst. Anne forklarer at hun har mye energi, som er en adferd hun selv knytter til ADHD, noe som gjorde at hun kunne jobbe mye. I forhold til kommunikasjon i ordinær jobb sa Anne:

”Alt det private holdt jeg for meg selv, for ikke så blir det for mye for de andre også vet du. Så du må stenge helt av, og det er jo ulempen da, at du tør ikke være deg selv, for da veit du at du blir for mye” (Anne).

Anne vet at det blir for mye av henne, hvis hun er seg selv. Siden hun selv er bevisst dette, har hun sannsynligvis opplevd at det har vært for mye av henne tidligere. Konsekvensen har blitt til at hun har stengt helt av, og hun tør altså ikke å være seg selv. Noe som kan tyde på at hun er redd for stigmatisering. Hun setter altså strenge grenser for egen kommunikasjon ovenfor andre. Når det gjelder både energibruk og kommunikasjon i jobb har Anne altså ikke fungert og prestert å kunne sette grenser på en god måte, noe som førte til at hun til slutt brøt sammen. Hun forteller at det var dette som gjorde at hun skjønnte at noe var galt, og hun ble utredet og fikk diagnosen ADHD. Hilde har jobbet på flere ordinære arbeidsplasser, og forteller at hun har blitt dårlig behandlet, men på den ene arbeidsplassen hun jobbet ble hun behandlet spesielt dårlig (intervjuers oppfølgingsspørsmål i kursiv):

”Ja for det var jo det at jeg var litt mer ærlig og litt mer frittalende enn det de forventet. *Og det ble ikke greit for dem?* Nei, da ble jeg veldig dårlig behandlet. Jeg ble trakassert i 5 år” (Hilde).

Hun sier videre at litt av hverdagen med ADHD, er manglende forståelse for å være annerledes. Det at hun er frittalende og ærlig sier Hilde er adferd knyttet til ADHD, noe som tilsier at hun har en medisinsk forståelse av sin adferd. Hun forteller ikke om arbeidsgiveren tolket adferden hennes som frittalendehet eller som ADHD. Arbeidsplassen hadde altså en holdning til henne som tilsa at hun ikke fungerte slik som de ønsket i forhold til kommunikasjon og adferd, noe som sannsynligvis var utfordrende for Hilde sitt selvilde. Hilde gir imidlertid uttrykk for at en må kunne forvente at en arbeidsgiver også må kunne tilpasse seg sine ansatte, at det ikke er bare hun som må tilpasse seg en arbeidsplass. Selv om Hilde knytter sine utfordringer i arbeid til det hun sier er adferd som følger av ADHD, er hun den eneste av informantene som gir uttrykk for at en arbeidsgiver sine holdninger, og vurderinger av hvordan en arbeidstaker fungerer, nødvendigvis ikke er det eneste rette. Hun gir uttrykk for at arbeidsplassen også kan tilpasse seg og ta hensyn til sine arbeidstakere. Samtidig sier Hilde at sosial hjelp fra arbeidsgiver, at arbeidsgiver hadde tilpasset seg henne, kunne bedret hennes funksjon og altså bidratt til å løse hennes utfordringer med sykdom. Noe som også tilsier at sykdommen også kan sees som en sosial konstruksjon.

Samlet sett viser resultatene at alle informantene har lav tilknytning til ordinært arbeid. Av de informantene som har hatt ordinært arbeid, så knytter alle informantene sine utfordringer i ordinært arbeid til det de benevner som adferd knyttet til diagnosen ADHD. Informantene har altså en medisinsk forståelse av egen adferd. Kun en av informantene viser til positiv opplevelse tilknyttet ordinært arbeid. Adferden som blir nevnt av informantene som utfordrende i arbeid varierer mellom, nedsatt hukommelse og konsentrasjon, for lavt tempo, for høyt energinivå, og utfordrende kommunikasjon. Holdninger og kommunikasjon som stort sett kommer til uttrykk fra tidligere arbeidsgivere, kan sies å omhandle at informantene innehar en lavere funksjon og viser lavere prestasjoner, enn hva arbeidsgiver ønsker. Holdningene blir oppfattet av informantene, og vil ha en negativ effekt på deres syn på seg selv, og deres selvilde. De fleste informantene uttrykker seg også på en slik måte som tilsier at de selv også ser at de ikke fungerer og presterer slik arbeidslivet ønsker. Dette oppfatter de gjennom andres holdninger og gjennom å sammenligne seg med andre. Bare en av informantene uttrykker at grensene og forventningene som er konstruert av arbeidsgiver, ikke nødvendigvis er det eneste riktige svaret, når det kommer til ulike forhold på arbeidsplassen eller i arbeidslivet. Noen av informantene nevner også utfordringer med å bli behandlet eller føle at de er annerledes, i relasjon til arbeid. Flere sier at sosial hjelp på arbeidsplassen til å løse utfordringer med adferd, altså sykdom, ville hjulpet dem til å fungere bedre i arbeid. Noe

som betyr at utfordringer med adferd knyttet til ADHD som påvirker funksjon og prestasjon i arbeidslivet, også kan forstås som en sosial konstruksjon.

4.5 Erfaringer med arbeid eller aktivitet gjennom tiltak i arbeidsmarkedsbedrift

Når informantene er i arbeid eller aktivitet gjennom tiltak i arbeidsmarkedsbedrift betyr det som tidligere nevnt at de i denne sammenhengen er i arbeidspraksis internt i arbeidsmarkedsbedriften, i arbeidspraksis eksternt i ordinær bedrift, eller på AMO kurs. På intervjutidspunktet var det fire av informantene som var i praksis i ordinær bedrift, fire som var i praksis internt i arbeidsmarkedsbedriften, og to som deltok på AMO kurs. For enkelhets skyld benevnes de ulike arenaene for praksis eller kurs, videre under dette punktet i hovedsak som praksis. Jeg vil under dette punktet presentere ulike forhold som i hovedsak gjelder kontakten med personer som informantene møter i praksis, og som kan gi erfaringer som har betydning for informantenes selvbilde. De resultatene som er funnet omhandler tema som gjelder samhandling og tilrettelegging på praksisplassen.

4.5.1 Samhandling

Det er variasjon i samhandlingen informantene innehar på sine inneværende praksissteder. De fleste informantene opplever kommunikasjonen og holdningene fra andre personer hvor de er i praksis som positive. Det er imidlertid også noen som opplever utfordringer i samhandlingen med andre.

Stine er i praksis på en ordinær arbeidsplass og forteller at det er utfordrende i praksis når andre hvisker bak ryggen din om hvorfor du er der, og hvilke hensikter du har med å være akkurat der, og kan tenke at hun er ute etter jobbene deres. Stine sier at hun har følelsen av at andre ansatte har mistanke mot henne, hun oppfatter altså negative signaler og holdninger mot seg fra andre ansatte. Stine oppfatter disse holdningene, noe som vil være utfordrende for hennes selvbilde. Stine forteller:

”Tidligere har det jo vært lurt veldig på hvorfor jeg kommer, hvor jeg kommer fra. Det er jo ikke det første man forteller, hvorfor man er der, det er ikke noe artig å komme til en arbeidsplass og komme gjennom arbeidsmarkedsbedriften. I hvert fall ikke når du er funksjonsfrisk på så mange måter, at det ikke er en synlig fysisk feil med deg, så er det ikke noe veldig artig” (Stine).

Hun uttrykker at hun er bekymret for å få negativ kommunikasjon og holdninger fra andre ansatte hvis de får vite hvorfor hun er der, at de vil være negativ i forhold til hennes diagnose og hennes adferd. Hun opplever allerede at de er mistenksomme mot henne, og derfor dekker hun over sin diagnose ovenfor andre ansatte. Hun dekker altså over diagnosen i redsel for stigmatisering.

Ingrid er i praksis i en av avdelingene til arbeidsmarkedsbedriften, og møter noen av de samme utfordringene i praksisen som hun gjorde i ordinært arbeid. Hun forteller at hun kommer i konflikt med andre som er i praksis på samme arbeidsplass, og også med kunder. Hun synes dette er vanskelig. Hun forteller at hun også på denne arenaen har utfordringer med kommunikasjon og relasjoner. Ofte kan hun forstå at hun provoserer andre, slik at kommunikasjonen blir vanskelig forteller hun. Andre personer som er i praksis, og noen kunder, utviser en negativ kommunikasjon og holdning til henne på grunn av dette, i følge Ingrid. De negative holdningene Ingrid oppfatter at andre har til henne er negativt for hennes oppfattelse av seg selv og hennes selvbilde. Noen ganger rekker hun ikke å tenke seg om, før konflikten er et faktum. Det er imidlertid vanskelig for henne å komme så mye i konflikt med andre, sier hun. Konflikten er belastende for henne, og hun ønsker ikke å ha det slik. Adferd knyttet til kommunikasjon er det som gir utfordringer med konflikter på praksisplassen, i følge Ingrid. For Ingrid er altså utfordringer med kommunikasjon et tegn ved diagnosen. Utfordringen hun møter i praksis tilegner Ingrid altså til å ligge i henne selv, og hun sier at det er knyttet til diagnosen. Hun har en medisinsk forståelse av egen adferd. De fleste informantene forteller imidlertid om positiv samhandling mellom dem selv og personer på den praksisen hvor de jobber.

4.5.2 Tilrettelegging av arbeidet

Det er ved inntak og underveis i tiltaket, i dialog mellom rådgiver ved NAV, veileder i arbeidsmarkedsbedriften, og informantene, sett på behovet for tilrettelegginger i arbeidssituasjonen for informantene, sett på hvilke tilrettelegginger dette er, og hvordan disse fungerer. Behov for å få tilrettelagt arbeidet, på den arbeidsplassen de er i praksis, kommer til uttrykk fra alle informantene, unntatt en. Dette innebærer at praksisplassene legger til rette i arbeidssituasjonen til informantene, slik at det altså er omgivelsene til informantene som legger til rette slik at informantene kan fungere i et arbeide på en praksisplass.

Informantene beskriver variasjon i adferd som gir et behov for tilrettelegginger på praksisplassen for dem selv. Holdningene informantene beskriver å oppleve fra andre ansatte

på praksisplassen oppleves i hovedsak som positive, noe som vil være positivt for informantenes selvbilde. Henrik sier at det går ganske bra i praksisen, da sjefen tar hensyn til hva det er som skiller han fra andre:

”En vanlig arbeider tar seg ikke fem ekstra pauser i løpet av en arbeidsdag i tillegg til matpausen, men de dagene jeg har behov for det så tar sjefen hensyn til det, og lar meg få lov til det” (Henrik).

Henrik sier at han trenger de ekstra pausene, på grunn av fall i konsentrasjonen. Når han tar pauser får han hvilt seg, og slik blir konsentrasjonen bedre igjen. Sjefen tar hensyn til dette, og viser dermed en positiv holdning til Henrik sitt behov. Henrik legger merke til at sjefen tar hensyn til hans behov, noe han synes er bra. Dette vil være gunstig for Henrik sitt selvbilde. Det er altså ikke Henrik som trenger å endre adferd, men sjefen viser altså en positiv holdning til Henrik sine behov, og legger til rette for det i arbeidssituasjonen. Det er ikke fokus på hva som ikke fungerer, men å legge til rette slik at ting kan fungere. Det gjøres altså endringer i miljøet slik at adferd som knyttes til diagnosen ikke blir så utfordrende i forhold til å fungere på praksisplassen. Samtidig kan det sees at behovet for tilrettelegging knyttes til Henrik sin adferd som knyttes til hans diagnose. Det er Henrik sitt fall i konsentrasjon som er adferd som knyttes til ADHD, som gir behovet for tilretteleggingen. Det samme kan sees i forhold til de andre informantene, at det søkes å legge til rette på ulike vis, slik at informantene kan fungere og prestere i en jobb på en praksisplass. Det gjøres endringer i miljøet som gjør at adferd som blir knyttet til diagnosen får mindre betydning. Samtidig blir behovet for tilrettelegginger knyttes til deres ADHD diagnose, slik at tilretteleggingen bekrefter at deres utfordringer med adferd er knyttet til ADHD. At informantene får sosial hjelp i miljøet til å løse utfordringer de har med adferd som blir knyttet til diagnosen, altså løse sykdom. Viser også at dette kan sees som en sosial konstruksjon. Som nevnt forteller Stine om det som hun oppfatter er negative holdninger fra kollegaer på praksisplassen hun jobber. Imidlertid sier Stine at det også er fint å være i denne praksisen, for dette kan mulig gi henne ordinært arbeid der på sikt:

”Sånn sett er det fint, for jeg har det greit der jeg er, og jeg kommer og går som jeg vil så lenge jeg har timene mine. Ja, jeg har en fleksibel arbeidsgiver. Jeg bestemmer litt selv, for jeg går jo bare oppå” (Stine).

Stine formidler at det vil bli annerledes når jobben blir ordinær. Da må hun forholde seg til de gitte betingelser på arbeidsplassen, lik de andre ansatte. Imidlertid har hun til nå fått tid til å lære seg jobben. Hun opplever en positiv fleksibilitet og kommunikasjon fra arbeidsgiver sin

side, i forhold til at hun trenger lengre tid i opplæringen siden hun har ADHD. Noe som vil være positivt for Stine sin holdning til seg selv, og hennes selvbilde. Hun går bare oppå de andre ansatte, noe som betyr at hun er der i tillegg til de andre ordinært ansatte, og ikke har lønnet arbeid fra bedriften. Slik sett har ikke arbeidsgiver hatt noen lønnskostnader på henne i opplæringsperioden, da hun får stønad fra NAV. Av de fire informantene som er i praksis på ordinær bedrift, er det kun Stine som er forespeilet ordinært arbeid på praksisplassen hvor hun jobber, når perioden i praksis er over. Tilretteleggingen Stine nå har i denne jobben, vil altså forsvinne når jobben blir ordinær, da vil det bli samme krav til funksjon og prestasjon til henne som det er til andre ansatte. For Stine så er dette greit siden hun i praksisperioden har fått tid til å lære seg jobben, og hun formidler at hun ikke har behov for tilrettelegging av arbeidet på sikt. Siden sosial hjelp i miljøet på arbeidsplassen har bidratt til å løse utfordringen med sykdom for Stine, slik at hun nå presterer og fungerer til å kunne jobbe på ønskelig nivå, betyr også at dette kan sees som en sosial konstruksjon. Liv er i praksis på en ordinær arbeidsplass, og forteller at hun har det bedre med hvordan ting fungerer på praksisplassen enn hva det gjorde når hun var i ordinært arbeid:

”Der er det ikke fulle dager. Ja, der er de veldig nøye, de vet at jeg har ADD og er opptatt av å spørre om at jeg ikke har tatt på meg for mye. Det er veldig greit, da blir dagene lettere for meg og det går ikke ut over jobben jeg gjør da. De er veldig flinke å tilrettelegge og når de ser at jeg sliter med ting, så får jeg litt bedre forklart, eller, jeg føler meg trygg da uansett om jeg ikke henger med like fort” (Liv).

For Liv blir det lagt til rette i forhold til stillingsprosent, arbeidsmengde, og at hun får forklart ting bedre ved behov, som hun beskriver som sine behov som en følge av diagnosen. Det er altså miljøet som legger til rette for at Liv fungerer i jobb. Hun får altså sosial hjelp til å løse sykdom, som altså viser at dette kan sees som en sosial konstruksjon. Hun opplever arbeidsgivers holdninger som positive, noe som er positivt for hennes selvbilde. Liv formidler ikke at hennes behov for tilrettelegginger er midlertidige. Det er også her arbeidsgiver som legger til rette, og viser slik en positiv holdning til Liv sine behov. Slik Liv beskriver det, så er arbeidsgiver observant og ser når det er behov for en ekstra innsats fra deres side. Det blir imidlertid ikke ordinær jobb for Liv ved bedriften etter endt praksis.

Behovet for tilrettelegging i en arbeidssituasjon er også til stede for Ingrid. I forhold til de praktiske arbeidsoppgavene så forteller hun at hun begynner på mange oppgaver, men liker ikke å fullføre oppgaver, og at det handler om hennes adferd som omhandler impulsivitet,

som hun knytter til diagnosen ADHD. Ingrid sier at hun ikke orker jobbe med det samme noe lenge av gangen før hun må bytte oppgaver. Hva som er så bra med å jobbe i praksisen er at hun kan skifte arbeidsoppgaver når hun vil det sier hun. Det er altså kommunisert i praksisen at det kan diskuteres skifte i arbeidsoppgaver, ettersom Ingrid har behov for det grunnet sin impulsivitet. Dette tilsier en positiv holdning til Ingrid sine behov fra arbeidsgiver sin side, og at arbeidsgiver legger til rette for Ingrid sitt behov. Hun sier selv at hun fungerer og presterer greit med oppgavene, når hun selv kan være med å bestemme hvilke oppgaver hun skal utføre. Når miljøet legger til rette så fungerer altså Ingrid bedre i praksisen. Dette betyr altså at sosial hjelp løser sykdom, noe som betyr at dette også kan sees som en sosial konstruksjon. For Anne er annen adferd utfordrende i arbeid. Anne har tidligere hatt et langvarig høyt tempo i arbeidslivet, før hun til slutt brøt sammen. Hun gir uttrykk for at hennes høye tempo har sammenheng med høyt energinivå, og at dette er adferd som har sammenheng med hennes ADHD. Noe som tilsier en medisinsk forståelse av egen adferd. I samråd med praksisplassen skal hun nå lære seg å ta det mer med ro. Hun holder på å lære seg å ta pause fra arbeidet, hun skal forholde seg til en bestemt arbeidstid, og hun skal ha noen gitte arbeidsoppgaver. Med dette opplever Anne at arbeidsgiver på praksisplassen tar hensyn til hennes utfordringer som følger med hennes adferd. Hun opplever en kommunikasjon som er støttende og hjelpsom, og en holdning som er positiv ovenfor henne. Den positive holdningen hun opplever vil kunne være positiv for hennes holdning til seg selv, og hennes selvbylde. Anne formidler at hun fungerer og presterer greit i jobb med de gitte tilretteleggingene, men at hun fortsatt jobber med å finne ut av hva hun kan mestre. At hun får sosial hjelp til å fungere greit i jobb, altså til å løse utfordringene med sykdom. Viser også at utfordringene med adferd kan sees som noe annet enn sykdom, og betyr at den medisinske forståelsen av adferd kan sees som en sosial konstruksjon.

Marius beskriver sitt behov for struktur som et tegn ved diagnosen, noe som gjør at han ikke fungerer og presterer i jobb, og som gir et behov for tilrettelegging. Marius gir uttrykk for å trives på sin praksisplass, både i forhold til arbeidsoppgaver og i forhold til det sosiale. Han har fått en timeplan, sånn at han vet hva han skal ta seg til om dagene. Der er det generelle punkter over hva han skal jobbe seg igjennom utover dagen. Marius sier:

”For jeg fikk en tendens til ikke, jeg klarte ikke å tenke meg til ting å gjøre, så jeg gikk formålsløst rundt og kopa” (Marius).

Praksisplassen har altså kommunisert en aksept av Marius sitt behov for hjelp til å finne verktøy som gjør det lettere for han i en arbeidssituasjon, da han trenger bistand til å strukturere arbeidshverdagen. Dette viser en positiv holdning til Marius og hans behov for tilrettelegging, og den positive holdningen vil være gunstig for Marius sitt selvbilde. Sosial hjelp i miljøet til å løse sykdom, viser også at dette kan sees som en sosial konstruksjon. Marius sier videre at i praksisen så (intervjuers oppfølgingsspørsmål i kursiv):

”Ja, altså jeg fungerer overraskende greit sammen med vanlige mennesker.
Overraskende sier du, hvorfor er du overrasket? Nei, jeg er bare generelt en underlig person, foruten ADHD. Er du det? Ja, eksentrisk er vel et passende ord. Som du har kommet frem til selv? Som har blitt brukt om meg av andre” (Marius).

Marius forteller altså at han i tillegg til ADHD har blitt oppfattet som underlig og eksentrisk av andre. Dette viser at hans adferd kan forstås som annet enn sykdom. At han nå blir overrasket over å fungere greit med vanlige mennesker tyder på at han ikke har forventet å fungere så godt. Dette fordi andre har gitt uttrykk for dette. At han overraskende fungerer greit sosialt, viser at han på praksisplassen har en positiv opplevelse av å fungere sosialt.

Alle informantene forteller lignende historier fra hvor de er i praksis. De møter positiv kommunikasjon og holdninger fra ansatte på praksisplassen, noe som vil være positivt for deres selvbilde. Dette unntatt Stine og Ingrid som har litt delte erfaringer. Resten av informantene gir positive tilbakemeldinger. De beskriver adferd som gir utfordringer med funksjon og prestasjon i arbeidet de gjør i praksis. De knytter sin adferd til diagnosen ADHD, og har altså en medisinsk forståelse av egen adferd. Praksisplassen legger til rette i arbeidssituasjonen, og når informantene får tilrettelegginger, så beskriver de at de fungerer og presterer i arbeid innenfor disse rammene. Sosial hjelp til å løse sykdom, tilsier at dette også kan forstås som en sosial konstruksjon. Praksisplassen påkrever altså ikke at det er informantene som må endre seg, men praksisplassen legger til rette slik at informantene kan fungere og prestere i en arbeidssituasjon. Behovet for tilrettelegginger relateres til informantene sine behov, grunnet adferd som tilknyttes diagnosen. Diagnosen blir altså bekreftet gjennom tilrettelegginger på praksisplassen. Som nevnt er det kun en av informantene som er i praksis i ordinær bedrift, hvor hun er forespeilet ordinært arbeid ved bedriften på sikt. Det er en variasjon i adferd informantene beskriver at de trenger tilrettelegging for, som blant annet behov for struktur, at impulsivitet gir et behov for å skifte arbeidsoppgaver, at utfordring med konsentrasjon gir et behov for lengre tid i opplæring av

oppgaver, at for lavt eller for høyt energinivå gir behov for en lavere stillingsprosent, eller å sette grenser for eget energibruk.

4.6 Stigmatisering

Jeg vil her presentere resultater som viser informantenes refleksjoner om hvilke holdninger de tror andre mennesker generelt sett, har til personer som har fått knyttet sin adferd til diagnosen ADHD. I tillegg presenteres informantenes egne erfaringer knyttet til stigmatisering. Videre vil det presenteres hvilke mestringsstrategier informantene benytter for å håndtere stigmaet. Resultatene presenteres under avsnitt som er benevnt med stigmatiserende holdninger og mestringsstrategier. Noen av resultatene når det gjelder stigmatiserende holdninger og mestringsstrategier er inkludert inn i teksten tidligere i dette kapitlet, og tas derfor ikke med i denne delen av kapitlet.

4.6.1 Stigmatiserende holdninger

Flere av informantene gir uttrykk for at de tror at det varierer hvilke holdninger andre mennesker generelt sett har til personer som har fått diagnosen ADHD. Henrik sier at han tror folk ser det litt ut ifra personlige erfaringer. Han tror at hvis en person har en god erfaring med folk med ADHD, så vil han se positivt på nestemann. Har noen fått en negativ erfaring, så tror han at de vil se negativt på personer med ADHD. Marius tror at det varierer hvordan folk flest ser på personer med ADHD. Han sier at han tror det er mange som ser på det som en styrke, men at det er flere som ser på det som en svakhet. Kristine sier også at hun tror folk mener veldig forskjellig om diagnosen. Hun sier:

”Noen kan jo sikkert tro at det er noe galt liksom. Jeg vet ikke egentlig. Jeg tror mange bare tenker at du har ADHD og så tenker de ikke noe mer over det, mens andre tenker at en er hjerneskadet ” (Kristine).

Henrik og Marius går ikke nærmere inn på hva de legger i begrepene positiv og negativ eller styrke og svakhet, når det gjelder andres erfaringer og holdninger til diagnosen. Kristine gir uttrykk for at noen mennesker kan tenke at personer med ADHD er hjerneskadet. Selv om Kristine også sier at hun tror at enkelte mennesker ikke vektlegger diagnosen i særlig grad, så er det andre som har stigmatiserende holdninger til ADHD. Altså at andre ufordelaktige trekk blir tillagt diagnosen av andre mennesker, og hvor Kristine nevner hjerneskade.

Flere av informantene gir imidlertid uttrykk for at de tror at andre mennesker generelt sett har ensartede negative holdninger til diagnosen. Både Ingrid og Fredrik sier at de tror at andre mennesker generelt tror at folk med ADHD er sinte, og Fredrik sier at han tror folk tenker at det er best å holde seg unna de med ADHD, på grunn av deres sinne og aggressivitet. På grunn av stigmaet ADHD så tror altså Ingrid og Fredrik at de har blitt tillagt ufordelaktige egenskaper som sinne og aggressivitet av andre mennesker. Som tidligere beskrevet er imidlertid Ingrid og Fredrik blant informantene som har beskrevet utfordring med egen adferd som sinne og aggressivitet, noe som har gjort at de har kommet i konflikter med andre mennesker. Slik sett kan det sees at det samsvarer mellom hva Ingrid og Fredrik ser som egen utfordrende adferd som de knytter til ADHD, og hva de tror er andre mennesker sine generelle holdninger til diagnosen.

Både Ingrid, Stine og Gunn tror at andre mennesker generelt sett tror at mennesker med ADHD er veldig urolige folk. For eksempel sier Stine:

”Dem tror jo at du henger i taklampa og er helt hyper. Det er jo det folk tror” (Stine).

Adferd som ofte blir knyttet til ADHD er uro. Å være hyper kan vel sees å være urolig på et høyt nivå når det defineres slik Stine snakker om det, og kan forklares å være en tillagt ufordelaktig egenskap. Gunn tror også at andre tror de med ADHD er veldig urolige:

”Som Duracell-kaniner. Ja som spring tulling og gjør faenskap” (Gunn).

I tillegg til uroen tror hun andre mennesker generelt sett tillegger mennesker med ADHD å være tullinger og gjøre faenskap. Stigmaet ADHD gjør at de blir tillagt disse ufordelaktige egenskapene. Stine sier at grunnen til at andre mennesker har disse antakelsene er at de ikke vet nok om diagnosen.

De fleste informantene oppgir at de ikke har opplevd stigmatiserende holdninger fra andre. Det kan likevel være at de har hørt om stigmatiserende holdninger i forhold til diagnosen, før de selv fikk diagnosen. Eventuelt at de har opplevd stigmatiserende holdninger tidligere, og har fjerne minner om dette. Dette kan være tilfelle for de fleste av informantene i utvalget, da de uttrykker ingen eller begrenset selvopplevde erfaringer med stigmatiserende holdninger. Som blant annet Stine og Liv:

”Folk er uvitende om diagnosen og det er vanskelig å si hva de mener, men jeg har ikke direkte fått noen negative kommentarer på diagnosen” (Stine).

”Av dem jeg har møtt så ser dem ikke på meg som noen andre. Og jeg tror egentlig hvis man sier det til folk med en gang så blir det akseptert. Jeg har aldri møtt på noen som har vært negativ mot det eller sett på meg annerledes” (Liv).

Fredrik er den eneste som forteller om selvopplevd stigmatisering, og han uttrykker tydelig at han merker stigmatiserende holdninger fra folk rundt seg hele tiden, at de holder seg unna han i redsel for at han skal bli sint og aggressiv. Det er imidlertid noe usikkert om dette er stigmatiserende holdninger, da Fredrik som nevnt også har beskrevet eget sinne og aggresjon på minst to arenaer. Slik at det faktisk kan være at folk reelt er redde for han.

Som resultatene viser så beskriver flere av informantene at de tror at andre mennesker generelt har stigmatiserende holdninger til ADHD, men kun Fredrik forteller om selvopplevde erfaringer med stigmatisering. Det er imidlertid tvil om Fredrik sin opplevelse er stigmatisering. Stine og flere av informantene gir uttrykk for at de tror at folk er uvitende om diagnosen, noe som kan gjøre at det er vanskelig å vite deres holdning. Siden flere av informantene antar at andre generelt har stigmatiserende holdninger til ADHD, så er det sannsynlig at informantene kan bli usikker på hvordan de vil bli møtt av andre. Hvordan de vil bli definert av andre, og hvor utilstrekkelig eller unormal de kan bli sett til å være. Frykt for å bli kategorisert inn i ufordelaktige termer og bli stigmatisert, kan ha ført til at de har fått en negativ retning i oppfatningen av seg selv.

4.6.2 Mestringsstrategier

Frykt for å bli stigmatisert kan føre til benyttelse av mestringsstrategier. Det er flere mestringsstrategier som stigmatiserte kan benytte for å unngå stigmaet. Ved diskrediterende egenskaper som ADHD kan defineres som, kan informantene stort sett velge om de skal være åpen eller holde diagnosen skjult. Alle informantene er åpen om sin diagnose innad i egen familie. Som tidligere nevnt er åpenheten imidlertid utfordrende for Ingrid og til en viss grad for Stine. Da for eksempel Ingrid forteller at diagnosen blir brukt mot henne av familiemedlemmer. Fire av informantene forteller at egne barn eller søsken også har ADHD, noe som gir fellesskap i familien. Slik disse informantene beskriver relasjonene, er åpenheten om diagnosen en fordel i familien. Det ser ut som om at når informantene er sammen med andre med samme stigma, så mister stigmaet sin kraft.

Alle informantene unntatt Anne er også åpen om sin diagnose overfor venner. Hun har kun har fortalt om sin diagnose til sine nærmeste i familien. Ingrid forteller også at hun har sine

metoder for å klare seg, å skjule diagnosen ovenfor andre, selv om dette ikke alltid har vært helt vellykket. Selv om ikke Liv og Stine skjuler diagnosen ovenfor venner, så prøver de likevel å tildekke diagnosen. Liv forteller om benyttelse av strategier slik at diagnosen ikke vises så godt. Hun forteller at hvis andre lurer på hvorfor hun er litt treg, så bruker hun å spøke det bort, slik at de ikke trenger å tenke over at hun har diagnosen. Liv dekker altså til diagnosen og stigmaet. Stine forsøker også å mestre diagnosen og stigmaet ved tildekking:

”Jeg føler at jeg hele tiden må begrense meg selv for ikke å vise for mye av meg selv, fordi at jeg kan være så mye mer enn det du ser. Jeg kan være vilter og blid og noen ganger må jeg legge lokk på den skravlingen min, for jeg prater mye. Jeg må begrense meg litt, før jeg trækker over streken. Ja, så alltid i kontakt med nye folk så er jeg ikke helt meg selv” (Stine).

Stine, Liv og Anne er de av informantene som også forteller at de har unngått å fortelle om diagnosen i tidligere arbeid. Gjennom arbeidsmarkedsbedrift er det i hovedsak Stine som forteller at hun lar diagnosen passere på arbeidsplassen ovenfor andre ansatte, da hun er bekymret for negative reaksjoner. De resterende informantene forteller at de har positiv opplevelse med å være åpne om sin diagnose i arbeidsmarkedsbedrift, de føler seg ivaretatt. Sannsynligvis fører dette til en reduksjon i redselen for stigmatisering.

Fredrik, Marius, Henrik, Gunn og Hilde forteller at de stort sett fremstår med åpenhet om sin diagnose på alle arenaer. Av disse så fikk alle unntatt Hilde diagnosen som barn, slik at de har levd med diagnosen over en rekke år. Resultatene viser altså at kun en av informantene forteller om personlig erfaring med stigmatisering, mens flere gir uttrykk for at de tror at andre mennesker generelt har stigmatiserende holdninger til ADHD. Halvparten av informantene forteller at de i hovedsak er åpne om diagnosen. Resten forteller at de benytter mestringsstrategier som tildekking eller passering for å unngå stigmatisering.

5 Medisinske løsninger på utfordrende adferd

I dette kapittelet vil jeg presentere resultater som omhandler informantenes diagnostisering og medisinerings, og med dette forhold som på forskjellig vis kan sees å ha betydning for informantene sitt selvbilde.

5.1 Diagnostisering og medisinerings

Å selv ta initiativ eller bli henvist til utredning for ADHD, og benytte medisinerings med bakgrunn i utfordringer med adferd, kan påvirke selvbildet. For å få et perspektiv på hvordan selvbildet kan påvirkes i så måte, vil resultatene som omhandler informantenes opplevelse og erfaring, med diagnostisering og medisinbruk presenteres. Det vil her presenteres hvilken adferd informantene beskriver i relasjon til at de opplevde seg selv som syke, hvordan de opplevde å inneha denne adferden, og hvordan de opplevde å bli diagnostisert. I tillegg vil det presenteres hvordan informantene opplevde effekten av medisinbruk. Resultatene er funnet til å presenteres under punkter som benevnes som fra unormal til syk, og forbedringer og belastninger med medisiner.

5.1.1 Fra unormal til syk

Hvem som tok initiativ til utredning, og hvordan det opplevdes å få diagnosen varierer noe mellom informantene. Av de fire som fikk diagnosen som barn var det i tre av tilfellene foreldrene samt i et av tilfellene sammen med skolen, som tok initiativet til utredning. Det var altså i hovedsak foreldrene som mente at informantene som barn hadde en adferd som var avvikende i så stor grad fra en normaltilstand, at de trodde at det kunne defineres som et medisinsk problem. Utfordringene informantene hadde som barn ble altså satt til å bestå i barna som sykdom, og ikke i rammene eller omgivelsene som var rundt.

Marius fikk diagnosen som barn, og det var forelder som tok initiativet til utredning. Han er den eneste som sier at han var likegyldig til å få diagnosen. For uansett hvilken diagnose han får, så gjør det ingen forskjell i forhold til hvem han er som person, sier han. Han uttrykker altså et skille mellom sykdom, og person. Fredrik forteller at det var forelder og skolen som tok initiativet til utredning. Siden de begynte å se at det var noe som var galt. Det var for mye bråk på skolen, så han ga opp, og klarte ikke fokusere på skolen, forteller han. Han hadde utfordringer med konsentrasjon, på grunn av åpne lokaler. Hvis noen passerte i lokalet, så mistet han konsentrasjonen. Han hadde mye fravær på grunn av disse forholdene. Fredrik sier,

at det var bra å få diagnosen ADD, for da fikk han en forklaring på hvorfor han var slik han var. Fredrik forteller (intervjuers oppfølgingsspørsmål i kursiv):

”Jeg trodde jo kanskje det var noe galt med meg, ikke sant. *Du følte at noe var galt?* Ja, å få diagnosen ADD, jeg ble faktisk lettet. *Du sier du tenkte det var noe galt med deg. Var det fordi du så at du ikke klarte det samme som andre?* Ja, fordi alle andre klarte fortsatt å fokusere på oppgaven de fikk, men jeg klarte ikke det, ikke i det hele tatt” (Fredrik).

Både Gunn og Henrik forteller lignende historier som Fredrik. At de opplevde å ha utfordringer i skolen på grunn av adferd som blant annet uro og konsentrasjon. De beskriver at problemet besto i dem selv, og at utredning og diagnostisering bekreftet dette. Dette førte til lettelse, da de hadde vært redd for at noe var galt. Alle unntatt Marius beskriver at de sammenlignet seg med andre, og så at de ikke mestret skolen på samme nivå. Selvbildet blir til blant annet gjennom å sammenligne seg med andre. Slik at når informantene så at de ikke nådde opp på andres nivå, så var dette sannsynligvis utfordrende for selvbildet.

Sykdomsbetegnelsen på utfordringen ble en lettelse, da de fikk en forklaring eller årsak til sine utfordringer. Både Marius, Gunn og Henrik startet på medisiner, noe som ga en bedret konsentrasjon og ro, og lettet skolearbeidet noe, i følge dem. De fikk også etter diagnostisering tilrettelegginger i skolehverdagen, som de beskriver som delvis fungerende. Ingen beskriver at forhold i skolehverdagen ble lagt til rette for dem, før diagnostisering.

De resterende seks informantene ble utredet og diagnostisert som voksen. Alle beskriver livslange utfordringer og problemer i forhold til adferd som har gitt seg utslag på flere måter. Utfordringene har ført til at informantene alltid har opplevd at noe er galt med dem, de har ikke følt seg normale. I følge Kristine, tok hun selv initiativ til å bli utredet. Hun sier at hun alltid har vært for sein, dårlig på organisering, struktur og planlegging, og hun fikk ikke til ting på en vanlig måte, slik som andre. Hun sammenlignet seg altså med andre, noe som da sannsynlig var nedslående for selvbildet. På grunn av dette, så beskriver hun at det var en lettelse å få diagnosen. Kristine uttrykker også skuffelse med å få diagnosen, for hun ønsker jo å være vanlig. Både lettelse og skuffelse er noe som kommer til uttrykk fra alle informantene som ble diagnostisert som voksen. Stine forteller (intervjuers oppfølgingsspørsmål i kursiv):

”Jeg ville ha diagnosen, jeg ville utredes for det, fordi at jeg tenkte at kanskje at hverdagen ble mye lettere av å ha diagnosen. *På hvilken måte lettere da, tenker du?* I forhold til medisiner. Å få til å fullføre ting jeg har begynt på” (Stine).

Stine sier samtidig at det var veldig vanskelig å få diagnosen. Hun slet med seg selv, og hadde alltid gjort det. Hun forteller at hun alltid har visst at det er noe som er annerledes. Det var en tydelig bekreftelse for henne hvorfor hun hadde det så vanskelig i oppveksten. Å vite at det er noe med dem selv som er annerledes, er noe som kommer til uttrykk fra de fleste informantene. At noe er annerledes betyr sannsynligvis at noe er annerledes fra andre. For eksempel at de sammenlignet seg med andre og så at de ikke fungerte på samme nivå. Noe som trolig var negativt for deres holdning til seg selv og selvbildet. For eksempel sier Hilde at det var veldig positivt og oppklarende å få diagnosen. Fordi det ga henne forståelse for hvorfor hun har følt seg annerledes hele livet, og at folk ikke har forstått henne. Hilde tok initiativ til utredning, når egne barn ble utredet, og hun kjente seg igjen i de samme utfordringene. Anne forteller at det beste med å få diagnosen, er at hun skjønner at det er diagnosen som er årsaken til ting som har vært vanskelig, at hun ikke er dum. Hun forteller at hun har vært utbrent flere ganger, siden hun ikke klarte å ta det med ro. Initiativet til utredning tok hun selv forteller hun, når hun begynte å slite ekstra mye med nattesøvnen. I tillegg var datteren til utredning, og hun kjente seg igjen i datteren sine utfordringer. Ingrid er den eneste av de som fikk diagnosen som voksen, som forteller at det var hennes psykolog som tok initiativet til utredning. Hun sier imidlertid at det stemmer at hun har diagnosen, for hun føler seg ikke normal. Det var en lettelse å få vite at det var en grunn til at hun har slitt med konsentrasjon, og spesielt i forhold til skolegang.

Av de seks som fikk diagnosen som voksen, tok altså alle unntatt Ingrid initiativ til utredning selv. De resterende informantene oppgir langvarige utfordringer med egen adferd og en opplevelse av at noe må være galt, som årsak til utredning. I tillegg nevner to av disse, at utredning av egne barn hadde en utløsende effekt. Utfordringene med adferd blir av informantene altså beskrevet til å bestå i dem selv, og diagnosen blir en forklaring eller løsning på de livslange problemene de har hatt. Informantene oppgir lettelse ved å få diagnosen. Det er altså en lettelse å få en medisinsk forståelse for sine utfordringer. De hadde vært redd for at det var noe galt med dem, men ble lettet da det viste seg at utfordringene kunne knyttes til sykdom og en diagnose. Noe som sannsynligvis kunne frita dem fra tanker om individuelt ansvar og skyld for sine utfordringer. Samtidig oppgir de skuffelse, siden å inneha diagnosen også betyr at de selv er uvanlige eller annerledes fra andre.

Den adferden som informantene viser til når de beskriver at de opplevde at noe var galt med dem var som oftest knyttet til at de ikke klarte eller mestret det samme som andre, eller på et annet nivå enn hva andre gjør. Adferden som informantene gir uttrykk for er blant annet for

lavt eller for høyt aktivitetsnivå eller energinivå, uro, konsentrasjon, mangel på struktur, vansker med planlegging, hukommelse og utfordringer med å organisere seg. Den adferden informantene viser til er altså adferd som de ser at andre mennesker også innehar, men de ser at de selv ligger på et annet nivå enn det andre gjør. Nivået som de fleste andre har på sin adferd kan da sies å være definert innenfor et normalnivå av informantene, mens nivået de selv innehar definerer de til å ligge utenfor normalen altså på et unormalt eller sykkelig nivå. Dette ble da også bekreftet av helsevesenet gjennom diagnostisering. Det er ingen av informantene som gir uttrykk for refleksjoner ved at forskjellig adferd varierer eller har ulike nivå, og ikke nødvendigvis betegnes som unormalt eller sykt hvis nivået varierer mellom mennesker. Informantene som fikk diagnosen som voksen har altså tidligere hatt en oppfatning eller holdning til seg selv som unormal, noe som gjennom diagnostisering ble til en holdning til seg selv som syk, som i hovedsak blir betegnet som en lettelse, men også som en skuffelse for dem.

5.1.2 Forbedringer og belastninger med medisiner

Ni av informantene startet medisinerer etter at de fikk diagnosen. Fredrik sa nei til medisin, siden han er usikker på om han kun har ADD. Han tror selv han har ADHD og ønsker å utredes for dette. Av informantene har fire av informantene seponert medisinerer. De forteller at dette er på grunn av mangelfull effekt, eller at det ikke er behov for medisinerer akkurat nå, og to sier at de avsluttet grunnet bivirkninger. Tre av de som har seponert medisinerer, er tre av de totalt fire av informantene som fikk diagnosen som barn. De resterende fem fikk som tidligere nevnt diagnosen som voksen, og benytter medisiner.

Flere av informantene har en positiv beskrivelse av medisinerer, som har gitt eller gir, en positiv bedring av deres adferd. Flere beskriver at de får ro, og at de får en bedret konsentrasjon. Kristine forteller:

”Jeg husker når jeg tok den første tabletten så var det akkurat som om det ble stilt, så jeg fikk ro da” (Kristine).

Med dette så fikk hun en bedret konsentrasjon sier hun, noe som gjorde det mulig å gjennomføre videregående skole i voksen alder, og begynne å jobbe i praksis igjen. Selv om hun forteller at hun fortsatt har vansker med konsentrasjonen. Gunn forteller at medisinerer hjalp henne med at hun fikk til å sitte i ro og lese da hun gikk på skolen. Liv forteller også om bedret konsentrasjon, som har hjulpet henne til å gjennomføre videregående opplæring i

voksen alder. Marius sier at medisinen hadde en positiv effekt med at den økte konsentrasjonen hans noe. Hilde forteller at medisinen hjelper en del, men hun sier at den ikke tar bort all uønsket adferd. Ingrid forteller at medisinen gjør henne roligere i forhold til sinneutbrudd, og mer konsentrert. Medisinene hjelper altså informantene spesielt til å finne større grad av ro og konsentrasjon enn de hadde tidligere, noe de beskriver som en positiv virkning i forhold til egen adferd, som for eksempel til å kunne gjennomføre videregående skole eller å jobbe i praksis. Slik kan det sees at mange av informantene har en positiv holdning til å bruke medisiner for adferd som de knytter til ADHD, og en positiv opplevelse av effekten medisiner gir dem i forhold til bedring av egen adferd. Samtidig kan det også sees som en medisinerings av adferd som ikke møter gitte normer i samfunnet. I stedet for å legge til rette i miljøet for blant annet å lette konsentrasjonen og finne ro, blir det benyttet medisiner for å løse denne utfordringen. Medisin gir imidlertid også bivirkninger for noen av informantene. Marius forteller at:

”Medisinene senket appetitten, og jeg ende opp med å ikke spise i det hele tatt, og mistet energi og næring” (Marius).

Som nevnt så forteller Ingrid at medisinen hjelper, men hun forteller også om bivirkninger. Hun forteller at hun har veldig mye problemer med medisineringsen, for på kvelden når effekten går ut, så blir adferden hennes verre enn det var uten medisiner. Egen opplevelse og holdning til bruk av medisiner kan altså også være negativ for noen av informantene. I tillegg til de fysiologiske bivirkningene av medisiner, gir de også negative psykiske og sosiale effekter for enkelte av informantene. Gunn forteller at når hun gikk på medisiner så:

”Jeg synes det hemmet hele meg. Jeg ble gående som en vandrende zombie, jeg orket ikke å være sammen med venner, jeg orket ikke å ha meninger. Jeg mistet masse av meg selv når jeg tok den medisinen” (Gunn).

Marius sier at medisineringsen ga han mangel på energi, og at dette hindret han i å gjøre alt det han da kunne tenke seg å ta seg til om dagene, og det var deprimerende. Han var medisinerert i 5 år, og han ble en trist liten gutt av å være medisinerert, forteller han.

Resultatene tilsier at medisiner kan sees som et element som bidrar til at informantene forbedrer adferd som er uønsket, men at de også gir noen belastninger. Medisinen er altså en løsning for å forbedre adferd som ikke møter bestemte normer i samfunnet. Av informantene er det altså fem som medisineres, og mange forteller om bedret ro og konsentrasjon. Det er

altså ikke det sosiale systemet som trenger å endre seg, det kan opprettholdes. Flere forteller også om uttalte bivirkninger, som gir seg til kjenne både fysisk, i tillegg til psykisk og sosialt. Med årsak i bivirkninger eller lite effekt, er det fire av informantene som har sluttet med medisin. Det er ingen av informantene som har annen hjelp fra hjelpeapparatet, som for eksempel samtaler med psykolog eller psykiatrisk sykepleier, relatert til deres uønskede adferd. Noen sier at de tidligere har hatt slik behandling. Åtte av informantene forteller at de nå eller tidligere har hatt behandling for andre diagnoser, av psykolog eller innen psykiatrien. Per dags dato er det altså medisiner, som er løsningen fra hjelpeapparatet for utfordringene informantene innehar.

6 Avslutning

Resultatene i min undersøkelse viser at gjennom å inneha adferd som knyttes til diagnosen ADHD så har informantene fått erfaringer som har gitt dem utfordringer med selvbildet. Dette gjennom relasjoner med andre mennesker i hverdagen, og når informantene sammenligner seg med andre. Å inneha ADHD som en medisinsk diagnose har også gitt utfordringer med selvbildet. De utfordringene informantene møter på ulike arenaer blir definert som informantenes sykdom. Altså at problemet blir plassert i dem som individer. Informantene og deres omgivelser ser på utfordringene som informantene møter med en medisinsk forståelse. Resultatene i min undersøkelse viser at utfordringene informantene møter kan forklares med sosiale forhold.

6.1 Diskusjon

Informantene beskrev utfordringer på en eller flere arenaer i livet som de satte i sammenheng med ADHD. I sine beskrivelser så forklarte informantene seg på en slik måte at det kunne sees at de hadde en medisinsk forståelse av sine utfordringer, og det var en rekke tegn på diagnosen som ble beskrevet. Adferden som informantene ga uttrykk for var blant annet for lavt eller for høyt aktivitetsnivå eller energinivå, uro, lav konsentrasjon, mangel på struktur, vansker med planlegging, dårlig hukommelse, impulsivitet, sinne og utfordringer med å organisere seg. Informantenes beskrivelser reflekterer funn fra tidligere undersøkelser som har sett på egenbeskrivelser av adferd som var blitt knyttet til ADHD (Brod m.fl., 2012; Zucker m.fl., 2002; Matheson m.fl., 2013). Tegn på diagnosen som ble beskrevet i disse studiene og som hadde påvirkninger på dagligliv ble i hovedsak betegnet å kunne omhandle utfordringer med blant annet konsentrasjon, hukommelse, tempo, mangel på struktur, utfordringer med å organisere seg og utfordringer med å gjennomføre rutineoppgaver. I tillegg, men i noe lavere grad ble det også nevnt utfordringer med uro og impulsivitet. Min studie samsvarer med de tidligere studiene med mange av tegnene på diagnosen som ble beskrevet. Hovedfunnet i min studie er at informantene har en medisinsk forståelse av egen adferd. Den nevnte adferden som blir betegnet som utfordrende og knyttet til ADHD, blir i min studie forklart som å kunne forklares med sosiale forhold, og sees som en sosial konstruksjon.

Av de informantene som fikk diagnosen som voksen hadde det vært en langvarig prosess med å forsøke å finne ut av hva som var bakgrunnen for deres utfordringer, da de fleste hadde en oppfattelse av at noe var galt og de følte at de ikke var normale. De som fikk diagnosen som

barn beskriver samme opplevelse av at noe var galt med dem. Informantene beskrev sin oppfattelse som begrunnet gjennom å sammenligne seg med andre og tilbakemeldinger fra andre om at de ikke var på samme nivå eller utførte ting på en tilfredsstillende måte, for eksempel i skole og arbeid. Funnene i min undersøkelse samsvarer med tidligere undersøkelser som har sett på personer som har fått sin adferd knyttet til ADHD og selvbilde (Brod m.fl., 2012; Newark m.fl., 2012; Langley m.fl., 2010; Young, 2011; Bolt & Schermer, 2009; Davidson, 2008). Hvor det samsvarer med at adferd som gjorde at personer opplevde at noe var galt med dem ofte var knyttet til at de ikke klarte eller mestret det sammen som andre, eller på et annet nivå enn hva andre gjør for eksempel i relasjon til skole eller jobb også i disse studiene. I tillegg samsvarer det mellom studiene at informantenes oppfattelse kunne komme gjennom egne sammenligninger med andre eller tilbakemeldinger fra andre. Felles mellom studiene kan det altså sees at selvbildet blir påvirket i ugunstig retning når en ikke mestrer det samme som andre eller fungerer på et annet nivå enn det andre gjør. Noe nytt som kom frem i mine funn og som ikke er beskrevet i de andre studiene var at mange av informantene opplevde det som en lettelse å få diagnosen. At det som hadde gjort at de følte seg unormale, kunne defineres som sykdom, var en lettelse for informantene.

I henhold til teori om medikalisering kan det sees at diagnostisering og medisinerer av ADHD, er det sosiale systemet sin metode for å beholde det gjeldende verdisystemet og stoppe adferd som ikke passer inn. For å skape en akseptabel adferd blir det gjennomført diagnostisering og medisinerer, slik at de som trenger det kan få en adferd som passer inn i systemet (Lian, 2006). Når voksne søker å oppnå diagnosen ADHD, kan det være et behov for å skape et "selv". Samtidig bidrar de til å bli objekter for å regulere seg i den retning som samfunnet ønsker ved bruk av forskjellige metoder og prosedyrer (Rose, 2007).

Medikaliseringen i samfunnet gjør at det blir en snevrere standard for hva som betegnes som normal adferd, og medisin blir i stigende utstrekning sett som en vare, med risiko for bivirkninger for forbrukerne (Conrad & Potter, 2000).

Av de informantene som benyttet medisinerer bidro medisinene til forbedring av uønsket adferd, spesielt når det kom til ro og konsentrasjon. Selv om medisinene også bidro til noen belastninger, både fysiologiske og sosiale. Belastninger ved medisinene som ble nevnt var blant annet senket appetitt og manglende energi, samt forverret adferd ved avtagende effekt av medisin. Med årsak i bivirkninger eller lite effekt, hadde flere seponert medisinene. I tidligere undersøkelse (Brod m.fl., 2012) ble det beskrevet at en del fortsatte bruk av medisiner siden det dempet adferd knyttet til ADHD. At adferd blir opplevd som dempet med

medisiner stemmer med min undersøkelse hvor informantene også beskriver bedring av adferd, og her som bedring av ro og konsentrasjon. I undersøkelsen (Brod m.fl., 2012) kom det frem at noen av deltakerne på undersøkelsen ikke benyttet medisiner fordi de mislikte effekten eller sideeffektene av medisiner, eller at de hadde generell motstand mot å benytte medisiner. Dette viser noe ulikt resultat i forhold til min undersøkelse hvor det var bivirkninger eller manglende effekt som lå til grunn for seponering av medisiner. Likevel kan det sies å være likheter mellom studiene i forhold til at en del seponerer medisin, men med litt ulike årsaker.

Det ble i min undersøkelse ikke spurt direkte om informantene hadde erfaringer med medisinbruk som kunne relateres til selvbildet, noe som kan ha gitt begrensede resultater på dette området. Det var likevel noen av informantene som beskrev at de ble hemmet, trist, deprimert, eller mistet noe av seg selv ved bruk av medisiner. I tidligere undersøkelse (Bolt & Schermer, 2009) kom det frem at noen av deltakerne opplevde at de ble mindre seg selv eller mindre autentisk ved bruk av medisiner. Dette kan ligne resultatene fra min undersøkelse når det gjelder å miste noe av seg selv ved bruk av medisiner. I tidligere undersøkelse (Bolt & Schermer, 2009) kom det imidlertid også frem at noen av deltakerne opplevde at de ble mer seg selv ved bruk av medisiner, og andre mente at medisiner ikke hadde hatt noen effekt på deres selv. Studien viser altså at løsningen fra hjelpeapparatet er medisiner. Hjelpeapparatet har altså en medisinsk forståelse av informantenes utfordringer med adferd. Adferd blir definert som sykdom i individet og behandles med medisiner. Medisinene skal dempe adferd slik at individene skal passe inn i samfunnet, og samfunnet trenger ikke endre seg for å tilpasse seg individene. Min undersøkelse viser at informantenes adferd kan ha sosiale forklaringer, noe som gjør bruken av medisiner betenkelig. At en del av informantene også velger å seponere medisiner betyr også at effekten av medisiner kan diskuteres.

Informantene viser til litt forskjellige situasjoner for samhandling i familien. Hvis de fem som bor med partner har langvarige stabile forhold, så samsvarer ikke dette med tidligere undersøkelser (Brod m.fl., 2012; Asherson m.fl., 2012; Harpin, 2005; Davidson, 2008). Hvor det vises til at voksne som har adferd som ofte knyttes til ADHD har hyppige og kortvarige partnerforhold (Brod, 2012), at forholdene ikke fungerer på en funksjonell måte (Asherson m.fl., 2012), og en høyere grad av utfordringer med partner og brudd i relasjoner (Harpin, 2005), samt høyere skilsmisserate enn ellers i befolkningen (Davidson, 2008). Det kom imidlertid ikke frem i min undersøkelse hvorvidt informantene har hatt brutte partnerrelasjoner bak seg. Noen fortalte om utfordringer i familierelasjoner, men det var flere

som fortalte om støtte og samhold fra familiemedlemmer og partner, noe som samsvarer med tidligere undersøkelser (Newark m.fl., 2012; Brod m.fl., 2012). En studie (Brod m.fl., 2012) fant at i de forholdene som fungerte, fungerte partneren som hjelp og støtte. I undersøkelse (Newark m.fl. 2012) var det funn som viste at deltakerne opplevde at de var elsket og akseptert av sine familiemedlemmer. Flere av informantene viste til sinneutbrudd i familiesammenheng, selv om kun en fortalte om dette i relasjon til sine barn. Noe som også blir trukket frem i tidligere undersøkelse (Brod m.fl., 2012), hvor funn viste at enkelte kunne være utålmodige og sinte i foreldrerollen, selv om de så at dette ikke var bra for barna. Både i de relasjonene som fungerte godt og dårlig ble støtten eller motstanden informantene fikk relatert til informantenes utfordringer, og definert som bestående i dem som sykdom. Det var altså en medisinsk forståelse av individene, som enten fikk støtte eller motstand fra andre familiemedlemmer. Resultatene tilsier imidlertid at tegn som blir knyttet til diagnosen kan sees med en sosial forståelse.

Flere av informantene forteller om utestenging og mobbing i barne- og ungdomsårene. Som voksne har de fleste informantene imidlertid venner og flere forteller om langvarige stabile vennskap. Dette reflekterer ikke tidligere undersøkelser som viser til at personer med adferd knyttet til ADHD ofte har utfordringer med vennskap (Asherson, 2012; Barkley m.fl., 2008; Brod m.fl., 2012; Mannuzza m.fl., 2011). Blant annet viste funn fra en undersøkelse (Brod m.fl., 2012) at deltakerne var uoppmerksomme til mennesker rundt seg, at de var selvopptatte, samt hadde manglende tilstedeværelse og skiftende humør. Imidlertid var det noen av informantene i min undersøkelse som hadde utfordringer i relasjoner med venner hvor det kan sees at noen av de utfordringene de beskriver stemmer overens med tidligere undersøkelser. At de fleste av informantene oppgir at de ikke har utfordringer med adferd sammen med venner kan tyde på at deres adferd ikke har noen negativ betydning i venneforhold. Eventuelt kan det være mulig at det er usikkert om de har langvarige vennskap eller bare fortalte om langvarige vennskap. De av informantene som hadde vanskeligheter i vennerelasjoner knyttet dette til egen adferd og hadde en medisinsk forståelse av disse utfordringene. Selv om resultatene tilsier at utfordringene kan forstås som sosiale (Asherson, 2012; Barkley m.fl., 2008; Brod m.fl., 2012; Mannuzza m.fl., 2011).

Totalt sett var videregående skole det høyeste ferdigstilte utdanningsnivå for informantene i studien, noe som påvirker hvilke yrker de har hatt tilgang til. Dette bekreftes av tidligere studie (Brod m.fl., 2012) hvor det ble vist til at mange som hadde fått sin adferd knyttet til ADHD hadde sluttet skolen tidlig, noe som medførte at yrkesvalgene ble begrenset, og som

kunne være et hinder for å oppnå interessant arbeid, som igjen førte til økte vanskeligheter med tilknytning til arbeid. De fleste av informantene i studien beskrev at de hadde hatt en begrenset tilknytning til ordinært arbeid. Lav tilknytning til ordinært arbeid for personer som har fått sin adferd knyttet til ADHD støttes av flere studier (Harpin, 2005; Biederman m.fl., 2006; Blikø, 2008; Mørdre m.fl., 2012; Halmøy m.fl., 2009; Gjervan m.fl., 2012; Øie m.fl., 2011; Fredriksen m.fl., 2014; Lensing m.fl., 2014; Torgersen m.fl., 2014). De fleste undersøkelsene hadde imidlertid et medisinsk perspektiv og forklaring med hensyn til adferd og årsakssammenhenger, og resultatene var sprikende. I min studie forteller informantene om at det er deres egen adferd som skaper utfordringer i forhold til å fungere i jobb. Dette er forenelig med tidligere studier (Brod m.fl., 2012; Langley m.fl., 2010; Asherson m.fl., 2012; Young, 2011). Hvor hindringer som deltakerne nevnte som hinder for å lykkes og gjorde at de hadde en lavere funksjon i arbeid blant annet var uoppmerksomhet, glemsomhet, at de var uorganiserte, impulsive, at det var vanskelig å påbegynne og gjennomføre oppgaver, at de var preget av uro og skiftende energinivå, at de ikke mestret forventet arbeidsmengde, og vanskeligheter i mellommenneskelige relasjoner. Hindringene som deltakerne i tidligere studier nevnte i forhold til arbeid sammenfaller i stor grad med funnene i min studie. Hvor informantene ga uttrykk for at hindringene i egen adferd gjorde at verken de selv eller arbeidsgivere var fornøyd med hvordan de selv fungerte eller presterte i arbeid. Informantene knyttet egen reduserte prestasjon og funksjon til sin diagnose, slik at problemet ble lagt til dem selv som sykdom, noe de tidligere studiene også viser (Brod m.fl., 2012; Langley m.fl., 2010; Asherson m.fl., 2012; Young, 2011). Gitte krav og arbeidsmål i arbeidslivet blir da av informantene og deltakerne vurdert som korrekt, og deres egen prestasjon og funksjon blir sykeliggjort siden de ikke når opp til krav og mål som arbeidslivet krever. Mine resultater viser imidlertid at rammer og mål i arbeidslivet kan sees som konstruerte. At utfordringene med adferd i arbeidslivet kan sees som noe annet enn sykdom, slik at det kan gis sosiale forklaringer på hvorfor arbeidslivet blir utfordrende for informantene.

De fleste av informantene hadde positiv opplevelse med praksis i arbeidsmarkedsbedrift. De fikk da tilrettelagt arbeidet og fungerte og presterte innenfor rammer som var tilpasset for dem. Dette samsvarer med tidligere forskning (Langley m.fl., 2010; Brod m.fl., 2012) hvor resultatene viste at deltakere i studiene uttrykte et behov for betydelig støtte og hjelp i forhold til arbeid. For de som oppga at de fungerte i arbeid, la de vekt på gode støttepersoner og hjelpere rundt seg. Dette tilsier at når miljøet tilpasser seg så kan personer med adferd som har blitt knyttet til ADHD fungere og prestere innenfor nye rammer. At sosial hjelp bidrar til å

løse sykdom, viser også at dette kan sees som en sosial konstruksjon. I arbeidsmarkedsbedrift blir behovet for tilpasninger i miljøet funnet i enighet mellom deltakere på tiltak, veileder i arbeidsmarkedsbedrift og NAV. Ofte blir behovet for tilpasninger knyttet til individet og diagnose, altså et medisinsk perspektiv. At tilpasninger i miljøet gir en bedret funksjon viser samtidig at utfordringer med adferd som gir seg utslag i funksjon og prestasjon kan sees som noe annet enn sykdom, men også som en sosial konstruksjon. At informantene fikk individuelle tilrettelegginger i arbeidsmarkedsbedrift og at de da oppga en bedring i egen funksjon kan sees i sammenheng med tidligere forskning (Kvam m.fl., 2014). Som viser til at viktigheten av deltakelse i arbeid som individer selv vurderer seg frem til kan bidra til å forklare individers retur eller ikke til arbeid. Å få identifisert individers individuelle vurdering for deltakelse kan lette veiledere i rehabilitering, og bistå kjøpere av tjenester, til å forme tiltak for den enkeltes behov.

Selv om informantene i hovedsak forteller at de ikke har personlig erfaring med stigmatisering, er det flere som gir uttrykk for at de tror at andre mennesker generelt har stigmatiserende holdninger til ADHD. Halvparten av informantene er åpen til andre om sin diagnose. Resten forteller at de benytter mestringsstrategier som tildekking eller passering for å unngå stigmatisering. At andre mennesker generelt har stigmatiserende holdninger til ADHD bekreftes gjennom tidligere forskning (Canu m.fl., 2008; Lebovitz, 2013; Mueller m.fl., 2012; Rusch m.fl., 2006), hvor funn viste at andre mennesker har et lavere ønske om å involvere seg med personer med ADHD enn andre mennesker. De likte personer med ADHD mindre enn andre, de ønsket ikke å samhandle med dem i like stor grad som andre, og de avviste dem sosialt (Lebovitz, 2013). Selv om informantene i studien i hovedsak ikke har opplevd stigmatisering direkte rettet mot dem selv, kan det likevel være at de har oppfattet andres holdninger om et lavere ønske om å involvere seg med mennesker med ADHD. Siden informantene har en oppfatning om at andre generelt har stigmatiserende holdninger til ADHD. Forskning av (Canu m.fl., 2008) ga funn som viste at det sannsynligvis eksisterer en tilbøyelighet til negative holdninger til ADHD. I settinger som blant annet skole og arbeid, vil disse holdningene letter kunne føre til avvising av mennesker med ADHD (Canu m.fl., 2008). Informantene i min undersøkelse beskriver selv egen adferd som de knytter til ADHD med en del variasjon, selv om alle har en medisinsk forståelse for sine utfordringer. Tidligere forskning (Mueller m.f., 2012) gir imidlertid funn som tilsier at begreper om hva ADHD er har stor variasjon både innenfor allmenn oppfatning og profesjonelle helsearbeidere, noe som

øker risikoen for at stigmatisering kan forekomme for de som har fått diagnosen ADHD (Mueller m.fl., 2012).

6.2 Konsekvenser for praksis på feltet

Resultatene fra denne undersøkelsen tilsier at adferd som ofte blir knyttet til diagnosen ADHD, som altså vanligvis blir sett med en medisinsk forståelse, kan forklares med en sosial forståelse. Hvis perspektivet med sosial forståelse av adferd som blir knyttet til ADHD skal benyttes for deltakere på tiltak i arbeidsmarkedsbedrift vil dette få noen følger for praksis på feltet. Det vil fra veilederne sin side sett bort fra at adferd, tegn eller følger har tilknytning til diagnosen ADHD. Det er mulig at det vil forekomme en større grad av samarbeid mellom personer på tiltak og veileder. I forhold til hvilke individuelle tilrettelegginger og løsninger deltakeren på tiltak har behov for i forhold til å kunne fungere i arbeid. Det kunne bidratt til at personer som har slike utfordringer kunne fått muligheten til å bygge opp et enda mer positivt selvbilde gjennom tiltak i arbeidsmarkedsbedrift, med økende fokus på hva som fungerer, og mindre fokus på hva som ikke fungerer i tilknytning til diagnose. Hvis utfordringer med adferd ikke lenger vurderes med en medisinsk forståelse hos individet, men med en sosial forståelse i miljøet. Kan det også tenkes at hvis forhold i det sosiale endres eller bedres, så kan personer som tidligere har fått sin adferd knyttet til ADHD fungere innenfor nye rammer, og også eventuelt fått trent opp egne ferdigheter. Dette tror jeg ville gjort det lettere å anerkjenne forskjellighet, og mulig gjort at flere ville lykkes når det kommer til ordinært arbeid. Mulige stigmatiserende holdninger i arbeidslivet om hva diagnosen innebærer, vil med en sosial forståelse av adferd lette kommunikasjon og forståelse i møte mellom arbeidsliv og individer.

Dagens system er stort sett slik at hvis en person er vurdert til å ha en redusert arbeidsevne og denne knyttes til en diagnose, så har personen rett til en gitt type stønad for livsopphold fra det offentlige. Hvis en redusert arbeidsevne ikke kan knyttes til diagnose har en fortsatt rettigheter, men stønaden for livsopphold fra det offentlige har ofte en lavere sats. Dette betyr at økonomiske føringer kan få betydning for valg som tas, og hvilken type hjelp som gis. Dette er imidlertid et offentlig system, hvor det er politiske bestemmelser som ligger til grunn, og eventuelle endringer i systemet ligger på politisk nivå.

6.3 Styrker og svakheter ved studien

Det var veilederne ved arbeidsmarkedsbedriften som leverte informasjons- og samtykkeskriv til informantene. Når veilederne overleverte konvoluttene, viste det seg at de fleste informantene svarte at de ønsket å delta der og da, og ønsket at veilederne skulle videreformidle dette til meg. Slik fikk veilederne likevel vite at deres deltakere deltok på studien. Denne etiske utfordringen når det gjaldt konfidensialitet tok jeg opp med de aktuelle informantene ved intervjuenes start. Det ble gjennomgått informasjons- og samtykkeskriv som omhandlet studiet. Informasjonen som ble gitt omhandlet bakgrunn og hensikt med studiet, hva studiet innebærer for informanten, konfidensialitet, og frivillig deltakelse. Det ble i tillegg tatt opp at når veiledere kjenner til at informanter har deltatt på studien, kan dette føre til at de antar å kjenne disse igjen når de leser oppgaven ved ferdigstilling, selv om informantene skal være anonymisert. Informantene uttrykte imidlertid at dette var greit. De ønsket å fortelle sin historie og bidra til økt kunnskap om diagnosen. Likevel kan det være at usikkerhet med anonymiteten for informantene har påvirket resultatene. Da informantene likevel ble utrygg på anonymitet og hvor mye de ville fortelle om sin situasjon.

I utgangspunktet var det tenkt at intervjuene skulle tas utenfor arbeidsmarkedsbedriftens lokalteter. Jeg spurte om informantene hadde noe forslag for sted, eller at intervjuene kunne tas i en av arbeidsmarkedsbedriftens lokalteter. Sted for intervjuet ble bestemt ved første telefoniske kontakt mellom meg og informantene. Mitt forslag om intervjusted kunne mulig oppfattes som en føring for hvor intervjuet skulle gjennomføres. Når intervjuene ble gjennomført i arbeidsmarkedsbedriften sine lokalteter er det en risiko for at informantene ble usikker på anonymiteten. De kunne bli observert av andre på tiltak, andre ansatte, eller egen veileder på steder i lokaltetene de vanligvis ikke oppholdt seg, noe som kunne medføre spørsmål eller tanker fra andre om dette i etterkant. Stedsvalg for intervjuene medførte altså en etisk utfordring i forhold til informantenes anonymitet. Hvis informantene ble usikker på anonymiteten kan dette også ha påvirket resultatene fra intervjuene. At de ble usikre og ikke turde å snakke fritt siden deres identitet kunne bli avslørt. Det er en risiko for at informantene opplevde en ulikhet i maktforhold i intervjusituasjonen, siden intervjuene ble gjennomført i arbeidsmarkedsbedriften. Dette på grunn av at jeg er ansatt i rollen som veileder i bedriften, mens informantene var der på tiltak, og at stedet for intervjuene forsterket ulikheter i rollene. Etisk er dette ugunstig, da det hadde vært best å intervju informantene på nøytral grunn, slik at ulikheter i posisjoner hadde blitt minst mulig til stede. Denne situasjonen er også ugunstig

for resultatene da ulikhet i maktforhold kan ha skapt usikkerhet, og mulig ha påvirket informantenes utsagn.

Noen av informantene ble emosjonelt påvirket av å snakke om sin situasjon under intervjuet. Dette når de snakket om forhold som var vanskelige for dem. Intervjusituasjonen var altså belastende for noen av informantene, og kan derfor sees som etisk utfordrende. Jeg prøvde å være forståelsesfull og støttende i situasjonen som oppsto, og lyttet og ga dem tid til å få snakke ut om det som var vanskelig. Det kan likevel være usikkerhet knyttet til varigheten på belastningen de opplevde i intervjusituasjonen. Informantene ga imidlertid uttrykk for at det gikk bra med dem, og ved utgangen av intervjuene fremsto informantene som om at de syntes at gjennomføringen av intervjuene hadde gått greit for dem.

Før jeg begynte denne studien hadde jeg i hovedsak en medisinsk forståelse av ADHD. At medisinsk forståelse av sykdom generelt har en sterk posisjon i vår kultur har sannsynligvis bidratt til å forme min forforståelse. Jeg har også en rekke år jobbet som veileder i arbeidsmarkedsbedrift, hvor jeg flere ganger har vært veileder for personer på tiltak, hvor det har medfulgt dokumentasjon som har vist til medisinsk diagnose på ADHD. Min forforståelse om at ADHD er en medisinsk diagnose har vært bygget på denne informasjonen. Samt hvilke vansker dette ofte medfører for de med diagnosen. Å ha en medisinsk forforståelse av ADHD med seg inn i studien kunne gitt seg utslag på resultatene. Imidlertid har jeg også fått en annen vinkling til temaet gjennom jobben som veileder som har lettet tilnærmingen til denne studien. Dette på grunn av at jeg har fått en nærhet til temaet gjennom samtaler med mennesker som har fått diagnosen. Ved å samtale om hvordan de opplever ulike forhold, hvordan de har det, og hva de trenger i relasjon til sine utfordringer. Noe som har vært en fordel i denne undersøkelsen i forhold til relasjonen med informantene og forståelsen av deres opplevelser. Samt til å kunne forstå deres utfordringer med bakgrunn i noe annet enn en medisinsk diagnose.

Noen av spørsmålene i intervjuguiden er formulert på en slik måte at de kan fremstå som bekreftende for ADHD som en medisinsk diagnose. Det kunne vært opplyst at resultatene av undersøkelsen også kunne bli sett i lys av sosiale forklaringer, slik at informantene kunne gitt innspill i forhold til dette perspektivet hvis de ønsket. Ved intervjuenes slutt var det noen av informantene som etterspurte spørsmål om selvbildet, siden forskningsprosjektet ble kalt ”ADHD og selvbilde” i informasjonsskrivet, mens det ikke var direkte spørsmål om dette i

intervjuguiden. Jeg forklarte at funn om selvbildet ville komme frem i resultatene av studien, og ikke gjennom direkte spørsmål. Dette kunne jeg ha informert informantene om før starten på intervjuene, eventuelt brukt noe tid ved intervjuenes slutt, hvis noen ønsket å utdype dette spørsmålet mer direkte.

Deltakerne i studien er på tiltak i arbeidsmarkedsbedrift. Av de 22 personene på tiltak som ble invitert til å delta på undersøkelsen, var det de 10 som takket ja som ble intervjuet. Dette betyr at resultatene usikkert kan sees å være gyldig for alle som er på arbeidsrettede tiltak og som har en adferd som har blitt knyttet til diagnosen ADHD. Da det kan være at andre resultater ville kommet frem hvis de 12 som ikke responderte på invitasjonen til studien hadde blitt intervjuet. Resultatene kan generelt ikke sies å gjelde for personer som har fått sin adferd knyttet til ADHD.

6.4 Videre forskning

Forståelsen for personer med adferd knyttet til ADHD kunne kommet enda bedre til uttrykk hvis jeg også hadde intervjuet andre personer på arbeidsrettede tiltak. Da kunne jeg om mulig sett i hvilken grad det var spesielle utfordringer for de med adferd knyttet til ADHD, og om det var generelle utfordringer for de som var på arbeidsrettede tiltak. Det kunne vært gunstig å intervju de samme informantene igjen etter 1-2 år for å se om informantene fortalte om endringer i sin situasjon, samt for å se nærmere på fordelaktige elementer som har gitt positive endringer i deres liv. Det er ukjent hvor mange som har utfordringer med adferd som har blitt knyttet til ADHD som er i ordinært arbeid og hvor lett eller vanskelig det har vært med tilknytning til arbeid for deres del. Hvis jeg også hadde intervjuet en gruppe som hadde fått sin adferd knyttet til diagnosen som var i ordinært arbeid. Kunne det kommet frem forhold som kunne si noe om hvilke positive determinanter som har bidratt til tilknytning til ordinært arbeid for deres del.

Det er en økende andel mennesker som får sin adferd knyttet til diagnosen ADHD. En del får knyttet adferden til diagnosen som barn og bærer den med seg inn i voksen alder, og en del får diagnosen som voksen. Det er begrenset med forskning som ser på hvordan mennesker selv erfarer å få adferden knyttet til ADHD. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at å få knyttet egen adferd til ADHD kan gi utfordringer med selvbildet og det kan medføre at personer vil ha økte hjelpebehov. Det er en risiko for stigmatisering, og økende grad av

konforme standarder for hva som betegnes for normal adferd. De individuelle belastningene dette medfører tilsier at det er behov for ytterligere forskning i forhold til denne gruppen, med tanke på hva som kan bidra til videre hjelp.

Referanseliste

- Advokat, C. (2010). What are the cognitive effects of stimulant medications? Emphasis on adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34, 1256-1266.
- American Psychiatric Association. (2015). DSM-V, Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lastet ned 07.01.2015 fra <http://www.dsm5.org/documents/adhd%20fact%20sheet.pdf>.
- Asherson, P., Akehurst, R., Kooij, S., Huss, M., Beusterien, K., Sasané, R., Gholizadeh, S. & Hodgkins, P. (2012). Under Diagnosis of Adult ADHD: Cultural Influences and Societal Burden. *Journal of attention Disorders*. Vol. 16(5), pp. 205-385.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York, NY: Guilford.
- Biederman, J. & Faraone S. V. (2006). The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *Medscape General Medicine*, 8, 12.
- Blascovich, J. & Tomaka J. (1991). Measures of Self-Esteem. In Robinson, J. P., Shaver, P. R. & wrightman, L. S. (Eds.) *Measures of social Psychological Attitudes*. (3. ed., pp 115-160). California: Academic Press.
- Blikø, I. K. K. (2008). ADHD hos voksne: En undersøkelse av diagnostikk, komorbiditet og problembelastning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 45, No.5, pp. 536-544.
- Bolt, I. & Schermer, M. (2009). Neroethics. 2: 103-111. DOI 10.1007/512152-008-9031-7.
- Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R. & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a quality study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 10:47 doi:10.1186/1477-7525-10-47.
- Canu, W. H., Newman, M. L., Morrow, T. L. & Pope, D. L. W. (2008). Social Appraisal of Adult ADHD. Stigma and Influences of the Beholder's Big five Personality Traits. *Journal of Attention Disorders*. Vol. 11, pp. 700-710.
- Chriss, J. J. (2007). *Social control: an introduction*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Conrad, P. (2006). Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behavior. Great Britain, Wiltshire: Ashgate Publishing Limited.
- Conrad, P. (2007). The medicalization of society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. USA, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 51:S67.
- Conrad, P. & Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD adults: Observation on the expansion of medical categories. *Social problems*. Vol. 47, No. 4, pp. 559-582.
- Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: Charles Scribner's Sons.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*. Vol. 59, pp. 614-625.

Davidson, M. A. (2008). Literature Review: ADHD in Adults, a review of the literature. *Journal of Attention Disorders*. 11(6) 628-641.

Faraone, S., Sergeant, J., Gillberg, C., Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*. 2(2): 104-113.

Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J.-P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, a. M., & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The british Journal of Psychiatry*. 190: 402-409.

Folkehelseinstituttet (2014). ADHD – faktaark. Publisert 02.01.2007, endret 11.06.14. Lastet ned 08.01.2015 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,5726&MainContent_6261=6464:0:25,5727&List_6212=6218:0:25,5732:1:0:0:::0.

Fredriksen, M., Dahl, A., Martinsen, E., Klungoyr, O., Faraone, S. & Peleikis, D. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. Vol. 6., pp. 87-99.

Giddens A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in Late Modern Age*. Cornwall, Great Britain: Polity Press.

Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H. & Rasmussen, K. (2012). Functional Impairment and Occupational Outcome in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. Vol. 16, No. 7, pp. 544-552.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster, Inc.

Halmøy, A., Fasmer, O., Gillberg, C. & Haavik, J. (2009). Occupational Outcome in Adult ADHD: Impact of Symptom Profile, Comorbid Psychiatric Problems, and Treatment. *Journal of Attention Disorders*. Vol. 13, pp. 175-187.

Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*. Vol. 90, Suppl. 1, pp. 12-17. Doi: 10.1136/adc.2004.059006.

Helsedirektoratet: Nasjonale faglige retningslinjer IS-2060 (2014). ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse - nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling. Oslo.

Hogg, M. A., Terry, D. J. & White, K. M. (1995). A tale of two theories: A critical comparison of identity theory with social identity theory. *Social Psychology Quarterly*. Vol. 58, No. 4.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Johnson, A. G. (2000). *The Blackwell Dictionary of sociology: A user's guide to Sociological Language*. Oxford, OX, UK; Malden, Mass., USA: Blackwell Publishers.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demier, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E. & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 163, No. 4.

Kvale S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Kvam, L., Vik, K. & Eide A.H. (2014). Importance of Participation in Major Life Areas Matters for Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*. Doi: 10.1007/s10926-014-9545-2.

Langegaard, L. L., Rasmussen, S. B. & Sørensen, A. (2006). *Viden, videnskab og virkelighed*. (1. utg.). Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., van den Bree, M., Harold, G., Owen, M., O'Donovan, M. & Thapar A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*. 196: 235-240.

Lebovitz, M. S. (2013). Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *Journal of Attention Disorders*. Doi: 10.1177/1087054712475211.

Lensing, M., Zeiner, P., Sandvik, L. & Opjordsmoen, S. (2014). Psychopharmacological Treatment of ADHD in Adults Aged 50+: An Empirical Study. *Journal of Attention Disorders*. DOI: 10.1177/1087054714527342.

Lian, O. S. (2006). Den moderne Eos-myten. Om medikalisering som modernitetsfenomen. *Sosiologisk tidsskrift*. Nr. 1.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Mannuzza, S., Castellanos, F. X., Roizen, E. R., Hutchison, J. A., Lashua, E. C. & Klein, R. G. (2011). Impact of the Impairment criterion in the Diagnosis of Adult ADHD: 33-Year Follow-Up Study of Boys With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 15(2) 122-129.

Matheson, L., Asherson, P., Wong, I. C. K., Hodgkins P., Setyawan, J., Sasane, R. & Clofford, S. (2013). Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 13:184. doi: 10.1186/1472-6963-13-184.

Mordre, M., Groholt, B., Sandstad, B. & Myhre, A. (2012). The impact of ADHD symptoms and global impairment in childhood on working disability in mid-adulthood: a 28-year follow-up study using official disability pension records in a high-risk in-patient population. *BioMed Central Psychiatry*. 12: 174. doi: 10.1186/1471-244X-12-174.

Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J. & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention deficit and Hyperactivity disorders*. Volume 4, Issue 3, pp 101-114.

Nettleton, S. (2006). *The Sociology of Health and Illness*. (2. ed.). Cambridge: Polity Press.

Newark, P. E., Elsässer, M. & Sieglitz, R. D. (2012). Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. DOI: 10.1177/1087054712459561.

Næss, S. C. K. & Tjora, A. (2012). Medikalisert lydighet? Mødres møte med ADHD. I Tjora, A. (Red.), *Helse-sosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*. (1. utg., s. 79-99). Dimograf, Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Parens, E. & Johnston, J. (2009). "Facts, values, and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an update on the controversies". *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*. 3(1):1.

Postholm, M. B. (2010). Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier. (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ramos-Quiroga, J.A., Montoya, A., Kutzelnigg, A., Deberdt, W. & Sobanski, E. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Current medical research and opinion*. Vol. 29, 1573.

Renolen, Å. (2008). Forståelse av mennesker – innføring I psykologi for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget.

Robins, R. W., Hendin, H.M. & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. Vol. 27, 151-161.

Robinson, J. P., Shaver, P. R. & Wrightsman, L. S. (Red.). (1991). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes. Volume 1* in Measures of Personality and Social Psychological Series. London: Academic Press.

Rose, N. (2007). *The politics of life itself*. Princeton: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rush, N., Lieb, K. Bohus, M. & Corrigan, P. W. (2006). Selv-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services*. Vol. 57, pp. 399-402.

Schelleman, H., Biler, W. B., Kommel, S. E., Daniel, G. W., Newcomb, C., Guevara, J. P. & Hennessy, S. (2012). Methylphenidate and risk of serious cardiovascular events in adults. *American Journal of Psychiatry*, 169, 178-185.

Schmitt, D. P. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and social Psychology*, 89, 623-642.

- Singh, I. (2008). "Beyond polemics: science and ethics of ADHD". *Nature Reviews Neuroscience*. 9(12): 957-64.
- Sosial- og helsedirektoratet: Veileder IS-1244 (2007). Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD, Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne. Oslo.
- Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi*. (2. utg.). Dimograf, Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thagaard, T. (2013). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Timimi, S. & Leo, J. (2009). *Rethinking ADHD. From brain to culture*. London: Palgrave Macmillan.
- Timimi, S & Taylor, E. (2003). In Debate: ADHD is best understood as a cultural construct. *The British Journal of Psychiatry*. 184(1) 8-9. DOI: 10.1192/bjp.184.1.8.
- Torgersen, T., Krokstad, S. & Vaaler, A. (2014). Factors associated with a positive occupational outcome during long-term central stimulant treatment in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. DOI 10.1007/s12402-014-0135-0.
- Vaage, S. (red.) (1998). Å ta andres perspektiv. Grunnlag for sosialisering og identitet. Georg Herbert Mead i utvalg. Oslo: Abstrakt forlag as.
- Werner, A. (2011). Et sosiologisk perspektiv på legekonsultasjonen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131:2032-4. doi:10.4045/tidsskr.110037.
- Westover, A. N., & Halm, E. A. (2012). Do prescription stimulants increase the risk of adverse cardiovascular events? A systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12, Article 41.
- Wilens, T. E., Morrison, N. R., & Prince, J. (2011). An update on the pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11, 1443-1465.
- World Health Organization. (2015). ICD-10 version 2015, Chapter V, Mental and behavioural disorders (F00-F99). Lastet ned 17.07.2015 fra <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F90-98>.
- Young, S., Murphy, C. M. & Coghill, D. (2011). Avoiding the 'twilight zone': recommendations for the transition of services from adolescence to adulthood for young people with ADHD. *BMC Psychiatry*. 11:174. doi:10.1186/1471-244X-11-174.
- Zucker, M., Morris, M., Ingram, S., Morris, R. & Bakeman, R. (2002). *Psychological Assessment*. Vol. 14, No. 4, 379-389.
- Øie, M., Sundet, K. & Ueland, T. (2011). Neurocognition and functional outcome in early-onset schizophrenia and attention-deficit/hyperactivity disorder: A 13-year follow-up. *Neuropsychology*, 25(1), 25-35. doi:10.1037/a0020855.

Vedlegg 1 Intervjuguide

1. Fortell om hvordan det var å få diagnosen ADHD?
 - a) Hvem var det som tok initiativ til at du skulle utredes?
 - b) Hvordan reagerte andre på at du fikk diagnosen?
 - c) Hvilken type behandling får du?

2. Kan du beskrive hverdagen din med diagnose og medisineringsom som voksen, i møte med
 - a) Ordinært arbeid
 - b) Arbeid i arbeidsmarkedsbedrift
 - c) Familie
 - d) Venner

3. Hvis du sammenligner deg med andre uten din diagnose. Hva tror du er annerledes for deg når det gjelder
 - a) Arbeid
 - b) Familie
 - c) Venner

4. Fortell om hvordan du ser på deg selv? (Egenskaper, ferdigheter, kvaliteter, fornøyd, misfornøyd, sterk, svak osv.)
 - a) På hvilken måte er diagnosen en fordel for deg?
 - b) Er det ting du ikke kan gjøre på grunn av diagnosen?
 - c) Hvordan tror du andre mennesker ser på personer med ADHD?

5. Hvilke ønsker og mål har du for fremtiden?
 - a) Hvordan ser du på din mulighet til å få oppfylt dine ønsker og mål for fremtiden?
 - b) Hvis du sammenligner deg med andre, har du samme mulighet til å oppnå dine ønsker og mål?

6. Er det noe du har lyst til å fortelle om din diagnose/behandling, som vi ikke har snakket om?

Vedlegg 2 Godkjenning fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Ramunas Kazakauskas	73567510	17.07.2014	2014/674/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			19.06.2014	

Vår referanse må oppgås ved alle henvendelser

Marit Solbjør
NTNU

2014/674 Hvordan kan voksnes selvbilde påvirkes av å inneha diagnosen ADHD

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: Marit Solbjør

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble første gang behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 09.05.2014. Vedtak ble da utsatt. Tilbakemelding ble mottatt 19.06.2014. Tilbakemeldingen ble vurdert av komiteens nestleder på fullmakt med hjemmel i forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale (original)

Prosjektet vil undersøke hvordan voksne med ADHD erfarer å få en ADHD-diagnose og hvordan de opplever at å ha en diagnose samt hvordan medisinerer påvirker deres selvbilde. Tidligere forskning på dette er begrenset og prosjektet vil tilføre ny kunnskap om hvilke utfordringer personer med ADHD-diagnose opplever i arbeidslivet. Prosjektet vil slik bidra med en en forståelse av diagnosen utover den biomedisinske, og kan gi økt kunnskap om hvilken hjelp personer med ADHD ønsker for å kunne delta i arbeidslivet. Det vil gjennomføres semistrukturerte intervju med voksne som innehar diagnosen ADHD. Intervjuet vil omhandle deres opplevelse fra hverdagen, og hvordan denne artar seg for dem. Dette på tiltak i arbeidsmarkedsbedrift og/eller i ordinært arbeid, og i møte med venner og familien. De aktuelle informantene er på arbeidsrettet tiltak i arbeidsmarkedsbedrift, søkt inn fra NAV. Varighet på de ulike tiltak er fra 3 mnd. til 3 år, slik at alle informantene er der på midlertidig basis.

Vurdering

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, tilbakemelding og plan for gjennomføring. Ved første gangs behandling av søknaden ba komiteen om en mere detaljert beskrivelse av rekrutteringsprosedyren, mere informasjon om hvem som foretar intervjuene og en betenkning omkring forskning på eget felt. Komiteen ba samtidig om noen administrative endringer til informasjonsskrivene.

Komiteen vurderer at prosjektleder har besvart spørsmålene angående rekruttering og intervjugjennomføring samt forskning på eget felt på en god og fyllestgjørende måte. Prosjektleder har informert at intervjueren er ansatt som veileder i samme bedrift som informantene, men det understrekes at vedkommende ikke vil delta i rekrutteringsprosessen og ikke vil intervju informantene som vedkommende har veilederansvar for.

Informasjonsskrivet er revidert i tråd med komiteens bemerkninger.

Prosjektet framstår som forsvarlig, og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt.

Vilkår for godkjenning

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i tilbakemeldingen datert 19.06.2014, søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Prosjektslutt er angitt til 01.07.2015. Data skal derfor oppbevares til 01.07.2020, for deretter å slettes eller anonymiseres.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 01.01.2016, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen
Siri Forsmo
Dr.med.
Nestleder, REK midt

Ramunas Kazakauskas
Førstekonsulent

Kopi til:anne.trine.kjorholt@svt.ntnu.no

Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047 Blindern
N-0316 Oslo
Norge
Tel: +47 22 38 21 17
Fax: +47 22 38 54 50
nsd@iuh.uio.no
www.nsd.uio.no
Orgnr. 969 221 884

Marit Solbjør
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 30.04.2014

Vår ref: 38508 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.04.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>38508</i>	<i>ADHD og selvbilde</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marit Solbjør</i>
<i>Student</i>	<i>Kari Skjeggstad Volden</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uio.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kari Skjeggstad Volden karvolde@online.no

Documentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Aktiveringstidspunkt: 27.04.2014 09:05

NSD AS | Universitetsgt 1, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo | Tel: +47 22 38 21 17 | nsd@iuh.uio.no
NSD AS | Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim | Tel: +47 73 49 18 19 | kare@konsekvent.no
NSD AS | NSU, Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø | Tel: +47 77 91 40 20 | nsd@iuh.uio.no

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 38508

Formålet er å se på hvordan voksne med ADHD opplever hverdagen på ulike livsarenaer, og hvordan dette påvirker deres selvbilde. Økt kunnskap på dette området, kan si noe om hvilke områder for forskning og hjelp, utover det biomedisinske, som kan vurderes for de med denne diagnosen.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men dato for prosjektslutt må tilføyes (01.06.2015).

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc /mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Vedlegg 4 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”ADHD og selvbilde”

Trondheim, 09.09.2014

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke hvordan det oppleves for voksne å ha diagnosen ADHD eller ADD. Formålet med studien er å vite mer om hvordan du opplever å ha diagnosen ADHD eller ADD når du er på arbeid, sammen med familie, eller sammen med venner. Bakgrunnen for at du blir spurt er fordi du har ADHD eller ADD og er på tiltak i arbeidsmarkedsbedrift. Studiet er en del av en masteroppgave i samarbeid med NTNU. Spørsmål til studien kan rettes til Marit Solbjør ved Institutt for Sosialt arbeid og Helsevitenskap ved NTNU, per mail; marit.solbjor@svt.ntnu.no Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Hva innebærer studien?

Deltakelse i studien innebærer å være med på et forskningsintervju som er en samtale mellom deg og en forsker. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd og vil siden bli skrevet ut som tekst for videre analyse.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene du gir vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som vil ha tilgang til utskriftene fra intervjuet med deg. Lydopptak og utskriftene fra intervjuet vil bli slettet ved prosjektslutt, som er 01.06.2015. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Frivillig deltakelse. Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke fra å delta i studien. Hvis du nå sier ja til å delta, kan du likevel trekke deg senere uten at dette vil få noen konsekvenser for deg. Det har ingen betydning for ditt tiltak ved arbeidsmarkedsbedriften om du takker nei eller trekker deg. Hvis du er interessert i å delta i denne studien kan du sende mail til; karvolde@online.no eller ringe eller sende SMS til mobil 92234464

Vennlig hilsen

Kari Volden

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 5 Kategorier

Hovedkategorier

Diagnostisering og medisinerings

Beskrivelser av seg selv

Ordinært arbeid

Praksis via arbeidsmarkedsbedrift

Underkategorier

Initiativ til utredning

Utredningen

Behandling

Tilleggsdiagnose

Unormal/syk

Bivirkninger av medisin, psykiske

Bivirkninger av medisin, fysiolog.

Positive virkninger av medisin

Seponere medisin

Symptomer

Identifisere seg med diagnosen

Variasjoner i adferd

Holdning til seg selv

Sammenligne seg med andre

Egne evner/ressurser

Behov for hjelp

Fortid/nåtid/fremtid

Tilknytning til arbeid

Hjelp og tilrettelegging

Holdninger på arbeidsplassen

Påvirkninger fra holdninger

Hverdagen i ordinært arbeid

Prestasjon og funksjon

Hjelp og tilrettelegging

Holdninger på arbeidsplassen

Påvirkninger fra holdninger

Prestasjoner og funksjon

	Samhandling
	Medisinering
Familie	Positive relasjoner
	Negative relasjoner
	Påvirkninger fra holdninger
	Selvstendighet
	Kommunikasjon
Venner	Akseptert
	Utestenging
	Påvirkninger fra holdninger
	Mobbing som barn/ungdom
	Konflikter
Stigmatisering	Antatte holdninger fra andre
	Opplevde holdninger fra andre
	Strategier for mestring
	Familiemedlemmer med ADHD