

Malin Olaussen

## **Feildiagnostisering av ADHD**

Er vi gode nok til å se bak atferden?

Masteroppgave i Spesialpedagogikk

Veileder: Per Egil Mjaavatn

Mai 2021



Malin Olaussen

## **Feildiagnostisering av ADHD**

Er vi gode nok til å se bak atferden?

Masteroppgave i Spesialpedagogikk  
Veileder: Per Egil Mjaavatn  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Institutt for pedagogikk og livslang læring



Kunnskap for en bedre verden



## **Sammendrag**

ADHD er den mest utbredte diagnosen blant barn og unge i Norge i dag. Forskere og fagfolk er uenige om diagnosen er underdiagnostisert eller overdiagnostisert. Forskning viser at det er mye feildiagnostisering av ADHD-diagnosen, og at det ofte er andre bakenforliggende årsaker. Disse bakenforliggende årsakene kan gi barn og unge symptomer som ligner ADHD symptomer. Forskning viser også at utredningen ikke er god nok, og at journalene ikke er godt nok dokumenterte. I og med at andre bakenforliggende faktorer som vold, overgrep, omsorgssvikt og psykiske lidelser kan gi like symptomer, kan ADHD-diagnosen være med på å skjule traumatiske hendelser i barn og unges liv. For å sikre en fin og god oppvekst i skole og barnehage, så er det viktig at barna får den hjelpen de trenger. Lærernes holdninger til barnet og diagnosen vil ha mye å si for barndommen. Oppgaven tar for seg om fagfolk er gode nok til å se bak atferden til barn.

## **Abstract**

ADHD is the most common diagnosis among children and young people in Norway today. Researchers and professionals disagree on whether the diagnosis is underdiagnosed or overdiagnosed. Research shows that there is a lot of misdiagnosis of the ADHD, and that there are often other underlying causes. These underlying causes can cause children symptoms similar to ADHD symptoms. Research shows that the assessments are not good enough, and that it's not documented well enough in the medical records. Because other incidents like violence, abuse, neglect or psychiatric disorder cause similar symptoms, an ADHD diagnosis can end up hiding other traumatic incidents a child has experienced. To secure a good and safe childhood in school and kindergarten, it's important that the children gets the help they need. The teachers attitudes towards the child and the diagnosis will mean a lot for the child's childhood. The thesis will research if the professionals are good enough to look behind a child's behavior.

## Forord

Denne masteravhandlingen er en avslutning på studiet "erfaringsbasert masterprogram i spesialpedagogikk". Fra jeg begynte å jobbe i barnehage har jeg alltid syns det har vært givende å jobbe med barn som trenger litt ekstra hjelp og støtte i hverdagen. Valget ble dermed enkelt da jeg skulle utdanne meg videre.

Med både jobb og skole har vært noen slitsomme og krevende, men samtidig svært lærerike år. Jeg har lært og utviklet meg mye på denne tiden. Og nå sitter jeg her med masteroppgaven i boks. En utrolig deilig følelse!

For god hjelp og støtte underveis i arbeidet med masteroppgaven vil jeg takke veilederen min Per Egil Mjaavatn.

Jeg vil også takke alle informantene som deltok i spørreundersøkelsen. Uten dere hadde det ikke vært mulig og gjennomført studiet.

En stor takk sendes også til gode medstudenter for tips, ideer, faglig gode diskusjoner og samtaler. Og til mine tidligere og nåværende kollegaer for alt dere har lært meg, og lærer meg.

Jeg vil også takke Runar Strømsøe Viken for god hjelp og lesing av korrektur, samt familie og venner for at dere har troa på meg, og kommer med oppløftende kommentarer og godord.

Brønnøysund mai 2021

Malin Olaussen

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	1
Abstract .....	2
Forord .....	3
Figurliste .....	6
Tabelliste .....	6
Innledning .....	7
Forskningsspørsmål og avgrensing av oppgaven .....	8
Teoridel .....	9
Årsaksforhold - genetikkk .....	10
Årsaksforhold - nevrobiologisk .....	11
Demografiske kjennetegn .....	11
Utredning og diagnostisering .....	12
Komorbiditet .....	19
Feildiagnostisering .....	19
Miljøfaktorer og konsekvenser .....	22
Ansatte i barnehage og skolens holdning til diagnosen .....	24
Sterke sider .....	28
Fra barn til voksen .....	28
Covid-19 .....	29
Metode .....	30
Utvikling av problemstilling .....	30
Kvantitativ metode .....	30
Etikk .....	31
Anonymitet .....	31
Validitet og reliabilitet .....	32
Gjennomføring av studien .....	34
Kvaliteten av studien .....	35
Svakheter ved undersøkelsen .....	35
Drøfting av funn .....	36
Avslutning .....	58
Konklusjon .....	60



Litteraturliste .....	61
Vedlegg 1 - Spørreskjema .....	65

## Figurliste

Figur 1- 2008. Blikø. <a href="https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/05/adhd-hos-voksne-en-undersokelse-av-diagnostikk-komorbidity-og-problembelastning">https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/05/adhd-hos-voksne-en-undersokelse-av-diagnostikk-komorbidity-og-problembelastning</a> .....	15
Figur 2 - Hentet fra spørreundersøkelsen på nettsjema.no .....	32
Figur 3 - 2018. Pripp. <a href="https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet">https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet</a> .....	33

## Tabelliste

Tabell 1 - Alder ved diagnostisering.....	36
Tabell 2 - Traumatiske hendelser .....	37
Tabell 3 - Alvorlig syk eller skadet.....	38
Tabell 4 - Nærkontakter alvorlig syk eller skadet .....	39
Tabell 5 - Psykiske lidelser.....	39
Tabell 6 - Rusproblemer .....	40
Tabell 7 - Vold .....	41
Tabell 8 - Foreldre/foresatte utsatt for vold.....	42
Tabell 9 - Selvmord .....	43
Tabell 10 - Problematisk relasjon og hendelser .....	46
Tabell 11 - Egenopplevelse .....	47
Tabell 12 – Skolegang 1.....	49
Tabell 13 – Skolegang 2.....	50
Tabell 14 - Kartlegging og diagnostisering .....	52
Tabell 15 - Informasjon BUP .....	54
Tabell 16 - Skolen .....	55
Tabell 17 - Informasjon om diagnosen .....	55
Tabell 18 - Diagnosen.....	56
Tabell 19 - Riktig diagnose .....	57

## Innledning

Det har vært utfordrende å bestemme seg for tema for masteravhandlingen. I starten av studiet hadde vi samlinger hvor vi presenterte temaer som vi synes var interessante. Jeg hadde selv hatt mange tanker om hva som kunne være aktuelt å skrive om, men etter disse presentasjonene ble det enda vanskeligere å finne ut hva man skulle velge. Jeg jobber selv i barnehage og har møtt flere barn med ulike utfordringer. Disse barna gjør at det er mye innenfor det spesialpedagogiske feltet som interesserer meg. Valget falt til slutt på feildiagnostisering av ADHD.

Det dukker stadig opp artikler om feildiagnostisering av ADHD i media, som har medført at jeg har tenkt litt ekstra på dette. Ser vi på statistikken viser det seg at om lag 1 av 20 barn og unge vokser opp i hjem med vold (barnemishandling). Vi ser også at 1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter oppgir at de har opplevd seksuelle overgrep i barne- og ungdomsårene (Folkehelseinstituttet, 2019). Dette viser at det er mange barn som lever under svært uheldige forhold. Når jeg ser på denne statistikken, lurer jeg alltid på hvor mange systemet ikke greier å fange opp.

I de siste årene har det vært en økning i diagnostisering av ADHD. Mange av disse journalene er ikke godt nok dokumentert, og diagnostiseringen ikke er utført på riktig måte. Det viser seg at kun halvparten av diagnosene som er utført er godt nok dokumentert. Mange har fått diagnosen uten at kriteriene for diagnosen var oppfylt. Forskere fra Folkehelseinstituttet mener flere barn har fått diagnosen ADHD stilt på tynt grunnlag (Lein, 2019).

En undersøkelse av sykehuset Innlandet viser mangler ved utredning kan være årsaken til at flere pasienter har fått ADHD diagnose, uten at symptomene var alvorlige nok. Ut ifra undersøkelsen viser det seg at diagnosen kan ha blitt stilt bortimot dobbel så hyppig enn ellers i Norge. Dette betyr at over 200 av 460 pasienter fra 2012 frem til 2020 kan ha fått feil diagnose (Øyhovden, 2020).

ADHD diagnoser kan være med på å skjule omsorgssvikt, vold og overgrep. Forskning viser at det å vokse opp i et miljø med voldelig og straffende oppdragelsesmønster kan føre til utvikling av atferdsproblemer. ADHD symptomer kan også ligne på symptomene på opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD). Symptomene som kjennetegner ODD er konsentrasjonsproblemer, impulsivitet, opposisjon og uro. Mørch (2013) anslår at det er i gjennomsnitt et barn i hver klasse, som igjen tilsvarer ca. 4 prosent av alle barn i Norge (Solhaug, 2013).

I en rapport fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet vises det til flere studier fra utlandet. Disse studiene tyder på ADHD diagnoser er forbundet med mishandling, omsorgssvikt eller seksuelle overgrep. Fra studiene kan man se at ADHD var den diagnosen som var hyppigst brukt på barn som hadde opplevd seksuelt misbruk (Solhaug, 2013)

Jeg håper med denne oppgaven at jeg kan bidra til å belyse hvor viktig det er å se bak atferden hos barna. Selv om et barn har fått en diagnose, så må man fortsatt følge med. Som nevnt tidligere, viser flere studier at diagnosen ADHD kan være med å dekke over omsorgssvikt, mishandling og seksuelle overgrep.

### **Forskningsspørsmål og avgrensning av oppgaven**

Jeg skal i denne oppgaven se på hvor viktig det er å se barnet. Når et barn får en diagnose er det lett å tenke at oppførelsen er på grunn denne diagnosen, og at man dermed glemmer å se bak atferden. I media kommer det stadig artikler om feildiagnostisering, og at utredningen ikke er god nok.

Problemstilling: Er vi gode nok til å se bak atferden?

Problemstillingen støttes opp av følgende forskningsspørsmål:

- Er utredningen god nok?
- Hva skjer når barn får diagnosen ADHD?

## Teoridel

ADHD står for attention deficit hyperactivity disorder, og er et relativt nytt begrep i historisk sammenheng. Forkortelsen ADHD blir brukt i Norge og mange andre engelskspråklige land. Det som kjennetegner mennesker med ADHD er manglende konsentrasjonsevne, lav impuls kontroll og oppmerksomhetssvikt. Det er mange som får diagnosen, men det er ikke slik at den opptrer på samme måte hos alle. Personene må møtes som individuelle personer med sine individuelle behov og særtrekk (Engh, 2014).

ADHD-symptomer ble først beskrevet i Vest-Europa på slutten av 1700-tallet. Det var på denne tiden de begynte å innføre skolegang. Elevene måtte sitte stille og lytte til hva læreren hadde og si, og det ble dermed mer synlig hvem som strevde med å sitte stille og konsentrere seg. De første studiene på diagnosen ble basert på barn som hadde hatt hjernehinnebetennelse eller epilepsi. I starten ble det antatt at årsaken til den spesielle atferden var hjerneskade (Folkehelseinstituttet, 2016).

På 1900-tallet ble tilstanden kalt Minimal Brain Damage (MBD). Det var mange som var kritiske til navnet MBD da mange av barna som ble diagnostisert ikke hadde noe tegn til hjerneskade. De bruke også den samme diagnosen til de som hadde større hjerneskader. I 1937 kom den første medisinen, den hadde stor innvirkning på impulsive og hyperaktive barn. Ritalin er det medikamentet som oftest brukes til medisinerings av ADHD i dag (Spilde, 2005). Etter hvert ble MBD endret til Minimal Brain Dysfunction, og ble igjen endret til Hyperkinetic Reaction of Childhood i 1968. Da begynte det å komme ulike teorier om tilstandens opphav. Den gang ble tilstanden beskrevet som hyperaktivitet, som så ut til å forsvinne i ungdomsårene. Forskerne mente at tilstanden skyldtes mer arv enn miljø (Spilde, 2005). Rundt 1970 ble manglende impuls kontroll og konsentrasjonsvansker sett på som kjernen i diagnosen Hyperkinetic Reaction of Childhood. Det begynte også å dukke opp teorier om miljøgifter som bly kunne ha innvirkning på oppførselsen (Spilde, 2005). I 1987 ble begrepet igjen omgjort til Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Folkehelseinstituttet, 2016). Forskerne ble mer oppmerksomme på at impulsivitet og konsentrasjonsvansker var et større problem enn hyperaktivitet. De fant også ut at disse trekkene ved tilstanden også fulgte mange av barna inn i ungdomstiden og i voksen alder. I dag er ADHD delt inn i tre kategorier: de som er hyperaktive og impulsive, andre er passive og uoppmerksomme og den tredje kategorien er de med en kombinasjon av de to første kategoriene (Spilde, 2005).

Oppgjennom tiden har forståelsen rundt diagnosen stadig endret seg. De symptomene som blir brukt når man setter en diagnose i dag er tidligere beskrevet i medisinsk litteratur. DAMP (Deficit in attention, motor control and perception) og MBD (minimal brain dysfunction) er begreper som tidligere har vært brukt på lignende tilstander. Klassifikasjonene på hva som er ADHD blir oppdatert og revidert etter behov. Det vil si at både kriteriene for å sette diagnosen, og beskrivelsen av ADHD stadig er i utvikling og endres over tid. Hyperkinetisk reaksjon fra 1968 regnes som forløperen til ADHD. I 1980 ble begrepet for diagnosen endret til attention deficit disorder/ADD, her ble det også skilt mellom to typer ADD, en type med hyperaktivitet og en uten. I 1987 ble begrepet igjen endret til ADHD. Frem til 1994 var diagnosen ADHD forbeholdt barn og unge. Fra 1994 kunne også voksne få diagnosen, og i 2005 fikk voksne tilgang til medisiner for behandling (Hannås, 2019).

*"Nevropyskologiske undersøkelser av voksne med AD/HD avdekker problemer med fokusert og vedvarende oppmerksomhet, særlig distraherende stimuli, problemer med å holde tilbake og hemme responser, samt problemer med arbeidsminnet"*

(Dramsdhal 2012; Engh, 2014).

Diagnosen blir satt ut fra en vurdering av situasjonen til hver enkelt og her er det mange faktorer som spiller inn. Det er slik at diagnosen kun gis hvis man har så store vansker at det skaper problemer i flere livssituasjoner. Man må også se vanskene opp mot normalatferd hos andre barn på samme alder. Når man må sitte stille og konsentrere seg, blir ofte vanskene mer synlige, og derfor blir diagnosen ofte oppdaget først når barnet begynner på skolen (Engh, 2014).

Symptomene på diagnosen kan vises fra barna er små og vare inn i voksen alder. Det er enighet mellom forskere at diagnosen skyldes en kombinasjon av flere årsaksfaktorer. Her spiller både genetiske og miljømessige forhold inn (Hennås, 2019). Forståelsen av diagnosen endres med tiden vi lever i. De senere årene har det vært mye forskning på området, og det meste av forskningen kommer fra den vestlige delen av verden. I fremtiden bør vi få mer kunnskap og større forståelse på hvordan kulturelle og sosiale forhold påvirker ADHD-diagnosen (Folkehelseinstituttet, 2016).

Det har vært en stor økning i forekomster av ADHD de siste årene, og det er stor forskjell på hvor mye det har økt rundt om i verden, fra 2,2% til 17,8%. I USA hadde de en økning på 42% fra 2003 til 2011. Disse tallene indikerer 7,2% forekomst hos mennesker fra 0 til 18 år. Resultatene av slik forskning har fått mye kritikk, noen hevder at diagnosen er overdiagnostisert, andre mener den er underdiagnostisert, men de aller fleste er enige om at ADHD blir feildiagnostisert (Manos, Giuliano, Geyer, 2017).

Denne økningen kan ha sammenheng med endringer i definisjoner av ADHD. Selv om dette kan ha litt å si for økningen, så er det mer sannsynlig at det er økt bevissthet og annerkjennelse rundt symptomer som gir størst effekt på økningen. I USA ser man at retningslinjene for å sette en ADHD-diagnose ikke er strenge nok, noe som er med å bidra til feildiagnostisering. I en studie viser det seg at bare halvparten av klinikerne fulgte diagnostiske retningslinjer for å bestemme symptomkriterier fra minimum to kilder, men studien viser likevel at de rapporterte de aller fleste, og de fikk umiddelbart utskrevet medisin (Manos, Giuliano, Geyer, 2017).

### **Årsaksforhold - genetikk**

I de aller fleste tilfeller er årsaksforholdet til ADHD genetisk. ADHD har en tendens til å ligge i familier, og kan overføres videre til andre generasjoner. Så mye som 80% av årsaksforholdet til ADHD er genetisk betinget (Dervola, 2009). Selv om mye av dette har med genetikk å gjøre, kan man ikke si at det er bare genetikk alene. Måten man blir behandlet av miljøet rundt deg vil være med å spille en stor rolle for hvordan man utvikler seg. Diagnosen vil kunne være en kombinasjon mellom miljøfaktorer og genetiske faktorer (Nigg JT, et al, Helsedirektoratet, 2018).

Forskere ved Universitetet i Bergen har vært med på en internasjonal studie om genetikk og ADHD. Studien viser at hvis man har bestemte genetiske variasjoner så er sannsynligheten høy for at man har ADHD. Jan Haavik (2018) sier at dette er et stort gjennombrudd i forskningen på ADHD. Denne forskningen øker forståelsen av det biologiske grunnlaget for diagnosen. Han håper dette vil være med på å endre synet på ADHD diagnosen, og påpeker at det ikke primært handler om dårlige holdning, oppdragelse eller miljø (Andreassen, 2018).

### **Årsaksforhold - neurobiologisk**

ADHD blir regnet som en neurobiologisk utviklingsforstyrrelse. Det som kjennetegner dette er konsentrasjonssvikt, rastløshet, impulsivitet og uro (ADHD Norge, 2016). Ifølge Bryhn (2009) viser undersøkelser gjort av hjernens struktur at mennesker med ADHD har en funksjonsforstyrrelse. Det er denne forstyrrelsen som gjør at mennesker med ADHD får symptomer som konsentrasjonssvikt, rastløshet og lignende. Folkehelseinstituttet (2016) skriver at diagnosen blir i dag regnet som en nevropsykiatrisk forstyrrelse. De viser til at tilstanden er assosiert med endringer i sentralnervesystemet, altså endringer i hjernen. For mer enn 70 år siden kom de første antakelsene etter at de hadde observert effekten av sentralstimulerende medikamenter hos barn med urolig atferd. Senere forskning viser at signalstoffet dopamin er involvert i flere funksjoner som er påvirket hos personer med ADHD. I MR-undersøkelser kan man se endringer i hjernen til personer med diagnosen. Ut ifra undersøkelsene kan man se strukturelle og funksjonelle forskjeller, og det er også mulig å se forsinket modning av noen områder i hjernen. Det er likevel ikke sikkert at det er slik hos alle som har diagnosen (Folkehelseinstituttet, 2016).

Thyssen (2010) hevder at det er denne forstyrrelsen i hjernen kan være utløst av arv, alkohol, tobakk og andre uheldige påvirkninger i graviditeten. Man kan også få denne forstyrrelsen i hjernen hvis barnet blir født for tidlig, eller at barnet pådrar seg hjerneseskader i de første leveårene (Brustad, 2011). Det er omdiskutert hvorvidt oppvekstmiljøet kan gi symptomer på ADHD. Studier viser at barn som er utsatt for ekstrem vanskjøtsel i tidlig barndom kan utvikle symptomer på ADHD. Andre faktorer som foreldrenes psykiske helse og hard oppdragerstil er assosiert med ADHD, men det er ikke påvist som årsaksfaktorer (Folkehelseinstituttet, 2016).

### **Demografiske kjennetegn**

Forskning viser også at det er noen demografiske kjennetegn som henger sammen med ADHD diagnosen. Den sier at det er en større risiko for at foreldre med lav utdanning og/eller unge foreldre får barn med ADHD sammenlignet med andre. Hva som er årsaken til denne sammenhengen har man ikke nok kunnskap om per i dag (Folkehelseinstituttet, 2016).

## Utredning og diagnostisering

Diagnosen ADHD er en medisinsk betegnelse det betyr at det er visse betingelser som må være oppfylt for at den skal kunne gis. Hvilke betingelser som ligger til grunn for diagnosen er det Verdens helseorganisasjon (WHO) eller Den amerikanske psykiaterforeningen som bestemmer. WHO benytter klassifikasjonssystemet ICD-10, mens Den amerikanske psykiaterforeningen benytter DSM-5. Disse organisasjonene bestemmer hvilke kriterier som må være oppfylt for ulike lidelser og tilstander skal falle inn under spesifiserte diagnosebetingelser (Engh, 2014).

I Norge bruker vi ICD-10 som klassifikasjonssystem for diagnoser. I dette systemet er diagnosen betegnet som hyperkinetisk forstyrrelse. Det amerikanske klassifikasjonssystemet DSM blir betegnelsen ADHD brukt. Både klinikere og forskere i Norge refererer til begge disse systemene, men i Norge er det ICD-10 som ligger til grunn når en diagnose blir satt (Hennås, 2019).

*"ICD-10 er den tiende revisjonen av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer. Den periodiske revisjonen av ICD er siden sjette revisjon i 1948 koordinert av Verdens helseorganisasjon (WHO). ICD-10 ble vedtatt av Verdens helseorganisasjon i 1990 og utkom i 1992. I Norge har Statens helsetilsyn hatt ansvar for utarbeidelsen av en norsk utgave spesielt tilpasset norske forhold."*

(Malt, 2019).

Klassifikasjonssystemet ICD-10 beskriver hyperkinetisk forstyrrelse som en gruppe lidelser hvor symptomene ofte oppstår i løpet av de 5 første leveårene. ADHD blir basert på trekk fra ulike typer atferd som er vanlig for diagnosen. Sentrale trekk for ADHD diagnosen er:

- *"manglende utholdenhet i aktiviteter som krever kognitivt engasjement og en tendens til å skifte fra én aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig*  
*kombinert med*
- *en form for uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet"*

(Hennås, 2019)

Det amerikanske klassifikasjonssystemet DSM-5 beskriver ADHD diagnosen med tre sentrale trekk: vedvarende mønster av hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsvansker.

- Hyperaktivitet viser seg via rastløshet og uro, fikling og plukking på gjenstander. De har også gjerne et høyt motorisk aktivitetsnivå.
- Impulsiviteten beskrives som nedsatt evne til å tenke seg om, har en tendens til å forstyrre eller avbryte andre og har vansker med å vente på tur.
- Konsentrasjonsvanskene viser seg ved at det er vanskelig å organisere arbeidsoppgaver og egen aktivitet. De har også vansker med å holde fast ved oppgaver over tid.

(Hennås, 2019)



*"Hovedforskjeller mellom DSM-5 og ICD-10 krever at både konsentrasjonsvansker og hyperaktivitet/impulsivitet er til stede for å sette diagnosen Hyperkinetisk forstyrrelse. DSM-5 gir mulighet til å stille diagnosen ADHD dersom en person bare har symptomer fra ett domene. Begge diagnosesystemene krever at symptomene skal ha vært til stede i barneårene, men aldersgrensen er satt høyere i DSM-5 enn i ICD-10. Disse to forskjellene gjør at DSM-5 favner flere personer enn diagnosen Hyperkinetisk forstyrrelse i ICD-10. Forekomsttall basert på DSM-diagnoser vil derfor normalt være høyere enn tall basert på ICD-systemet" (Folkehelseinstituttet, 2016).*

Barn med hyperkinetisk forstyrrelse er oftere utsatt for ulykker, de er mer impulsive og uforsiktlige sammenlignet med barn uten denne diagnosen. Hos mange kan man se en sosial atferd med mangel på normal tilbakeholdenhet og forsiktighet, og de kan dermed bli sosialt isolert. Mange med denne diagnosen har også tilleggsvansker. Alt dette gjør at mange av de også får en dyssosial atferd og har lav selvfølelse (Hennås, 2019). Av Verdens helseorganisasjon (WHO) blir hyperkinetisk forstyrrelse beskrevet slik:

*"Gruppe lidelser kjennetegnet ved tidlig debut (vanligvis i løpet av de fem første leveårene), manglende utholdenhet i aktiviteter som krever kognitivt engasjement, og tendens til å skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig, i kombinasjon med uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet. Flere andre avvik kan forekomme. Hyperkinetiske barn er ofte uforsiktlige og impulsive, utsatt for ulykker og får oftere disiplinærvansker på grunn av tankeløse brudd på normer og regler, mer enn på grunn av bevisst utfordrende atferd. De viser ofte sosialt uhemmet atferd med mangel på normal forsiktighet og tilbakeholdenhet, de blir upopulære blant andre barn, og de kan bli isolert. Kognitive forstyrrelser er vanlige, og spesifikke motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser er uforholdsmessig hyppige. Sekundære komplikasjoner omfatter dyssosial atferd og lav selvfølelse" Helsedirektoratet (2018).*

Hyperkinetisk forstyrrelse blir også delt inn i flere undergrupper.

1. Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet
2. Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse
3. Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser
4. Uspesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser

(Helsedirektoratet, 2018).

Verdens helseorganisasjon har en litt strengere definisjon på diagnosen enn den amerikanske psykiaterforeningen, men det er likevel små forskjeller på definisjonene (Haugen, 2008; Engh, 2014). Engh (2014) skriver også at det ikke alltid er enighet om diagnostiseringen blant fagpersonene, da de har ulik grad av kunnskap på området. Dette medfører at resultatet av en utredning kan variere i stor grad basert på hvilke fagpersoner man møter.

De som utreder og diagnostiserer ADHD i Norge er spesialisthelsetjenesten. For at en ADHD-diagnose skal kunne stilles er det slik at symptomene skal ha vart i minst seks måneder, og oppstå før barnet har fylt 12 år. For å oppfylle kravene til diagnosen skal symptomene skape betydelige vansker i hverdagen, og symptomene må vise seg i flere ulike situasjoner (ADHD Norge, 2016). De fleste får diagnosen i tidlig skolealder, da har

gjerne symptomene vært til stedet i noen år. Det viser seg at å få diagnosen tidlig vil være en fordel for barna. Hjernen er mer formbar og fleksibel når man er et barn. Ved tidlig diagnosesetting kan det derfor være lettere for barna å lære seg nye måter å forholde seg til omverden på (Folkehelseinstituttet, 2016).

De første tegn til ADHD oppdages som oftest av de som står barnet nærmest. Altså først og fremst foreldre, barnehage/skole eller helsestasjonen. Ved mistanke om ADHD blir det meldt videre til PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste) eller fastlegen. Her fra vil barnet meldes videre til BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk), som utreder barnet og setter diagnoser. Hvis diagnosen blir satt er dette et resultat av en helhetsvurdering, og den stilles bare hvis symptomene vises på flere arenaer (Helsenorge, 2020).

Diagnoser innen psykisk helse er per i dag basert på observasjoner. Diagnosemanualen for ADHD lister opp ni symptomer for hyperaktivitet og impulsivitet, og ni for oppmerksomhetsvansker. De som er ansvarlige for utredningen må da observere om minst seks av ni symptomer innenfor hver kategori er til stede i ulike situasjoner. Det skal observeres om vanskene fører til betydelige vansker i hverdagen og om disse vanskene har vart over tid. Det er også viktig at alternative forklaringer på symptomene også vurderes. Det betyr at mye av arbeidet med å utrede vil dreie seg om å vurdere om andre tilstander kan gi lignende symptomer (ADHD Norge, 2016). Øie (2015) presiserer at ADHD lignende symptomer ikke skal kunne forklares bedre av andre somatiske tilstander eller psykiske lidelser. Hun sier også at traumatiske livshendelser som overgrep og omsorgssvikt kan gi symptomer som ligner på ADHD.

Det er mange psykiske lidelser som har symptomlikhet med ADHD-diagnosen: mani, depresjon, personlighetsforstyrrelser som dyssosial, dramatiserende, emosjonell ustabil (Aanonsen, 2000; Blikø, 2008), rusmisbruk og generalisert angst (Searight, Burke & Rottnek, 2000; Blikø, 2008). Lidelsene nevnt ovenfor har alle karakteristika som skiller seg fra ADHD. Når en diagnose skal settes må man være nøye slik at man ikke forveksler med noen av disse lidelsene. I tabellen nedenfor kan man se hvordan disse diagnosene skiller seg fra ADHD diagnosen (Blikø, 2008). Når man ser på listen under, kan man se de store likhetene ADHD-diagnosen har med andre diagnoser. De som utreder, må dermed ha kompetanse til å se hva som skiller de ulike diagnosene for å kunne sette riktige.

**TABELL 1. DIFFERENSIALDIAGNOSER SOM MÅ VURDERES VED ANTATT ADHD.**

Psykisk lidelse	Fellestrekk med ADHD	Forskjellig fra ADHD
Depresjon	Opplevelse av dårlig konsentrasjon, oppmerksomhets- og hukommelsesvansker, forandringer i stemningsleie	Dysforisk stemningsleie over dager og uker, anhedoni, spiseforstyrrelser
Mani	Hyperaktivitet/impulsivitet, oppstemthet, vansker med å holde fokus, humørsvingninger.	Oppstemthet som varer lenger, vrangforestillinger.
Generalisert angst	Nervøsitet/rastløshet/ uro, konsentrasjonsvansker	Overdreven frykt og engstelse, somatiske angstsymptomer
Rusmisbruk	Konsentrasjons- og hukommelsesvansker, humørsvingninger	Rusmisbruk kjennetegnet ved: vansker i sosiale relasjoner og familieliv, og fysiologisk og psykologisk toleranse og abstinenssymptomer
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	Impulsivitet, sinneutbrudd, affektustabilitet og følelse av kjedsomhet og tomhet	Fellestrekkene er mindre situasjonsbetinget, mellommenneskelige relasjoner preget av svingninger mellom kjærlighet og hat, selvskading
Dyssosial (antisosial) personlighetsforstyrrelse	Uansvarlig oppførsel, tar lite hensyn til andres følelser og behov, har ofte rusproblemer og er engasjert i kriminell aktivitet	Grusomhet overfor andre mennesker og/eller dyr, ufølsomhet overfor andres følelser, mer utpreget fysisk aggresjon, ingen anger etter å ha skadet andre
Passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse	Utsetter og/eller fullfører ofte ikke oppgaver og gjøremål	Unnlater å gjøre ting eller er sendreiktig med vilje
Dramatiserende personlighetsforstyrrelse	Kan være selvsentret, ønsker rask behovstilfredsstillelse, liten toleranse for å vente. Er gjerne sentrum i sosiale situasjoner	Ekstremt avhengig av ros og selvbekreftelse, føler seg uvel i situasjoner der andre er i sentrum

Figur 1- 2008. Blikø. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/05/adhd-hos-voksne-en-undersokelse-av-diagnostikk-komorbiditet-og-problembelastning>

For å kunne sette en ADHD-diagnose, så må barnet vurderes opp mot punktene i listen under. I del 1 så må barnet ha minst 6 symptomer, i del 2 minst 3 symptomer og del 3 minst 1 symptom. Det presiseres at det ikke er nødvendig å oppfylle alle punktene under hvert hovedpunkt (Psykia AS – senter for spesialbehandling, 2007).

## **"DEL 1: UOPPMERKSOMHET / KONSENTRASJONSVANSKER (K), MINST 6 SYMPTOMER**

- 1. Lite oppmerksom på detaljer eller gjør ofte slurvfeil**
  - *Må arbeide langsomt for å unngå å gjøre feil*
  - *Leser ikke instruksjoner nøye*
  - *Er dårlig i arbeid med detaljer*
  - *Bruker for mye tid til detaljer*
  - *Graver seg ned i detaljer*
  - *Jobber for raskt og gjør derfor feil*
- 2. Vansker med å holde på oppmerksomheten i forbindelse med arbeidsoppgaver**
  - *Klarer ikke opprettholde oppmerksomheten over tid på oppgaver, med mindre temaet oppfattes som svært interessant*
  - *Blir raskt avledet av egne assosiasjoner/tanker*
  - *Har vansker med å se en film ferdig eller å lese en bok, med mindre temaet oppfattes som svært interessant*
  - *Går fort lei, med mindre temaet oppfattes som svært interessant*
  - *Spør om ting som allerede har vært diskutert*
- 3. Hører ofte ikke etter når man blir tilsnakket direkte**
  - *Er drømmende eller fraværende*
  - *Vansker med å konsentrere seg om en samtale*
  - *Vet i etterkant ikke hva samtalen dreide seg om*
  - *Skifter ofte samtaleemne*
  - *Andre sier at du virker fraværende*
- 4. Følger ikke instruksjoner og får ikke gjort ferdig husarbeid eller oppgaver på jobben**
  - *Begynner på flere ting uten å fullføre dem*
  - *Vansker med å fullføre noe når det ikke lenger er nytt og interessant (spennende)*
  - *Trenger tidsfrister for å bli ferdig med oppgaver*
  - *Vansker med å fullføre administrative oppgaver/ papirarbeid*
  - *Vansker med å følge bruksanvisninger*
- 5. Vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter**
  - *Vansker med å planlegge daglige gjøremål*
  - *Har det rotete hjemme og/eller på arbeidsplassen*
  - *For mye planlegging eller ineffektiv planlegging*
  - *Inngår regelmessig dobbeltavtaler*
  - *Kommer for sent*
  - *Kan ikke bruke en avtalebok konsekvent*
  - *Er lite fleksibel og må holde seg til planen*

- Dårlig tidssans
  - Lager planer, men bruker dem ikke
  - Trenger andre til å strukturere ting
- 6. Unngår ofte oppgaver som krever en vedvarende mental anstrengelse / vedvarende konsentrasjon**
- Utsetter ofte kjedelige eller vanskelige oppgaver
  - Utsetter oppgaver slik at tidsfrister ikke overholdes
  - Unngår monotont arbeid som administrasjon/ papirarbeid
  - Liker ikke å lese på grunn av den mentale anstrengelse som kreves
  - Unngår saker som krever mye konsentrasjon
- 7. Mister ofte ting som er nødvendige for oppgaver eller aktiviteter**
- Mister lommebøker, nøkler eller avtalebøker
  - Forlegger ofte ting
  - Mister papirer du trenger på jobben
  - Bruker mye tid på å lete etter saker og ting
  - Rydder bort saker og ting på feil plass
  - Mister lister, telefonnumre eller notater
- 8. Blir ofte lett avledet av ytre stimuli**
- Vansker med å stenge ute ytre stimuli
  - Vansker med å plukke opp tråden etter å ha blitt avledet
  - Blir fort avledet av lyder eller ting som skjer
  - Lett for å lytte til andres samtaler
  - Vansker med å sile/sortere informasjon
- 9. Ofte glemsk i daglige gjøremål**
- Glemmer avtaler eller andre forpliktelser
  - Glemmer nøkler, avtalebok, telefon etc
  - Må ofte minnes på avtaler
  - Må gå hjem for å hente glemte saker og ting
  - Må krysse av på et skjema for ikke å glemme ting
  - Glemmer å skrive/se i avtaleboken

## **DEL 2: HYPERAKTIVITET (H), MINST 3 SYMPTOMER**

- 1. Er ofte urolig med hendene eller føttene, eller har vanskelig med å sitte stille**
- Vansker med å sitte stille
  - Vipper med bena
  - Trommer med en penn eller fikler med noe
  - Biter negler eller fingrer med håret
  - Kan beherske uro, men blir anspent
- 2. Forlater ofte plassen sin i situasjoner der det forventes at man blir sittende**
- Unngår konferanser, forelesninger, gudstjenester etc
  - Går heller rundt enn å sitte stille
  - Sitter aldri lenge stille, er alltid i bevegelse
  - Blir anspent grunnet vansker med å sitte stille
  - Finner på unnskyldninger for å kunne bevege deg omkring
- 3. Følelse av rastløshet**

- *Føler en indre uro eller føler deg rastløs*
- *Har en konstant følelse av å måtte gjøre noe*
- *Vansker med å kunne slappe av*
- 4. Har ofte vansker med å delta i fritidssysler på en stillferdig måte**
  - *Snakker i sammenhenger der dette ikke passer*
  - *Ofte dominerende i selskaper*
  - *Er høyrøstet i alle slags situasjoner*
  - *Vansker med å gjennomføre aktiviteter stillferdig*
  - *Vansker med å snakke dempet*
- 5. Er ofte "på farten" eller handler som "drevet av en motor"**
  - *Er alltid opptatt med noe*
  - *Alltid på farten, må alltid holde på med noe*
  - *Overskrider egne grenser*
  - *Vansker med å kunne slippe et tema, kan ikke begrense seg/driver på*

### **DEL 3: IMPULSIVITET (I), MINST 1 SYMPTOM**

- 1. Buser ofte ut med svar før spørsmålene er ferdigstilte**
  - *Skravler i vei, snakker ukritisk*
  - *Sier ting uten å tenke deg om*
  - *Svarer folk før de har snakket ferdig*
  - *Fullfører andres setninger*
  - *Er taktløs*
- 2. Har ofte vansker med å vente på tur**
  - *Vansker med å vente i kø, trenger deg foran*
  - *Vansker med å være tålmodig i trafikk/kø*
  - *Vansker med å vente på tur i samtaler*
  - *Er utålmodig*
  - *Går fort inn i nye forhold/jobber eller avslutter på grunn av utålmodighet*
- 3. Avbryter ofte andres aktiviteter eller trenger seg på andre**
  - *Blander deg fort opp i det andre gjør*
  - *Avbryter andre*
  - *Forstyrrer folk i det de holder på med uten å være spurt*
  - *Kommentarer fra andre om at du blander deg inn*
  - *Vansker med å respektere andres grenser*
  - *Har en mening om alt og gir uttrykk for umiddelbart*
- 4. Snakker ofte overdrevent mye/i ett kjø**
  - *Snakker i vei så folk synes det er slitsomt*
  - *Er kjent for å snakke mye*
  - *Har vansker med å slutte å snakke*
  - *Tendens til å snakke for mye*
  - *Slipper ikke andre til i en samtale*
  - *Trenger mange ord for å si noe"*

(Psykia AS – senter for spesialbehandling, 2007)

Psykia AS (2007) påpeker også at ADHD-diagnosen kun stilles hvis plagene gir funksjonsvansker på flere områder, og symptomene medfører betydelige svekkelser eller

plager både i sosial, utdannings- eller yrkesmessig funksjon. For at diagnosen skal kunne settes skal det avklares at det ikke er andre årsaker til symptomene.

### **Komorbiditet**

Personer som er diagnostisert med ADHD kan også ha flere diagnoser. Dette blir kalt komorbiditet, og er vanlig blant barn og voksne. Når barn med symptomer på ADHD blir henvist til spesialisthelsetjenesten vet vi ikke sikkert om de også undersøkes for andre diagnoser, eller om disse blir registrert (Folkehelseinstituttet, 2016).

Vi vet at de fleste barn med ADHD også strever på andre områder. I skolealder har to av tre barn så store vansker at det fyller minst kriteriene for en tilleggsdiagnose. Tilleggsdiagnoser som ofte opptrer sammen med ADHD er atferdsforstyrrelser, spesifikke lærevansker, generelle lærevansker, depresjon og angstlidelser (Folkehelseinstituttet, 2016).

*"Over halvparten av barn og ungdom med ADHD og rundt 75 prosent av voksne med ADHD har samtidige tilleggsvansker som lærevansker, språkvansker, motoriske vansker, atferdsforstyrrelser, tics (ufrivillige motoriske bevegelser eller lyder), rusmiddelmissbruk, søvnvansker med flere. Hvis man har ADHD og ikke får hjelp til å mestre vanskene, kan man lettere utvikle psykiske lidelser og/eller rusmisbruk. Noen får kroppslige smerter fordi de ikke klarer å slappe av. Tilleggsvanskene kan hos noen være det som først fanges opp og forsøkes behandlet. Da er det viktig å vite at bak vanskene kan det være en ADHD-tilstand. Personer med alvorlige sykdommer kan også ha ADHD. For disse vil oppfølging og behandling av ADHD-tilstanden gjøre det enklere å følge opp annen type behandling"* (Øie, 2015). Selv om det noen ganger kan være en ADHD-tilstand kombinert med andre diagnoser, er det også viktig å huske på at ADHD-diagnosen ofte dekker over andre diagnoser siden symptomene er svært like.

### **Feildiagnostisering**

ADHD er en av de diagnosene som er brukt hyppigst blant barn og unge i Norge i dag. Tidligere har det vært store variasjoner i bruk av diagnosen i de ulike fylkene. Det viser seg at ved fylte 12 år hadde 2,1 % av norske jenter og 5,4% av gutter fått diagnosen ADHD. Når man ser på andelen barn viser det seg at det varierer fra 1,4% til 5,5 % mellom de ulike fylkene. En gjennomgang av 549 journaler hos barn viser at 49% av diagnosene ikke er godt nok dokumentert i journalen. De vanligste årsakene til at diagnosen ikke var godt nok dokumentert var mangelfullt samsvar mellom journalopplysninger og diagnosekriterier og en manglende differensialdiagnostisk vurdering (Surén, et al, 2018).

Hos de aller fleste barna i undersøkelsen var 98% av diagnosene satt av lege eller psykolog. De resterende 2% var diagnosen sannsynligvis registrert ved en feil, da forskerne ikke kunne finne opplysninger på at barna hadde fått diagnosen. I flere av journalene var det ikke samsvar mellom journalopplysningene og diagnose, noe som kan tyde på at barnet ikke oppfylte diagnosekriteriene. Som nevnt tidligere var mangelfull journal og differensialdiagnostikk andre viktige årsaker til at barn kan ha fått feil diagnose. Noen av barna hadde også fått diagnosen ADHD kun for å prøve ut medisiner, uten at det var sikkert

at de hadde diagnosen. Det var også noen som hadde fått satt diagnosen uten at det var opplysninger som viste endelig konklusjon (Surén, et al, 2018)

Forskernes konklusjon er denne: *"Det er behov for en gjennomgang av retningslinjen for utredning og diagnostikk, hvilke krav som bør stilles til journalføring og hvordan retningslinjen etterleves i klinisk praksis. Retningslinjen bør endres, slik at den setter en tydelig standard for utredningspraksis. Standardisert psykiatrisk intervju og evne- og utviklingstest bør for eksempel være obligatoriske komponenter i utredningen. Videre bør det utvikles gode og standardiserte metoder for observasjon av barn i skoler, barnehager og klinikk."* (Surén, et al, 2018).

I USA er potensielt en million barn feildiagnostisert med ADHD. En undersøkelse gjort av Michigan State University viser til at mange barn som er født seint på året blir diagnostisert med ADHD. Disse barna som er født seint på året kalles ofte desemberbarn, og er mer umodne enn de andre barna. I USA får mange av disse barna utskrevet Ritalin. Ritalin er et av medikamentene de bruker for å behandle ADHD. En langvarig behandling med Ritalin hos friske personer er bekymringsfull. Vi vet ennå ikke hvordan det vil påvirke barns helse. Det kan være stor forskjell på om barnet er 5 eller 6 år, dette må lærere og leger ta hensyn til når de skal utrede barnet. I følge Centers for Disease Control and Prevention er ADHD den mest diagnostiserte adferdsforstyrrelsen i USA. Ekspertene er svært uenige om utbredelsen av ADHD, noen mener diagnosen er overdiagnostisert og andre mener den er underdiagnostisert (Michigan State University, 2010).

Også i Norge har Institutt for samfunnsforskning sett på sammenhengen mellom å være født seint på året og ADHD diagnoser. De viser til studier fra flere europeiske land. Ut ifra studiene kan det se ut som om skolene selv forsøker å løse problemet med uro i klassen, som skyldes umodenhet med å gi barna diagnoser. Vi kan se at det er flere barn som er født seint på året som får en ADHD-diagnose, enn barn som er født tidlig på året. Det er helt naturlig at det er forskjell på barna som er født tidlig og seint på året. Det er bekymringsverdig hvis det å være født seint kan føre til at man blir diagnostisert med ADHD, og kanskje også medisineres for det. I internasjonale studier kommer det også fram, at det er større sannsynlighet for at de yngste barna blir diagnostisert med ADHD i store klasser (Forskning.no, 2016).

Heidi Aase har ledet arbeidet med å lage en statusrapport om ADHD i Norge. Ut fra rapporten kan vi se at rundt 3% har diagnosen i Norge, sammenlignet med andre land der mellom 3 – 5 % har diagnosen. Hun viser også til at det er flere gutter/menn som får diagnosen enn jenter/kvinner. Det er også store forskjeller mellom fylkene på hvor mange prosent som har diagnosen. For å sette en ADHD-diagnose skal man bruke en veileder på hvordan diagnostikk skal foregå. Ut fra rapporten kan man se at det brukes ulike metoder, og at det er forskjellige ideologier i de ulike fagmiljøene. Aase påpeker at det er svært viktig å ikke feiltolke umodenhet som et atferdsavvik. Det er slik at diagnosen skal bare settes når andre forklaringer eller diagnoser er utelukket (Forskning.no, 2016).

"Bedre beskyttelse av barns utvikling" en rapport utviklet av Barne- og familiedepartementet viser til studier fra utlandet, hvor ADHD-diagnoser er forbundet med mishandling, omsorgssvikt og seksuelle overgrep. En annen studie sammenligner voksne med og uten ADHD-diagnose. Studien viser at 17,6% av kvinnene og 20% av mennene



uten diagnosen hadde opplevd en form for omsorgssvikt, men hos de med ADHD-diagnose hadde 56,4% av kvinnene og 56,3% av mennene opplevd en form for omsorgssvikt. En rekke andre studier viser lignende funn (Solhaug, 2013). Solhaug (2013) skriver at i 1994 viser en studie at ADHD er den diagnosen som er hyppigst brukt på misbrukte barn. Hun hevder at også i andre typer atferdsdiagnoser kan det skjule seg overgrep i bunn.

*"Å finne ut av årsakene til symptomene er ikke alltid like lett. Diagnosesetting skjer ut ifra mange atferdskjennetegn hos barnet, samt fysiske tegn. For eksempel vil skitne og ødelagte klær kunne vekke mistanke. Og man må snakke med barnet for å få innsikt i hva barnet selv mener. Men som terapeuter kan man gjøre feil, selv om det ikke skal skje. I det foreldreveiledningsprosjektet jeg jobber med, De Utrolige Årene, jobber vi med å forebygge feil kontinuerlig fordi vi vil at terapeutene alltid skal være på "alerten" – for eksempel når det gjelder vold og overgrep. Likevel tror jeg mange som utreder barn og unge har kjent en nagende angst og uro for om vi har gjort det rette eller ikke, sier Mørch" (Solhaug, 2013).* Dette viser igjen hvor viktig det er å undersøke hva som ligger bak atferden, før en diagnose eventuelt settes.

I 2013 fikk over 17 500 norske barn medikamenter i forbindelse med ADHD-diagnose. Ifølge Folkehelseinstituttet er Norge et av landene i Norden som mediserer flest barn. Norge ligger også på verdenstoppen når det gjelder barn med ADHD-diagnose. Hvor mange av disse barna som har vært utsatt for vold og overgrep, og burde vært behandlet på andre måter har man ikke tall på. Forhåpentligvis har de fleste fått rett diagnose, men for de som har fått feil er dette svært alvorlig. Disse barna vil da ikke bli skånet for vold og mishandling, og risikerer å bli medisinert mot en diagnose de ikke har (Solhaug, 2013).

*"Vi vet at vold og mishandling i barndommen kan føre til varige, nevrologiske utviklingsskader. Menneskets hjerne er ikke ferdig utviklet før i 25-årsalder og er meget sårbar for slike belastninger. Skadene skjer i det limbiske system, hippocampus og amygdala. Det kan føre til at barnet reagerer med angst overfor alle omsorgspersoner - også de som ikke er voldelige, for eksempel fosterforeldre. Barna blir emosjonelt ustabile og oppleves som vanskelige. Omsorgssvikt overfor små barn er derfor, men meget alvorlig sak, ikke bare fordi det er usigelig vondt for barnet, men det fører altså til varige skader, understreker Willy-Tore Mørch (Solhaug, 2013).*

Barn med ADHD-diagnose utsettes også for vold og overgrep. Noe som gjør at diagnosen kan være riktig, selv om utredningen ikke er god nok (Aase; Solhaug 2013). Igjen vil jeg poengtere at det er viktig å se bak atferden hos barnet selv om barnet har en diagnose.

Mørch (2015) hevder at de ansatte i barnehage og skoler ikke er flinke nok til å melde fra når de mistenker vold eller overgrep mot barn. Han mener også at mange ansatte er for opptatt av å ha et godt forhold til foreldrene til barnet. Ansatte i barnehage og skole er pliktig til å melde fra, men mange kvier seg da de ikke ønsker å ødelegge relasjonen til foreldrene. Det at man ikke er helt sikker er også et moment som stopper ansatte fra å melde. Det er barnevernet som skal vurdere bekymringen og finne ut om det er hold i den, ikke de ansatte. Lene Sivertsen som er daglig leder ved støttesenteret mot incest og seksuelle overgrep i Troms, sier det er problematisk at folk ikke melder. Hun mener kompetansen på området må økes, og at man ikke må være redd for å tro på det barn forteller og tørre å sette barnet først (Jonassen, 2015).

## Miljøfaktorer og konsekvenser

Children´s Research Network (2017) hevder at andelen ADHD diagnoser hos barn under barnevernets omsorg er tre ganger høyere enn i befolkningen generelt (Klein, Damiani & dash; Taraba, Koster, Campbell og Scholz, 2015; McMillen et al., 2005; Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury and Weeks 2015; Children´s Research Network, 2017). De sier også at det er ingen som har greid å forklare hvorfor det er slik, men at flere forskere har kommet opp med ideer som tyder på at atferd oppfattet av fagpersoner kan være noe helt annet enn ADHD (Children´s Research Network, 2017).

De legger også vekt på at traumatiske hendelser i barndommen som omsorgssvikt eller emosjonelt misbruk ofte kan ha lignende symptomer som ADHD. Noe som gjør at det er stor sannsynlighet for feildiagnostisering når disse symptomene vises (Children´s Research Network, 2017).

Når man sammenligner hjerneutviklingsstudier for både ADHD og mishandling av barn, kan man se at resultatene viser betydelige likheter i hjernes områder som påvirker både ADHD og traumer fra barndommen (De Brito et al., 2013; Kelly et al, 2013; Children´s Research Network, 2017). Disse hjerneområdene er ansvarlige for hukommelse, emosjonell og sosial prosessering, beslutningstaking og emosjonell regulering (Nakamura et al., 2001; Onitsuka et al., 2004; Snowden, Thompson and Neary, 2004; Children´s Research Network, 2017). Ut fra dette kan vi igjen se at symptomer på ADHD og traumatiske livshendelser er like. Og dermed vil det kanskje også være lett å feildiagnostisere barn og unge hvis man ikke har undersøkt godt nok. Children´s Research Network (2017) mener også at det vil være lettere å oppdage disse symptomene i miljøer der barn må sitte i ro i lengre perioder og konsentrere seg, og/eller være rundt store grupper med mennesker der andres oppførsel lett kan mistolkes.

Hvis et barn stadig er utsatt for vold, aggresjon og høye lyder som roping vil et barns hjerne bli hengende i en slags konstant våken tilstand. På grunn av at barnet lever i en uforutsigbar situasjon, og barnet ikke er i stand til å vite når disse hendelsene vil inntreffe, er deres eneste måte å beskytte seg selv å være våken og på vakt (Children´s Research Network, 2017).

En person som er på vakt er gjerne rastløs, og i et klasserom vil de kunne se ut som de er stresset og distraheret. Barn som har opplevd traumatiske hendelser vil kunne ha en hjerne som forteller de at de må være på vakt til enhver tid. Dermed vil disse barna skanne miljøet for potensielle trusler. Det blir dermed vanskelig å konsentrere seg om de oppgavene de har blitt satt til å gjøre. Hvis noen roper til dem vil dette kanskje trigge traumene, og da vil barnet også ubevist tolke ansiktsuttrykk, kroppsspråk og bevegelser som truende. I slike situasjoner vil det være lett for fagpersoner å misforstå symptomene til barna. Noe som kan føre til at de blir henvist videre for utredning av ADHD, i stedet for å vurdere muligheten for at barnet kan ha vært utsatt for traumatiske hendelser (Children´s Research Network, 2017).

Å overse et tilfelle av pågående eller tidligere mishandling av barn til fordel for en ADHD-diagnose, vil påvirke måten personen forholder seg til menneskene rundt seg. Dette kan

også skape ytterlige psykiske vanskeligheter i fremtiden (McMillen et al, 2005; Children´s Research Network, 2017).

Flere studier viser klare sammenhenger mellom diagnosen ADHD og traumatiske livshendelser. Det viser seg at det er funnet en høyere forekomst av diagnosen hos barn og unge som har vært utsatt for overgrep. En undersøkelse gjort av WHO viser at barn som har opplevd negative livshendelser har en hyppigere forekomst av diagnosen. Det viser seg også at jo flere negative hendelser barn står overfor, jo sterkere vil symptomene bli (Reigstad og Kvernmo, 2015). Reigstad og Kvernmo (2015) viser også til en britisk undersøkelse der man ser at barn som har både ADHD og ODD hadde opplevd flere negative livshendelser, enn barn som hadde bare en av diagnosene.

En nasjonal registerundersøkelse av BUP viser at klinikerne i stor grad ikke fanger opp seksuell og/eller fysiske overgrep hos pasienter med diagnosen ADHD. Her er det stor fare for feildiagnostisering, som vil få store konsekvenser i form av feil behandling (Reigstad og Kvernmo, 2015). Ut fra undersøkelser kan man også se at det er dobbelt så høy forekomst av ADHD i familier med en forelder, sammenlignet med familier hvor det er to foreldre. Det er også forskjeller på familier med høy og lav inntekt. ADHD-diagnoser har seks ganger så høy forekomst i familier med lav inntekt. Sosiale forhold som eneforelder, sosialstøtte og lav utdanning øker sjansen for ADHD-diagnostisering av skolebarn (Reigstad og Kvernmo, 2015).

Konklusjonen til Reigstad og Kvernmo (2015) ble at godt over halvparten av barn og unge med diagnosen ADHD skårer i klinisk område to eller flere belastende livshendelser. En fjerdedel av barn og unge uten ADHD-diagnose skårer det samme. Undersøkelsen viser at voldelige livshendelser sammen med psykiske problemer og rus hos foreldre var sterkest assosiert med ADHD-skårer. For de som setter diagnosene vil det derfor være viktig å innhente informasjon om belastende livshendelser. De må se bak atferden til barnet. Hvis barnet skulle vært innenfor en PTSD-diagnose vil konsekvensene bli store ved feil behandling.

*"Det er viktig å huske på at det er mange faktorer som kan gi en opplevelse av indre uro og oppmerksomhetsvansker, og som kan gi symptomer som ligner på ADHD. Det kan være for høye krav, belastende livshendelser, omsorgssvikt, rusmiddelmisbruk, hodeskader, søvnvansker, bivirkninger av medisiner, redusert syn eller hørsel, dårlig ernæring, og en rekke psykiske og somatiske sykdommer. Om det er andre diagnoser som bedre kan forklare vanskene, kalles det differensialdiagnoser. Det er veldig viktig å undersøke om det kan ligge andre forhold bak før man stiller en ADHD-diagnose. Volds- eller overgrepserfaring må kartlegges. Ikke alt som ligner på ADHD er ADHD" (Øie, 2015).*

Andre miljøfaktorer kan spille inn på ADHD-diagnosen, enten alene eller med interaksjon av genene. Det viser seg at flere forhold i fosterlivet og når barnet kommer til kan ha betydning for utvikling av ADHD. En av de største risikofaktorene for å få diagnosen er lav fødselsvekt. Hvis man er født for tidlig er dette også en faktor som kan øke sjansen, uavhengig om fødselsvekten er lav. Andre faktorer rundt fødsel kan være at mor har følelsesmessige påkjenninger, at mor er eksponert for miljøgifter, lider av psykisk eller fysisk sykdom og inntak av alkohol under svangerskapet (Folkehelseinstituttet, 2016).

Igjen ser vi at det er mange miljøfaktorer som spiller inn og vil kunne gi de samme symptomene som ADHD. Det er derfor svært viktig at man undersøker godt før man setter en diagnose.

### **Ansatte i barnehage og skolens holdning til diagnosen**

Ansatte i skole og barnehage har en viktig jobb å gjøre for barna, spesielt de barna med ekstra utfordringer i hverdagen. Barn og unge med ADHD trenger voksne som ser de og jobber på deres lag. Det er viktig at disse barna føler de voksne har tro på dem, og som er der for å hjelpe de når de trenger det. Hvordan barna har det på skolen avhenger i stor grad av forholdet til de andre elevene og lærerne. Her må læreren stå fram som en god og tydelig leder, som både gir støtte og trygghet for deres læring og utvikling. Planlegging og systematisk arbeid må til for å skape et godt læringsmiljø. I et godt læringsmiljø har elevene et arbeidsfellesskap hvor de føler de hører til, der man aksepterer hverandres holdninger uansett hvilke utfordringer man har (ADHD Norge, 2016).

For å skape et positivt miljø i klassen er det viktig at læreren har tro på at eleven kan endre atferd. Elever med atferdsproblemer ønsker å mestre like mye som alle andre barn. Her blir det da lærernes oppgave å hjelpe eleven å mestre, og ha tro på at eleven kan klare det. Et klassemiljø må også ha fokus på at det er greit å være forskjellige. I en klasse må det være rom for alle. Elever med ADHD kan ta på seg ulike roller i klasserommet, en slik rolle kan være klovn. Eleven får de andre barna til å le, dette gjør de for å skjule det de ikke mestrer. Her må læreren være obs å se hva som skjer, da det er vanskelig å komme ut av slike roller. For at eleven skal være trygg og stole på lærerne må de opparbeide seg tillit hos eleven. Nøkkelen til å skape denne tilliten vil være troverdighet og forutsigbarhet. Denne tilliten vil bli bygd i situasjoner der eleven ser at lærerne er rettferdige og pålitelige. Man må også møte eleven med respekt, nysgjerrighet og åpenhet, men også faste grenser (ADHD Norge, 2016).

Barn og unge med ADHD vil kunne ha behov for terapi. Enten sammen med foreldre eller alene. Terapien vil kunne hjelpe barnet til å finne andre gode reaksjonsmåter og vil dermed kunne lære seg positiv atferd. I terapi jobbes det med kortsiktige mål, med både belønning og negative konsekvenser. Terapi kan bidra til at barnet får til å skape forutsigbare rammer i hverdagen, den vil også kunne hjelpe og støtte ansatte og foreldre i hvordan de møter barnet på en god måte. Å trene foreldre og ansatte til å forandre sine metoder i samhandlingen med barnet har ofte god effekt. Dette er med på å redusere konflikter og opposisjonellatferd hos barnet (Engh, 2014). Dette er de vanligste atferds terapeutiske tiltakene til klasserommet:

1. *"Strukturer skoledagen mest mulig slik at dagen preges av rutiner og forutsigbarhet.*
2. *Vær klar og tydelig når du forklarer hva slags oppførsel du forventer i klassen.*
3. *Gi eleven oppgaver på lik linje med de andre elevene, men forsikre deg om at han er i stand til å mestre oppgavene han blir pålagt.*
4. *Ros ofte, også når du hadde håpet at det skulle gå enda bedre.*
5. *Behold roen når eleven utagerer*
6. *Vær så konsekvent som mulig med dine reaksjoner"*

(Engh, 2014).

Engh (2014) lister også opp en rekke andre tiltak som man kan bruke hvis barnet er samarbeidsvillig.

1. *"Bevist bruke "time-outs" - f.eks. gå til en stille krok i klasserommet eller ut i korridoren når det er behov for det.*
2. *Finne ut i hvilke situasjoner han blir utrygg og engstelig.*
3. *Snakke om følelser i stedet for å handle ut fra dem.*
4. *Selv finne måter å roe seg på.*
5. *Sette seg mål og minne seg på dem ofte.*
6. *Delta i oppgaver og fysiske aktiviteter der han får sunne utløp for energien.*
7. *Lære hvordan han bør snakke med andre.*
8. *Skape seg en forutsigbar, daglig aktivitetsplan med fast struktur.*
9. *Finne gode måter å oppleve glede og tilfredstillelse på.*
10. *Lære seg hvordan han best mulig kan omgås sine medmennesker.*
11. *Finne måter å unngå for mange og sterke inntrykk på.*
12. *Lære seg å tolerere feil som noe selvfølgelig og greit"*

(Engh, 2014).

Disse tiltakene gjelder først og fremst hos barn og unge med diagnosen ODD (oppositional defiant disorder), men vil fungere godt hos de med ADHD også. De med ODD vil kanskje trenge mer strukturerte rammer i hverdagen enn de med ADHD. Når man jobber med barn, er det viktigste å skape trygge og gode relasjoner til barnet.

Her kommer noen råd til hvordan man skal forholde seg til disse barna:

*"Regel nr. 1. Ta vare på omsorgspersonene*

*Det aller viktigste er å hjelpe lærerne til ikke å miste tålmodigheten, optimismen og engasjementet. Dersom disse faktorene kan vedlikeholdes, er man kommet langt i veien mot suksess.*

*Regel nr. 2. Glem det som er normalt*

*Erfaringer tilsier at normale atferdsregler og konsekvenser ikke vil fungere for personer med ODD. Keim sier det er vanlig at foreldre kommer til ham med en sønn eller datter med ODD som har fått en sunn og god oppdragelse med vanlige regler og konsekvenser og søsken som fungerer godt. Problemene har oppstått på tross av den vanlige oppdragelsen og undervisningen som foreldre og lærer har gitt. Derfor er det nødvendig å ta i bruk nye tiltak.*

*Regel nr. 3. Finn fram til nye metoder for hvert barn*

*Den omsorgen, forsterkningen og konsekvenser som har virket godt for ett barn, virker ikke på det neste. Av grunner som det er vanskelig å forstå, er det nødvendig å eksprimintere og prøve seg fram med nye metoder for barn og unge med ODD-diagnoser, også metoder som man i utgangspunktet er skeptisk til.*

*Regel nr. 4. Ta hensyn til annerledes kommunikasjonsmåter og måter å lære på*

*Forskjellene i måter å kommunisere og lære på blir ofte feiltolket som stahet, og når vi gjør slike feiltolkninger, kan det forverre den opposisjonelle atferden. Når du har mistanke om at*

*eleven din har ODD, bør du undersøke å forstå i hvilken grad forskjellene i kommunikasjon og læring som har vært resultert i de vanskene som har oppstått.”*

(Kleim, 2013; Engh, 2014)

Helsedirektoratet (2018) skriver at kognitiv atferdsterapi har vært prøvd ut i åpne og kontrollerte studier hos voksne og ungdom med ADHD. Kognitiv atferdsterapi har også blitt prøvd ut hos personer med ADHD som har tvangslidelser i tillegg. Terapien blir brukt for å dempe symptomene. Studier viser at et behandlingsprogram på 8 uker reduserer symptomene på ADHD. Hos ungdom og voksne viser åpne studier med ulike behandlingsprogrammer med mindfulness meditasjon og dialektisk atferdsterapi en bedring i symptomene (Knouse LE et al, 2010; Helsedirektoratet, 2018). Det er usikkerhet rundt flere ting ved behandlingsmetoden, men metoden ser lovende ut. Flere studier viser gode effekter av kognitiv atferdsterapi hos voksne med diagnosen. En viktig faktor for god effekt av kognitiv atferdsterapi kan være samtidig behandling med medikamenter, men det er foreløpig ingen funn som underbygger dette (Helsedirektoratet, 2018).

Også hos barn viser det seg at kognitiv atferdsterapi som behandling for atferdsvansker gir god effekt. *“Kognitiv atferdsterapi viser seg velegnet også overfor barn og unge med atferdsvansker. Norsk forskning viser at to tredjedeler av barna ikke oppfyller kriteriene for atferdsvansker ett år etter behandling, og at effektene holder seg etter fem år.”* (Mørch, 2011).

Behandling med kognitiv atferdsterapi hos barn kan blant annet gjøres via barnestyrt lek, å motivere barnet, sette grenser, gi gode beskjeder, ignorering av atferd, å gi tenkepause, problemløsning, og de voksnes rolle (Mørch, 2011).

- Barnestyrt lek  
Leken blir brukt som en strategi for å snu et konfliktfylt forhold mellom foreldre, lærere og barn. I barnestyrt lek skal den voksne ha rollen som en god lytter og en interessert observatør, den voksne skal også unngå å stille krav til barnet. Slik hjelper man barnet med å erfare at det lykkes i leken, og er med på å skape tillit og trygghet i samspillet med voksne. De voksne bør også unngå å dra barnet inn i konkurranse- og regelpregede leker. La barnet lede leken, de voksne skal følge barnets initiativ (Hanf & Kling, 1973; Mørch, 2011). En lek hvor barnet styrer vil kunne hjelpe foreldre og lærere til å komme i posisjon til å hjelpe barnet både med utvikling av emosjonelle og kognitive funksjoner. Barn med atferdsforstyrrelser er ofte forsinket i emosjonell og kognitiv utvikling. De voksne blir lært opp til å følge leken gjennom å beskrive hva barnet gjør, hvordan barnet leker, og hvilke leker barnet leker med. Her vil de voksne være til stedet i leken, og de viser barnet at de er opptatt av leken, og hvordan de leker (Mørch, 2011).
- Å motivere barn  
Hvis barn har fått et negativt selvbilde vil de ikke kjenne seg igjen i ros som blir gitt. Mange av disse barna avviser ros. For å skape et positivt selvbilde må barnet oppleve at det lykkes formidlet via oppmuntring og ros. Da vil barnet kunne lære seg å sette pris på ros, hvis rosen gis på riktig måte. I behandlingsprosessen skal foreldre og lærere fortsette med å leke, og gi barnet beskrivende kommentarer. Når man kommer halvveis i behandlingsprosessen vil man introdusere de for

belønningssystemer og ros. I kognitiv atferdsterapi får foreldre og lærere hjelp til å lære å gi beskrivende ros. Foreldre og lærere lærer å fortelle barnet hva som var bra, og dermed unngår at rosen blir rettet mot barnets selvoppfatning (Mørch, 2011).

- Grensesetting

Når foreldre og lærere har greid å skape en positiv relasjon til barnet gjennom lek, belønningssystemer og ros, går man videre til å jobbe med grensesetting. Gode relasjoner mellom de voksne og barnet er en forutsetning for å gå videre i arbeidet. I kognitiv atferdsterapi blir grensesetting lært via gode beskjeder, ignorering, tenkepause og problemløsning.

- Beskjeder

Mørch (2011) viser til at forskning som hevder at foreldre til barn med atferdsproblemer gir barnet mellom 40 til 50 beskjeder kun i løpet av en halvtime, og at barnet ikke følger noen av disse (Webster-Stratton, 2009; Mørch 2011). Å gi få og konkrete beskjeder på et par utvalgte handlinger, i et positivt sosialt miljø på en rolig og høflig måte, er med å øke sannsynligheten for at barnet følger beskjeden.

- Ignorering

For å unngå å gi barnet oppmerksomhet på negativ atferd kan det være nyttig med ignorering. Barn gjør ofte mer av den atferden de får oppmerksomhet for. Gir vi oppmerksomhet på masing og opposisjon vil denne typen atferd øke. Hvis ignorering blir gjort på riktig måte vil denne type atferd først intensiveres og etter hvert avta. Den største utfordringen med ignorering er å holde ut når intensiveringen av atferden øker, greier man ikke dette vil det lære barnet utholdenhet (Mørch, 2011).

- Tenkepause

Hvis barnet utøver vold eller annen alvorlig utagering blir det brukt tenkepauser. Noen ganger brukes det også når barnet ikke følger beskjeder. Tenkepause blir forklart som en utvidet form for ignorering. Å reagere på vold og alvorlig utagering uten å komme i konflikt med barnet er utfordrende. Gir vi disse handlingene stor oppmerksomhet vil dette bidra til at barnet fortsetter med disse handlingene. Hvordan tenkepausene blir brukt har mye å si for hvor god effekten blir. Brukes tenkepausen riktig vil man unngå uheldige virkninger som, konflikt med barnet, verbale og fysiske straffereaksjoner som kan skape ubehag og angst hos barnet. Foreldre og lærere skal be barnet ta en tenkepause når barnet har utøvd uakseptable handlinger, tenkepausene skal være like lange som barnet alder, eller maks 5 minutter. I tenkepausen skal man ikke gi barnet oppmerksomhet. Hvis barnet nekter å gå til tenkepause kan man gi tilleggsminutter, eller andre straffer som å ta nettbrettet i to timer. Her får barnet valg, som de aller fleste lærer av ganske raskt. Når tenkepausen er over og barnet har roet seg, blir barnet umiddelbart invitert til en positiv aktivitet sammen med den voksne. En forklaring på hvorfor tenkepausen fungerer godt er at de voksnes atferd er rolig og trygg (Mørch, 2011).

- Problemløsning

Kan brukes når barnet er i konflikt med andre barn. Problemløsning er nok

den mest utfordrende metoden å bruke både for voksne og barn. Det viktigste er at barnet selv inviteres til å finne en god løsning på problemet. Under problemløsningen skal barnet lære om løsningen er rettferdig, gjennomførbar og om begge parter har gode følelser i forbindelse med løsningen. Den voksne skal lytte og anerkjenne barnets følelser, og få barnet til å se det fra det andre barnets perspektiv. Når barnet kommer opp med en god løsning på problemet, skal den voksne berømme barnet for det (Mørch, 2011).

- De voksnes rolle  
Kognitiv atferdsterapi har størst effekt når man jobber gjennom barnas omsorgspersoner. Forandrer man samspillet mellom barnet og de voksne får man tilgang til å påvirke mer enn ved individuell behandling av terapeut. For å oppnå god effekt er det viktig at foreldre og lærere opplever forholdet med terapeuten som et samarbeid. Selv om terapeuten har god kunnskap om behandlingsform, læringsprosesser, utviklingspsykologi og annen teoretisk og klinisk erfaring, har foreldre og lærere unik kunnskap om det enkelte barnet (Mørch, 2011).

### **Sterke sider**

Hvis vi ser oss rundt i næringslivet, så ser vi mange toppledere som har kommet ut med at de har ADHD. De har stor stå på vilje og de gir seg ikke før de får det til, de har også den ekstra energien til å greie å gjennomføre ideene sine. Når man snakker om diagnosen er det lett at det blir negativt ladet, men mange greier å vri vanskene og bruke de til noe positivt. Personer med ADHD er ofte veldig hjelpsomme, og lette å glede. Med et høyt aktivitetsnivå gjør mange det godt innen idrett, og de får også gjort mye på kort tid. Noen har også mange ideer de ønsker å sette til livs, og mange av de kommer lett i kontakt med andre (Engh, 2014). En ADHD-diagnose kan være en kjempe ressurs hvis man greier å bruke energien riktig.

### **Fra barn til voksen**

Det hevdes at ca. halvparten av de som blir diagnostisert med ADHD vokser av seg symptomene. Uroen blir mindre, og man får kontroll på konsentrasjonsproblemene og impulsiviteten (Duvner mfl., 1999; Engh, 2014). Forskning i dag viser at de som har ADHD lærer seg å kontrollere hyperaktiviteten med alderen, men at oppmerksomhetsproblemene og impulsiviteten vil være med de hele livet (Engh, 2014).

Engh (2014) mener at framtidsprognoene til barn med diagnosen avhenger av hvordan de blir møtt i barnehage og skole. Det er viktig at barna blir møtt på en god måte og at de ikke bare møter på nederlag. På skolen og i barnehagen må det være et trygt og godt miljø hvor barnet kan oppleve mestingsfølelse. Å leve med ADHD er krevende og mange voksne bruker medisiner i hverdagen. Medisinering kan gi perioder med bivirkninger som angst og andre emosjonelle problemer.

Tidlig innsats hos barn og unge med ADHD forbedrer mulighetene deres til en god framtid. Det er viktig at de som jobber med barn og unge med ADHD har kunnskap om diagnosen,



og hvilke tiltak som bør settes i verk. Manglende kunnskap kan gjøre at de barna ikke får den hjelpen de trenger. Man ser at særlig gutter som har en utagerende atferd har lettere for å havne i situasjoner hvor man må ha gode ressurser for å mestre. Og at flere av de havner i dårlige miljøer med kriminalitet. Det er likevel viktig å nevne at mange som har hatt en vanskelig barndom også klarer seg bra i livet, på tross av manglende oppfølging av skole, barnehage og hjem (Engh, 2014).

## **Covid-19**

Da Norge stengte ned i mars 2020 var mange bekymret for at det kunne lede til en økning av vold og overgrep i nære relasjoner. Koronarestreksjonene var strenge, skoler og barnehager ble stengt, og vi måtte holde oss mest mulig for oss selv. Dette medførte at vi får flere "lukkede rom" i samfunnet vårt, noe som kan være med på å øke risikoen for vold og overgrep. De gruppene som allerede er utsatte vil kunne bli enda mer sårbare i en slik nedstenging (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2021).

En av tre kvinner på verdensbasis opplever vold eller seksuelle overgrep, hovedsakelig fra partner. Siden utbruddet av covid-19 har volden mot jenter og kvinner i hjemmet økt (UN women).

Familier med dårlig økonomi og/eller familier der foreldre har dårlig psykisk helse, problemer med rus og kriminalitet, har blitt mye mer utsatt for vold og overgrep under de strenge smitteverntiltakene. Årsaken til dette kan være trange boforhold og dårlig tilknytning til arbeidslivet. Det er med å skape ekstra stress hos disse personene. Dårlig økonomi kan ha blitt en forsterket stressfaktor, og situasjonen i familier med vansker innen psykisk helse og rus kan ha blitt forverret under pandemien. Barn og unge med funksjonsnedsettelse har også under pandemien forhøyet forekomst av vold og overgrep i hjemmet. Dette er grupper som allerede er sårbare, men pandemien har nok også laget flere sårbare grupper. Mange har også opplevd vold og overgrep for første gang under pandemien (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2021).

Hvis det nå blir mange oppmeldinger til PPT på barn som har symptomer med ADHD, må man ha i bakhodet at det kan være andre ting som gir lignende symptomer.

## Metode

### Utvikling av problemstilling

Første faste i valg av metode var å velge problemstilling. Her må man finne noe man er interessert i å forske på. Man må også tenke på hvor mye man skal konkretisere for at oppgaven ikke skal bli for stor (Jacobsen, 2005). Målet med denne oppgaven er å se på om utredningen av ADHD diagnosen er god nok. Ser vi barna godt nok? Tør vi stille de vanskelige spørsmålene? Blir miljøfaktorene rundt barna sjekket godt nok før en diagnose blir satt? Jeg endte dermed opp med problemstillingen; Er vi gode nok til å se bak atferden? Problemstillingen vil være med på å legge føringer for hvordan forskningsprosjektet utformes. Det vil si at problemstillingen vil være med på å bestemme hva som blir naturlig valg av metode, hvilke informanter man må oppsøke, og hvordan man videre skal analysere de data som er samlet inn (Thagaard, 2018).

I forbindelse med problemstillingen ønsker jeg å nå ut til mange informanter. Da var det naturlig at valget av metode falt på kvantitativ metode. Kvantitativ metode blir beskrevet som en forskningsmetode som baserer seg på innsamling og analyse av data. Denne metoden tar for seg et større utvalg. Data som blir innhentet foreligger i tall eller andre mengdetermer (Store norske leksikon, 2020).

### Kvantitativ metode

Den kvantitative forskningsmetoden bygger på at sosiale fenomener har så stor stabilitet, at kvantitative beskrivelser og målinger er meningsfulle. Denne forskningsstrategien er gjerne deduktiv eller teoristyrkt (Ringdal, 2013). Denne forskningen baserer seg på mengder og tall. Med kvantitativ forskning forsker man i bredden, og har ofte mange informanter. Informantene får her relativt få spørsmål og svaralternativer. Data blir som oftest samlet inn via spørreskjema, og det blir gjort analyser ut fra svarene man får inn. Analysene som blir brukt er statistiske analyseteknikker som kan trekke ut tall og grafer ut fra den innsamlede dataen (Andersen, 2019). Kvantitativ metode bygger på forskerens egen erfaring og tidligere forskning som er gjort på området. Forskeren skal ha distanse fra informantene i studiet, og må være objektiv og nøytral. Det forskeren har samlet inn av informasjon skal være reliabel, valid og generaliserbar (Grønmo, 2004).

I kvantitativ metode ønsker man å bekrefte eller avvise en antakelse eller hypotese. Resultatet av forskningen skal være pålitelige og reproducerbare. En god forskningsstudie inneholder kunnskap som formidles til målgruppen studien er rettet mot. Innholdet må oppleves som meningsfylt, og det må være forståelig for andre forskere og de som leser artikkelen. En kvantitativ studie bør starte med introduksjon av studien og bakgrunnen for forskningen. I denne delen skal man legitimere og argumentere for gjennomføringen av studien. Til slutt må man ha et drøftingskapittel hvor man ser på resultatene. Her skal man drøfte hva resultatene betyr (Bjønnes & Gjevjon, 2019).

Det blir i denne oppgaven brukt analytisk design, da jeg da får sjansen til å studere sammenhenger. Sammenhengene vil være assosiasjoner og mulige årsakssammenhenger. Målet med en slik studie måle eller identifisere effekten av risikofaktorer og eksponeringer (Store Norske Leksikon, 2021).

Undersøkelsen vil være en tverrsnittsundersøkelse, det vil si at data registreres kun på et tidspunkt. En tverrsnittsundersøkelse er basert på spørreundersøkelser som bruker et større representativt utvalg, i et begrenset tidsrom hvor informantene bare svarer på undersøkelsen en gang. Hensikten er å samle inn kvantitative data som vil gi en statistisk beskrivelse av populasjonen, for at vi skal kunne se sammenhengen mellom ulike variabler. En slik undersøkelse vil være best egnet til å gi et øyeblikksbilde, og kan dermed ikke brukes til å gjøre slutninger i prosesser som utfolder seg over tid (Ringdal, 2013).

## **Etikk**

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har retningslinjer for forskningsetikk. NESH skal være et rådgivende organ som er faglig uavhengig. De skal sørge for at de forskningsetiske retningslinjene er gode verktøy for å fremme ansvarlig og god forskning (NESH, 2016).

NESH retningslinjer er forankret i forskningsetiske normer. Disse normene er med å regulere forskningsaktiviteten i ulike relasjoner og på ulike områder.


1. *"normer for god vitenskapelig praksis, knyttet til forskningens søken etter sikker, dekkende og relevant kunnskap (akademisk frihet, åpenhet, etterprøvbarhet etc.)*
2. *normer som regulerer forskersamfunnet (redelighet, etterrettelighet, habilitet, kritikk etc.)*
3. *forskningens forpliktelse overfor dem som deltar i forskningen (respekt, menneskeverd, konfidensialitet, fritt og informert samtykke etc.)*
4. *forskningens relasjon til resten av samfunnet (uavhengighet, interessekonflikter, samfunnsansvar, forskningsformidling etc.)"*

(NESH, 2016).

## **Anonymitet**

Når jeg lagde spørreundersøkelsen tenkte jeg over hvilke spørsmål som skulle være med. De spørsmålene som er med i undersøkelsen gjør det ikke mulig å gjenkjenne informantene. Jeg lagde spørreundersøkelsen på [www.nettskjema.no](http://www.nettskjema.no), her får man en link til å dele undersøkelsen videre. Dette gjør at jeg ikke har noen informasjon om informantene.

Når man klikker på link til spørreundersøkelsen kommer informasjonen i figur 2 opp. Her får man først informasjon fra nettstedet om at skjemaet skal være anonymt, og at man kan kontakte meg som er ansvarlig for skjemaet hvis man har spørsmål.

Skjemaet skal være anonymt. [Lukk](#) 

- Det lagres ingen informasjon automatisk om brukerkontoen din, selv om du skulle være logget inn
- Skjemaet skal ikke inneholde spørsmål som gjør at svaret ditt kan kobles til deg som person. Dersom du mener skjemaet likevel stiller spørsmål som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, meld fra til ansvarlig for skjemaet, [malinola@stud.ntnu.no](mailto:malinola@stud.ntnu.no).

*Figur 2 - Hentet fra spørreundersøkelsen på nettsjema.no*

Nedenfor dette feltet kan man lese litt om selve spørreundersøkelsen. Hvor jeg til slutt avslutter med å informere om at undersøkelsen er anonym og at identiteten til informantene vil bli holdt skjult. Jeg informerer også om at all data som blir samlet inn vil bli slettet når oppgaven er ferdig.

### **Validitet og reliabilitet**

Validitet går på om undersøkelsen måler det man vil måle og om det som er blitt målt er relevant. Reliabilitet viser til gjentatte målinger som blir gjort med samme måleinstrument gir samme resultat (Ringdal, 2013).

Vi måler studiens validitet fordi vi skal skaffe oss et beslutningsgrunnlag. For å få et godt beslutningsgrunnlag må resultatene ha en høy validitet og reliabilitet. Hvis resultatene vi baserer forskningen på ikke har et godt nok beslutningsgrunnlag står vi i fare for å treffe feilaktige beslutninger (Sander, 2019). Hvis vi får til å måle det vi ønsker å måle, blir dataene som vi samler inn relevante i forhold til våre hypoteser og forskningsspørsmål. Om funnene er generaliserbare dreier seg om de har gyldighet ut over konteksten og utvalget, og om funnene er relevante og anvendbare i andre situasjoner. Hvis forskningen skal bli sett på som troverdig, bør den være gyldig og pålitelig (Graarud, 2015).

Reliabilitet knyttes opp mot om undersøkelsen representerer den virkelige situasjonen, altså hvordan gjennomføringen av undersøkelsen har gått til. Reliabilitet er dermed et spørsmål om hvor nøyaktig man har målt (Sander, 2004; Graarud, 2015). For at vi skal kunne si noe om reliabiliteten er god må vi kunne få like målinger hvis vi repeterer undersøkelsen. Repeterer vi undersøkelsen flere ganger og får like målinger blir reliabiliteten høyere. (Polit og Beck, 2012; Graarud, 2015).

En undersøkelse med mange målefeil vil dermed gi lavere reliabilitet. For å unngå målefeil i måleprosessen må man være så nøyaktig som mulig. I en undersøkelse kan vi ha både systematiske og tilfeldige målefeil. De tilfeldige målefeilene går på måleinstrumentet, den som utfører målingen og informanten som skal måles. Systematiske feil kan dreie seg om feil med måleinstrumentene, uriktige målemetoder eller at informanten gir uriktige svar (Graarud, 2015).

Andre faktorer som kan gi målefeil er:

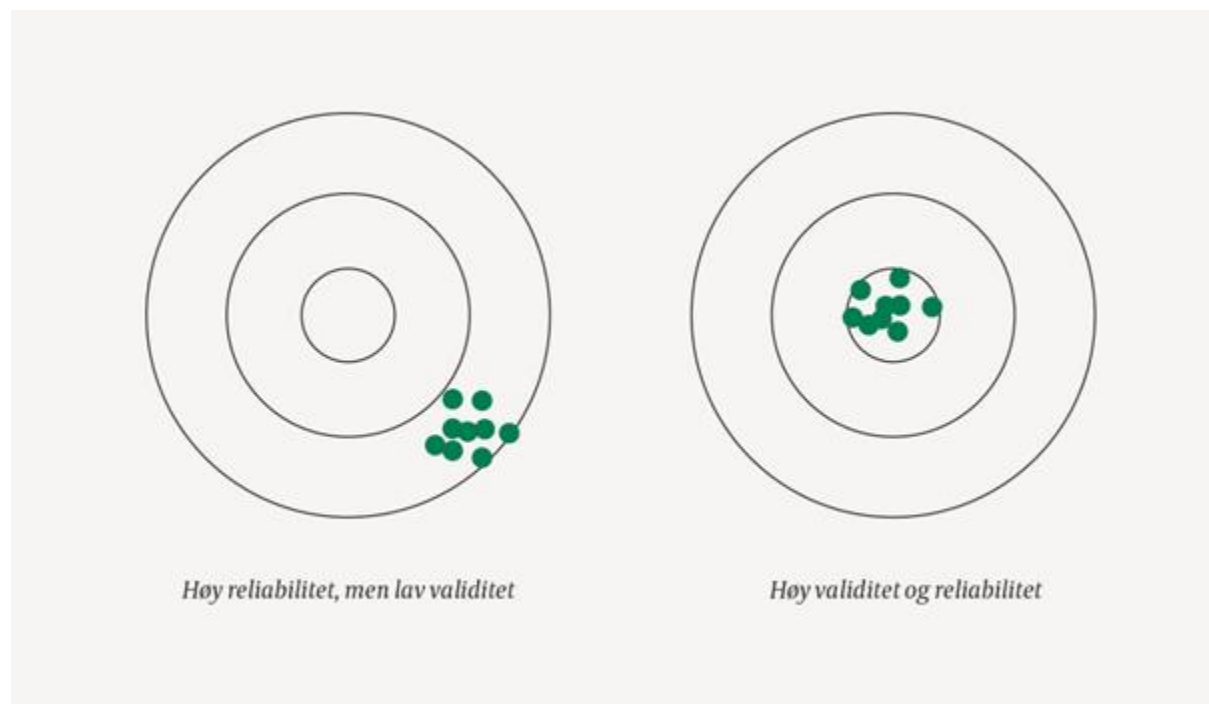
- Situasjonsbetingede feil. Disse feilene kommer av tidspunkt for undersøkelsen, lys, deltakerens oppmerksomhet og lignende.

- Forbigående personlige faktorer. Her kommer humør, motivasjon og trøtthet og lignende inn.
- Varianser innen administrering  
Man kan se endringer av metode for datainnsamling fra en informant til den neste informanten
- Misforståelser av bruken av måleinstrumentet kan gi store målefeil i en skåre.
- Formatet på måleinstrumentet. Hvordan utformingen på måleinstrumentet er kan være med å påvirke målingene.

(Polit & Beck, 2012; Graarud, 2015).

Høy validitet og reliabilitet er en forutsetning for en god operasjonalisering.

Operasjonalisering vil si å gi klare kriterier for hvordan begreper, sammenhenger og enheter skal representeres ved empiriske data (Dahlum & Grønmo, 2020). Validitet vurderes med sunn fornuft, argumentasjon og tidligere forskning (Thrane, 2018). God reliabilitet handler om at innsamlet data i liten grad påvirkes av tilfeldige målefeil (Kleven, 2014). Å ha god reliabilitet er ikke bra nok, man må også ha god validitet for å vite om vi måler det vi faktisk ønsker å måle. Et spørreskjema med spørsmål som ikke besvarer det vi ønsker vil se ut som skive 1 i bilde nedenfor. Greier vi dermed å spørre de rette spørsmålene ser man at man får både god reliabilitet og god validitet (Pripp, 2018).



Figur 3 - 2018. Pripp. <https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet>

I figur 3 ser man hvor viktig det er at spørsmålene treffer for å få en høy validitet og reliabilitet. Det er viktig at informantene leser informasjonen og spørsmålene godt før de svarer. Hvis de kun leser spørsmålene i spørreskjema og ikke informasjonen vil de kunne

misforstå og svare feil. Dette vil gjøre at reliabiliteten blir lavere, og at vi ikke får de svarene vi ønsker.

I min oppgave har jeg spørsmål om informantene har opplevd noen traumatiske hendelser før de fikk diagnosen. Hvis de ikke får med seg dette, vil de kanskje svare på om de har opplevd noen av disse hendelsene. Har de da opplevd de etter at de fikk diagnosen vil det bli feil i forhold til de svarene jeg ønsker.

## **Gjennomføring av studien**

I kvantitativ metode blir som oftest datainnsamlingen gjort med spørreskjema, disse blir sendt ut i posten eller delt på internett (Jacobsen, 2005). Valget falt på spørreskjema på internett da dette er enklere å gjennomføre i dagens samfunn. Så å si alt går over internett og de aller fleste er innom internett flere ganger for dag.

I spørreundersøkelsen har jeg delt inn i tre aldersgrupper 5-15, 15-25, 25-35. Da de aller fleste får diagnosen før de har fylt 35. Jeg utarbeidet også spørsmål som ville være relevante å få svar på i forhold til om utredningen av diagnosen er god nok. Videre opprettet jeg en spørreundersøkelse hos Universitetet i Oslo sine nettsider; [www.nettskjema.no](http://www.nettskjema.no). Dette var en veldig god og oversiktlig side, hvor det bare var å fylle inn spørsmålene.

Før jeg lagde spørreundersøkelsen tenkte jeg det ville være lurt å høre med ADHD Norge om de kunne hjelpe meg å dele undersøkelsen med deres medlemmer. Da de har mange medlemmer med ADHD rundt omkring i hele landet, og det ville kunne gi meg mange gode og pålitelige svar til oppgaven min. Tenkte også at oppgaven min senere vil kunne gagne de, med tanke på at den setter et fokus på feildiagnostisering av diagnosen. Svaret jeg fikk fra ADHD Norge overrasket meg veldig. De ønsket ikke å dele spørreundersøkelsen da de ikke likte vinklingen min. De skriver at det er et dilemma og en stor faglig diskusjon om ADHD kan ha andre årsaker. ADHD Norge er opptatt av at ADHD er en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse, og at de følger nasjonal faglig retningslinje for utredning, diagnostisering og behandling utgitt av Helsedirektoratet.

Hvordan vil vi kunne lære mer og hjelpe folk på riktig måte, hvis vi ikke tør å ha et kritisk blikk på hvordan man gjør ting i dag?

Jeg var likevel så heldig at ADHD Hordaland og Facebook gruppen; ADHD diskusjoner og fakta, delte spørreundersøkelsen min på deres Facebook-side. De har til sammen mange medlemmer så her var det mulighet for å få inn en god del svar.

Det er vanlig at problemstillingen endrer seg litt underveis når man jobber med oppgaven, det har også min gjort. Etter hvert når jeg så svarene jeg fikk inn følte jeg for å endre litt på den. Dette for å få svar på det jeg lurer aller mest på, altså; Er vi gode nok til å se bak atferden?

Med spørsmålene i spørreundersøkelsen håper jeg også å få svar på de andre forskningsspørsmålene jeg har satt meg. Og at det vil komme opp flere spørsmål som vil gi grunnlag for videre forskning.

### **Kvaliteten av studien**

For å få et best mulig resultat av oppgaven er det viktig å velge kilder som er troverdige. Det er lurt å være litt kritisk til valg av kilder. Litteraturen jeg har brukt i oppgaven er fra kilder jeg mener er troverdige. Det kan noen ganger være vanskelig å måle troverdigheten av kildene. Jeg har blant annet sett på hvem som har skrevet litteraturen og hvilke referanser de har brukt.

Når jeg skulle finne et utvalg til å svare på spørreundersøkelsen, valgte jeg å kontakte grupper hvor medlemmene har ADHD eller er nærkontakter av personer med diagnosen. Dette for å kunne få oppriktige svar på spørsmålene i undersøkelsen.

### **Svakheter ved undersøkelsen**

En svakhet med undersøkelsen at det er få informanter. 45 informanter er ikke nok til å konkludere for hele populasjonen med ADHD-diagnose. Spørreundersøkelsen hadde ikke spørsmål om kjønn, noe som ville vært relevant når man ser på annen forskning. Da man ser forskjeller på ADHD-diagnoser ut fra om man er jente eller gutt. Jeg har også spurt hvordan utredningen var hos BUP, de som har fått diagnosen etter fylte 18 år har mest sannsynlig blitt utredet ett annet sted av psykolog eller psykiater.

En annen svakhet med undersøkelsen er spørsmål om skolegang. Jeg antar at informantene har fullført grunnskolen, og kanskje videregående. Men vi har også noen informanter som fikk diagnosen seint. Som kanskje var ferdig på skolen, og dermed ikke fikk noen tilrettelegging på skolen. De fikk da heller ikke være med å bestemme hvordan tilretteleggingen skulle være.

Underveis i arbeidet merker jeg det er flere ting jeg blir nysgjerrig på. Skulle jeg laget spørreundersøkelsen i dag hadde den nok hatt flere spørsmål som ville vært med på å styrke konklusjonene.

## Drøfting av funn

Undersøkelsen lå ute noen uker, og jeg fikk inn 45 svar. Noe som kan være litt lite for å konkludere på vegne av hele populasjonen med ADHD. Men jeg vil likevel se nærmere på dette utvalget, og se om det går an å trekke noen konklusjoner ut fra svarene. Tabeller med både antall og prosent fra svarene i undersøkelsen er lagt som vedlegg. Se vedlegg 1.

### 1. Før diagnosen

Første spørsmål kartlegger alderen informantene var i da de fikk diagnosen ADHD. For å gjøre informantene mest mulig anonyme har jeg valgt å kategorisere ut fra aldersgrupper. Startet med 5-15 år da det er sjelden at barn får diagnosen før de har begynt på barneskolen. De fleste som får diagnosen i dag, blir diagnostisert i denne alderen. En del får også diagnosen når de har blitt litt eldre. Neste aldersgruppe er dermed satt fra 15-25 år, og så tok jeg med en gruppe fra 25-35 år. Det er nok en del som får diagnosen senere enn dette også, men jeg regner med de aller fleste er blitt diagnostisert før de er 35 år. Det varierer når man får diagnosen ut fra når plagene blir oppdaget. Helsedirektoratet hevder at 3-5% av barn og unge har ADHD. Noe som innebærer at det i gjennomsnitt er et barn med ADHD i hver skoleklasse (FHI, 2015).

I Norge har vi stort fokus på tidlig innsats, hvor de som trenger hjelp skal få det så tidlig som mulig. Statsminister Erna Solberg (2019) sier at vi skal satse på tidlig innsats. Denne innsatsen må starte allerede når barna er små, i barnehagen. Det betyr at denne innsatsen må settes raskt i gang når et problem oppstår, slik at vi kan hjelpe før små problemer vokser seg store.

Tabell 1 - Alder ved diagnostisering

Når fikk du diagnosen?		
Svar	Antall	Prosent
5-15 år	18	40 %
15-25 år	16	35,6 %
25-35 år	11	24,4 %

Tabellen viser spredningen for når informantene har fått diagnosen. Undersøkelsen ble delt på grupper på Facebook, hvor de yngste brukerne hovedsakelig er 13 år. Ifølge den nye personvernloven fra 2018, ble det blant annet bestemt at nettsteder ikke har lov til å samle personlig informasjon fra barn under 13 år (Vik, 2018). Mange under 13 år er på Facebook likevel. Men jeg konkluderer med at informantene i spørreundersøkelsen trolig er fra 13 år og oppover.

Som nevnt tidligere i oppgaven er det store forskjeller når det gjelder diagnostisering rundt om i fylkene i Norge. Dette kan være med å skape overdiagnostisering og feildiagnostisering i enkelte fylker, og underdiagnostisering i andre. Vi har ingen informasjon om begrunnelsen for hvorfor diagnosen er satt til informantene, og det må tas med i betraktningen når vi videre ser på de andre svarene fra undersøkelsen.



## 2. Livshendelser før diagnosen

I andre del av spørreundersøkelsen har jeg listet opp mange traumatiske hendelser som kan gi like symptomer som ADHD. Informantene blir spurt om de har opplevd noen av disse før de fikk diagnosen. I denne delen av undersøkelsen fikk de to svaralternativer da man enten har opplevd noe av dette, eller så har man ikke det.

Tabell 2 - Traumatiske hendelser

<b>Opplevde du noe av dette før du fikk diagnosen?</b>		
<b>Svar fordelt på prosent</b>	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>
Har du opplevd seksuelle overgrep?	22,2%	77,8%
Har du vært alvorlig syk eller skadet?	24,4%	75,6%
Har noen som står deg nær vært alvorlig syk eller skadet?	40%	60%
Har foreldre/foresatte psykiske lidelser?	31,1%	68,9%
Har foreldre/foresatte rusproblemer?	18,2%	81,8%
Har du vært utsatt for vold?	28,9%	71,1%
Har du sett foreldre/foresatt blitt utsatt for vold?	11,1%	88,9%
Kjenner du noen som har tatt sitt eget liv?	40%	60%
Har du opplevd mobbing?	68,9%	31,1%
Har du opplevd noen form for omsorgssvikt?	40%	60%

Det første som slår meg når jeg ser svarene jeg har fått inn, er at her er det mange som har opplevd traumatiske hendelser før diagnosen ble satt. Statistikken viser at det er mange som opplever traumatiske hendelser tidlig i livet. Det er spesielt mange barn og unge som opplever vold og overgrep.

10 av 45 informanter sier de har opplevd seksuelle overgrep. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2017) skriver at 15% av kvinner og menn i Norge oppgir å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år. I spørreundersøkelsen ser vi at det er 22,2% som har opplevd seksuelle overgrep. Tallet er noe høyere enn statistikken barne-, ungdoms- og familiedirektoratet viser til. Forskning på seksuelle overgrep hos personer med ADHD-diagnose tyder på at forekomsten er noe høyere enn de 15% BUFdir oppgir (Solhaug, 2013). Forekomsten av seksuelle overgrep er også høyere hos jenter som har opplevd ulike typer vold (Thoresen & Hjemdal 2014; Bufdir, 2017). I og med at jeg ikke har fokusert på kjønn i spørreundersøkelsen, vil ikke min undersøkelse kunne bekrefte eller avkrefte dette. Å bli utsatt for seksuelle overgrep kan få alvorlige konsekvenser. Det gir økt risiko for å få psykiske- og somatiske lidelser og plager. Eksempler på lidelser og plager kan være depresjon, angst, seksuelle problemer, spiseforstyrrelser, posttraumatisk stresslidelse, selvmordstanker og selvmordsforsøk (Steine et al. 2012; Bufdir, 2017). Seksuelle overgrep i barndommen kan også påvirke barnets nevrologiske, emosjonelle og kognitive utvikling. Andre negative konsekvenser kan være aggresjonsproblemer, søvnvansker, lærevansker og sosial tilbaketrekning (Glad, Øverlien og Dyb 2010; Bufdir, 2017).

Tabell 3 - Alvorlig syk eller skadet

**Har du vært alvorlig syk eller skadet?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	3	16,7
		nei	15	83,3
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	3	18,8
		nei	13	81,3
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	5	45,5
		nei	6	54,5
		Total	11	100,0

Å være alvorlig syk eller skadet kan være en traumatisk opplevelse. Tabell 3 viser at 11 av 45 har opplevd dette før de fikk diagnosen ADHD. Dette kan være med å påvirke livet til de det gjelder. 3 har vært alvorlig syk eller skadet før de fikk diagnosen i aldersgruppen 5-15 år, 3 i aldersgruppen 15-25 år, og 5 har vært alvorlig syk eller skadet før de fikk diagnosen i aldersgruppen 25-35 år. Det vil være naturlig at tallet er litt høyere i den siste aldersgruppen (45,5%), da de hadde flere år der de kunne blitt alvorlig syke eller skadet før de fikk diagnosen.

Tabell 4 - Nærkontakter alvorlig syk eller skadet

**Har noen som står deg nær vært alvorlig syk eller skadet?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	4	22,2
		nei	14	77,8
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	8	50,0
		nei	8	50,0
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	6	54,5
		nei	5	45,5
		Total	11	100,0

Informantene ble spurt om noen som har stått dem nær har vært alvorlig syk eller skadet. Å se omsorgspersoner syke eller skadd kan gå hardt inn på barn. Mange forandrer oppførsel når slike ting skjer. De blir redde når de ikke vet hva som skjer. 18 av 45 svarer at noen som har stått dem nær har vært alvorlig syk eller skadet.

Tabell 5 - Psykiske lidelser

**Har foreldre/foresatte psykiske lidelser?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	5	27,8
		nei	13	72,2
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	4	25,0
		nei	12	75,0
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	5	45,5
		nei	6	54,5
		Total	11	100,0

14 av 45 svarer at foresatte har hatt psykiske lidelser før de fikk diagnosen. Mange opplever å ha en psykisk lidelse en gang i løpet av livet. I slike perioder kan det være tungt å ta seg av et barn. Selv om en av de foresatte ikke kan ta seg av barnet, kan det gå bra hvis barnet har mange beskyttelsesfaktorer rundt seg. Dette kan være en annen forelder/foresatt, nære omsorgspersoner og ansatte i skole/barnehage. For å kunne ta best mulig vare på barna er det viktig at man er åpen om at man sliter. Ser vi på tabell 5 kan vi se at før de fikk ADHD-diagnosen hadde 5 i aldersgruppen 5-15 år foreldre/foresatte som hadde psykiske lidelser. Det finnes mange psykiske lidelser, noen av dem er det mulig å skjule for omverden. I 5-15 års alderen har skole/barnehage kontakt med heimen, her vil det være lettere å fange opp hvis noe skulle være galt hjemme. Fra 15-25 svarer 4 ja, her har skolen mindre kontakt med heimen, og det vil være vanskeligere å fange opp. 25-35år sier 5 ja til at de hadde foreldre/foresatte med psykiske lidelser før de fikk diagnosen, her vet vi ikke når foreldrene hadde lidelsene. Det kan påvirke barna uansett hvor gamle de er, men når man flytter ut og kan ta vare på seg selv vil man kanskje ikke merke det på samme måte.

Tabell 6 - Rusproblemer

### Har foreldre/foresatte rusproblemer?

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	1	5,6
		nei	17	94,4
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	4	25,0
		nei	12	75,0
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	3	27,3
		nei	7	63,6
		Total	10	90,9
	Missing	System	1	9,1
Total			11	100,0

Av informantene svarer 8 av 45 at foreldre/foresatte hadde rusproblemer før de fikk diagnosen ADHD. Hvor stor innvirkning rusproblemerne har på deres liv varierer ut ifra hvor store problemer foreldrene/foresatte hadde. Barn og ungdom som vokser opp i hjem med rus føler seg ofte utrygge. Rus kan gjøre at personene oppfører seg uforutsigbart. Barn og ungdom trenger trygghet og forutsigbarhet. Hvordan utryggheten vises på barn og ungdom varierer fra person til person. Voksne vil trolig bekymre seg mer for foreldre/foresatte med rusproblemer.

Tabell 7 - Vold

**Har du vært utsatt for vold?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	3	16,7
		nei	15	83,3
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	3	18,8
		nei	13	81,3
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	7	63,6
		nei	4	36,4
		Total	11	100,0

Ut ifra tabell 7 ser vi at 13 av 45 har vært utsatt for vold før de fikk diagnosen. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2018) skriver på sine nettsider at hver 20. person i Norge har opplevd og blitt utsatt for alvorlig vold, volden blir utført av foreldre. De aller fleste barna har opplevd dette gjentatte ganger før de har fylt 18 år. Alvorlig vold blir presisert som spark, slag med knyttneve, blitt banket opp eller fysiske angrep på andre måter. 13% har blitt utsatt for psykisk vold av sine foreldre, og 30% mindre alvorlig vold som; lugging, dytting, slag med flat hånd, og klyping (Bufdir, 2018 a). I tabell 2 ser vi at 28.9% av informantene har blitt utsatt for vold. Alvorlighetsgraden på denne volden kan vi ikke si noe om ut fra undersøkelsen. Tabell 7 viser at de fleste som har vært utsatt for vold av informantene fikk diagnosen i aldersgruppen 25-35 år. Hvor gamle de var når de ble utsatt for denne volden vet vi ikke. Selv om mange opplever vold i barndommen er det også personer som opplever vold senere i livet, mange blir også utsatt for vold fra partneren sin. Noe vi må ta i betraktning når vi leser tallene i tabellen.

Tabell 8 - Foreldre/foresatte utsatt for vold

**Har du sett foreldre/foresatte blitt utsatt for vold?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	1	5,6
		nei	17	94,4
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	1	6,3
		nei	15	93,8
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	3	27,3
		nei	8	72,7
		Total	11	100,0

5 av 45 har sett sine foreldre/foresatte blitt utsatt for vold. Dette er også svært skadelig, og vil bli med barnet resten av livet. Å se vold mellom omsorgspersoner er like skadelig som å være utsatt for volden selv (Mossige & Stefansen 2016; Bufdir, 2018 c) De fleste som har sett foreldre/foresatte blitt utsatt for vold ble diagnostisert mellom 25 og 35 år. I de andre to aldersgruppene hadde bare 1 i person i hver gruppe sett det.

Konsekvensene av disse handlingene er alvorlige for de som har blitt utsatt for de, og det er viktig at det blir fanget opp. Mange utvikler psykiske lidelser og/eller fysiske helseplager. Disse personene som har blitt utsatt for vold og overgrep i ung alder har også økt risiko for å bli utsatt for vold og overgrep som voksen (Bufdir, 2018 a).

Tabell 9 - Selvmord

**Kjenner du noen som har tatt sitt eget liv?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	3	16,7
		nei	15	83,3
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	8	50,0
		nei	8	50,0
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	7	63,6
		nei	4	36,4
		Total	11	100,0

Hele 18 av 45 informanter oppgir å ha opplevd at noen som har stått de nær har tatt sitt eget liv. 3 av informantene hadde allerede opplevd dette før de fikk diagnosen i aldersgruppen 5-15 år. Det er også mulig at de andre informantene i de andre aldersgruppene også mistet noen tidlig i livet. Å miste noen er svært traumatisk, og kan være vanskelig å leve med. De fleste går inn i en sorgprosess. Små barn får kanskje ikke med deg alt, men å se omsorgspersoner i sorg virker også inn på dem.

I tabell 2 ser vi at 31 av 45 informanter sier de har opplevd mobbing. En undersøkelse fra 2017 viser at 5% av barn og unge blir mobbet på skolen. Ut ifra undersøkelsen viser det seg at disse barna føler seg mobbet 2 til 3 ganger i måneden eller oftere. Man kan se at andelen som blir mobbet synker når barna blir eldre, men det er fortsatt en andel som blir utsatt for vold av andre ungdommer i ungdomsårene. Tallene på mobbing i skolen viser en nedgang fra undersøkelser gjort fra 2007-2012 (Bufdir, 2018 b). Selv om tallene viser en nedgang i mobbing på skolen, kan det være at mobbingen har flyttet seg til andre arenaer. I dag bruker de fleste barn og ungdom internett og sosiale media, dette er en arena det er vanskelig å få kontroll over for foreldre og lærere. Mobbing på nettet skiller seg fra tradisjonell mobbing, her spres tekst og bilder raskt. Her har man også muligheten til å være anonym (Hellevik & Øverlien 2013; Bufdir, 2018 b). Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2018) påpeker at det er som oftest ungdom med lavere sosialøkonomisk status som mobber og blir mobbet. Kan en ADHD-diagnose gjøre at man har en lavere sosialøkonomisk status? Ut fra tallene i spørreundersøkelsen min hvor 68,9% har opplevd mobbing, kan det dreie seg om stigmatisering av barn med diagnoser. Mobbing skjer ikke bare på skolen og på internett, det kan også skje på jobben. For de informantene som har fått diagnosen i voksen alder kan vi ikke utelukke at internett og jobb kan være en arena hvor dette kan ha skjedd. Mobbing kan få konsekvenser for alle de som er involvert, den som blir utsatt for mobbing, den som utfører, familiene til de som er involvert, venner og

medelever som er vitne til at det blir utført negative handlinger på en venn/medelev (Kunnskapsdepartementet, 2015; Bufdir 2018). Mobbing kan blant annet gi redusert selvfølelse, angst og depresjon (Idsøe et al. 2012, Roland 2014; Bufdir 2018 b). Reaksjoner på mobbing kan vise seg som søvnproblemer, mareritt og vondt i magen (Arseneault et al. 2006; Bufdir 2018 b).

Tabell 2 viser at 18 av 45 av informantene har opplevd omsorgssvikt. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2018) definerer omsorgssvikt som manglende evne eller vilje hos omsorgspersonene til å møte barnets grunnleggende behov. Omsorgssvikt vises sjelden med et symptom, men kan utgjøre flere ulike faktorer og kan påvirke barnets helse og utvikling i alvorlig grad. Mange av barna som lever i vanskelige livssituasjoner viser ikke tegn til det. Tegn på omsorgssvikt kan være usunt eller mangelfullt kosthold, dårlig hygiene, mangel på tilsyn, uegnet/mangelfull påkledning, dårlig tannstatus, ubehandlede infeksjoner, store bleieutslett, mangel på sosial kontroll, manglende oppfølging av nødvendig medisinsk behandling eller helsetjenester for barn, og at barnet bærer preg av dårlig stell og pleie over tid. Hvis man ser noen av disse tegnene må man være obs, men det er ingen klar sammenheng mellom barn som lever i vanskelige livssituasjoner og disse tegnene (Bufdir, 2018 d). Andre tegn som kan vises seg ved omsorgssvikt kan være mangelfull mimikk, tristhet, konsentrasjonsproblemer, motorisk uro, angst, følelsesmessig ustabilitet, ufrivillig vannlating og avføring, uvanlig fokusert på foreldre i forhold til utvikling og alder, bortfall av tidligere ferdigheter og ekstremt god tilpasningsevne (Bufdir, 2018 d). Om informantene hadde noen av disse tegnene og har blitt fanget opp er usikkert. Ut ifra tegnene barne- ungdoms- og familiedirektoratet har listet opp ser vi både konsentrasjonsvansker og motorisk uro, dette er også symptomer på ADHD. Dette viser igjen hvor viktig det er å undersøke at symptomene ikke har andre årsaker i en ADHD-utredning.

Som nevnt tidligere er det mange av informantene som har opplevd traumatiske hendelser tidlig i livet. Noe som vil være med dem resten av livet, og noen vil nok også trenge profesjonell hjelp etter disse hendelsene. Når man leser stolpediagrammet må man også huske at det kan være flere personer som har opplevd flere av disse hendelsene før diagnosen ble satt. Å leve med vold og overgrep er skadelig, og kan forstyrre tilknytningsdynamikken mellom barn og foreldre. Den kan også påvirke de sosiale relasjonene man knytter senere i livet. *“Kropp og sinn påvirker hverandre kontinuerlig. Store prospektive studier har gjentatte ganger vist at barn som utsettes for mishandling og omsorgssvikt, har betydelig økt risiko for å utvikle psykisk sykdom, kognitiv svikt, rusmisbruk, kriminell atferd, sviktende fysisk helse og tidlig død sammenlignet med ikke-mishandlede barn.”* (Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress).

Ut ifra svarene ser vi at det er mange av informantene som har opplevd opptil flere traumatiske livshendelser. Hvis noen av disse har fått feil diagnose, har de kanskje ikke fått den hjelpen de trenger for sine egentlige problemer. Å få feil diagnose kan gi alvorlige konsekvenser for de det gjelder.

For å fange opp barn og ungdom som har opplevd eller lever med traumatiske hendelser har regjeringen satt i gang omfattende tiltak. Disse tiltakene går på å bekjempe og forebygge vold og overgrep. De har også styrket behandlingstilbudet hos voldsutsatte. Vold mot barn og vold i nære relasjoner er alvorlig, og er brudd på menneskerettighetene. Selv



om vold først og fremst går utover den som rammes, er det også et problem for samfunnet. Å bli utsatt for vold og overgrep kan som sagt medføre alvorlige psykiske og fysiske helseproblemer. Regjeringen vil øke kunnskapen i alle sektorer og tjenester slik at volden skal bli oppdaget og stoppet. De vil også styrke hjelpe- og behandlingstilbudet slik at alle får et individuelt tilpasset opplegg og behandling. Alle tiltakene i regjeringsplanen gjelder alle barn mellom 0-18 år (Regjeringen.no, 2021).

Ansatte i skole og barnehage har plikt til å melde fra til barnevernet hvis de ser tegn på at barnet kan være utsatt for skadelige forhold. I og med at symptomer på ADHD og symptomer på vold, overgrep, omsorgssvikt og psykiske lidelser kan være like, er det viktig å tenke gjennom dette når man melder opp barn til utredning av ADHD. Har barnet opplevd eller lever med traumatiske hendelser og får en ADHD-diagnose, vil denne diagnosen kunne bli en forklaring på atferden, noe som vil gjøre det vanskeligere å oppdage. Ansatte skal melde fra hvis barnet kan være utsatt for skadelige forhold, og står i fare for å ta vesentlig skade av det, eller kan havne i en slik situasjon.

*“Dette gjelder i tilfeller:*

- *barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt.*
- *barn med livstruende eller alvorlig sykdom ikke får nødvendig behandling.*
- *barn med nedsatt funksjonsevne eller som er spesielt hjelpetrengende ikke får ikke sitt behov for behandling eller opplæring.*
- *barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel.*
- *alvorlig omsorgssvikt, blant annet seksuelle overgrep, kjønnslemlestelse og tvangsekteskap.”*

(Udir, 2019).

I de nasjonal faglige retningslinjene for tidlig oppdagelse av utsatte barn og ungdom, står det at alle ansatte skal ha kunnskap om både risiko og beskyttelsesfaktorer for utsatte barn og unge. De skal også ha kunnskap om signaler og tegn som kan gi grunnlag for å oppdage barn og unge som er utsatt for skadelige livshendelser. De ansatte skal også vite hvordan de skal handle hvis de oppdager at et barn er utsatt for noe, og de skal ha kunnskap til å kunne snakke med barn de er bekymret for (KoRus sør, 2019).

Vi vet at dette med vold ofte går i arv i familier. Personer som har blitt utsatt for vold i hjemmet utsetter også oftere andre for vold. Så det er viktig at man får tatt tak i dette. Man må tørre å følge med, observere og spørre de ubehagelige spørsmålene. Det kan være vanskelig å oppdage og det er derfor viktig at vi jobber med det vi kan, og det er å forebygge. I barnehagene i dag er det mye fokus på følelser, og formidling av følelser, røde og grønne tanker. Vi jobber med grensesetting, og lærer om gode og vonde hemmeligheter. Tenker dette er en fin måte å få barna med på å reflektere over hvordan vi skal behandle andre.

Sumskår for følgende spørsmål:

Har noen som står deg nær vært alvorlig syk eller skadet?

Har foreldre/foresatte psykiske lidelser?

Har foreldre/foresatte rusproblemer?

Har du sett foreldre/foresatte blitt utsatt for vold?

Kjenner du noen som har tatt sitt eget liv?

Tabell 10 - Problematiske relasjoner og hendelser

### Problematiske relasjoner og hendelser

		Antall	Prosent
Valid	5,00	1	2,2
	6,00	2	4,4
	7,00	7	15,6
	8,00	9	20,0
	9,00	8	17,8
	10,00	17	37,8
	Total		44
Missing	System	1	2,2
Total		45	100,0

Tabellen viser hvor mange som svarer ja på hvert enkelt spørsmål. Ja gir skår 1 og nei gir skår 2. Vi ser dermed at 1 av informantene svarer ja på alle 5 spørsmålene og får totalskår 5. 2 av informantene svarer ja på 4 av spørsmålene. 7 informanter svarer ja på 3 spørsmål. 9 svarer ja på to av spørsmålene og 8 av informantene svarer ja på 1 spørsmål. 17 av informantene svarer nei på alle 5 spørsmålene i tabell 10 og får følgelig totalskår 10.

Sumskår for følgende spørsmål:  
 Har du opplevd seksuelle overgrep?  
 Har du vært alvorlig syk eller skadet?  
 Har du vært utsatt for vold?  
 Har du opplevd mobbing?  
 Har du opplevd noen form for omsorgssvikt?

Tabell 11 - Egenopplevelse

		<b>Egenopplevelse</b>	
		Antall	Prosent
Valid	5,00	4	8,9
	6,00	3	6,7
	7,00	6	13,3
	8,00	10	22,2
	9,00	13	28,9
	10,00	9	20,0
	Total	45	100,0

I tabellen gir ja skår 1 og nei skår 2. Her viser tabellen at 4 av informantene har opplevd alle 5 traumatiske hendelsene. 3 har svart ja på 4 av spørsmålene. 6 av informantene har svart ja på 3 spørsmål. 10 informanter har svart ja på 2 av spørsmålene og 13 har svart ja på 1 spørsmål. Vi ser også at 9 av informantene har svart nei på alle 5 spørsmålene.

Ut ifra tabell 10 og 11 ser vi at mange av informantene har opplevd flere av de traumatiske hendelsene jeg har liste opp før de ble diagnostisert med ADHD. Slike hendelser er med å påvirke livet til de det gjelder. Mange av informantene kan dermed ha fått like symptomer som ADHD av å ha gjennomgått disse traumatiske livshendelsene.

### 3. Skolegang

Tredje del av undersøkelsen gikk på hvordan skolegangen til informantene har vært. Her kunne de velge mellom 5 svaralternativer, i svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad og i svært liten grad. Noen ganger kan det være vanskelig å skulle plassere hvor man ligger på en skala når man har få svaralternativer, derfor endte jeg opp med 5. I denne delen av undersøkelsen har jeg valgt spørsmål ut fra det jeg har lest og lært er viktig for barn og unge med ADHD i skolen.

For å være lærer/assistent/spesialpedagog til et barn med ADHD er det viktig at man har gode holdninger. Man må ha et positivt menneskesyn og ha tro på at eleven kan utvikle seg. Læreren må skape tillit hos eleven gjennom personlig kontakt, se situasjoner ut fra elevens perspektiv og behandle eleven rettfærdig (ADHD Norge, 2012). Hvordan skolegangen blir for barna avhenger mye av hvem de møter på. Er det lærere som ikke

lærer seg å kjenne barnet godt nok, vil dette få negative konsekvenser for barnet. Gode relasjoner er alltid viktig for et godt samarbeid.

Det er viktig at eleven føler seg sett og at han/hun har en voksen som er til å stole på. Den voksne skal ikke være en kompis som lar eleven få lov til alt, men være rettferdig å sette grenser der det er behov. Barn liker grenser, så lenge de er klare og rettferdige. Det viktigste er kanskje å følge med og gi ros når eleven gjør noe bra. Barn og unge som lett havner i negative situasjoner trenger mye ros når de gjør ting bra. Dette kan være med på å snu atferden, slik at man ikke blir gående i en negativ sirkel med stadige irettesettelser. Å få konsekvenser i ulike situasjoner kan fungere for en periode, men dette fører sjelden til at eleven lærer ønsket atferd (ADHD Norge, 2012). For å greie å holde en positiv samhandling med barnet er mye ros viktig. Man må rose mye mer enn man irettesetter barnet.

Alle elever må føle seg inkludert i klassemiljøet. Læreren må greie å skape et felleskap i klassen. For å skape felleskap er elevene nødt til å ha noe til felles. En måte å skape felleskap på kan være å gjøre hyggelige opplevelser sammen. Hvis noen av elevene har falt litt utenfor kan man lage oppgaver man vet de er godt på. Kanskje noe de andre ikke kan, slik at de kan vise seg litt fram. Her vil de andre elevene kunne lære av dem og dermed skape et bånd med eleven. Man må passe på at elever med atferdsvansker ikke får en rolle som uromaker i klassen. Hvis eleven først blir stemplet som det kan det fort bli slik at eleven blir vant til denne rollen, og det blir vanskelig å komme ut av den. De andre elevene vil kanskje trekke seg unna, og eleven får et dårlig selvbilde. Negativ oppmerksomhet og stadige irettesettelser vil også gi eleven et negativt bilde av seg selv. Det er også viktig at diagnosen ikke blir brukt som en forklaring på atferden (ADHD Norge, 2012).

Noen ganger blir også diagnosen brukt som en forklaring på atferden. De fleste barn ønsker å oppføre seg på riktig måte. Viktig at de som jobber med barn har dette i bakhodet hele tiden. Det er viktig å se bak atferden. Hva er det som tigger denne utagerende atferden? (ADHD Norge, 2012). Mange barn er veldig reflekterte, og det kan være nyttig å snakke med dem. Her vil man få mange av svarene man trenger for å legge til rette for dem.

Tabell 12 – Skolegang 1

<b>Hvordan var skolegangen for deg?</b>					
<b>Antall fordelt på svar</b>	<b>I svært stor grad</b>	<b>I stor grad</b>	<b>I noen grad</b>	<b>I liten grad</b>	<b>I svært liten grad</b>
Følte du deg sett av lærere/assistenter/spesialpedagog?	2	5	14	11	13
Hadde du en voksen du kunne stole på?	6	12	10	10	7
Følte du at det var noen som brydde seg om deg?	10	8	13	10	4
Ble diagnosen brukt som forklaring på atferden?	4	8	9	6	16
Ble du inkludert i klassen?	0	10	22	12	1
Ble det tilrettelagt for deg på skolen?	2	8	14	6	14
Fikk du være med å bestemme hvordan det skulle tilrettelegges for deg?	0	2	11	11	20
Hadde skolen et godt samarbeid med foreldre/foresatte?	6	5	15	8	10

Ut fra svarende i spørreundersøkelsen ser man at informantene har hatt forskjellige opplevelser av skolegangen. Umiddelbart når jeg ser svarene tenker jeg at her er det mange skoler som har et dårlig samarbeid med heimen, det kan være med å påvirke hvordan barnet har det på skolen. Ut fra det vi vet fra svarene i del 2, kan noe av det også dreie seg om at mange av disse har hatt det vanskelig hjemme eller på skolen. Vi kan også tenke oss at hvis noen av informantene har fått feil diagnose og trenger hjelp på andre plan for å komme i posisjon til å kunne konsentrere seg om skolearbeid. Hvis det var vanskelig å sitte i ro og konsentrere seg kan dette ha ført til mange irettesettelser i løpet av skolegangen, som gjør at man havner i en negativ sirkel det er vanskelig å komme ut av.

I forhold til tilrettelegging på skolen har barna nå krav på å medvirke. Nå vet vi ikke hvor lenge siden disse informantene gikk på skolen, men det skal være stort fokus på barns medvirkning i dag. I undersøkelsen ser vi at de aller fleste fikk i liten grad være med på å bestemme hvordan det skal tilrettelegges. Jeg tenker at det er viktig at elevene får være med å bestemme. Vi blir helt klart best når vi jobber sammen mot felles mål. Med medbestemmelse kan eleven selv være med på å fortelle hvilken hjelp han/hun trenger. Skulle eleven være feildiagnostisert kan man kanskje klare å hjelpe eleven med sine utfordringer likevel, hvis eleven gir uttrykk for hvilken hjelp han/hun trenger selv.

Tabell 13 – Skolegang 2

		A 5 - 15 år			B 15 - 25 år			C 25 - 35 år		
		Mean	N	SD	Mean	N	SD	Mean	N	SD
1	Følte du deg sett av lærerne/assistenter/spesialpedagog?	3,06	18	1,056	1,88	16	1,147	2,09	11	0,944
2	Hadde du en voksen du kunne stole på?	3,61	18	1,195	2,75	16	1,342	2,36	11	1,027
3	Følte du at det var noen som brydde seg om deg?	3,83	18	1,150	2,81	16	1,276	2,82	11	1,168
4	Ble diagnosen brukt som forklaring på atferden?	3,35	17	1,115	1,88	16	1,408	2,00	10	1,155
5	Ble du inkludert i klassen?	3,11	18	0,676	2,63	16	0,885	3,00	11	0,632
6	Ble det tilrettelagt for deg på skolen?	3,39	18	0,916	1,94	16	1,124	1,80	10	1,033
7	Fikk du være med å bestemme hvordan det skulle tilrettelegges for deg?	2,33	18	0,970	1,75	16	0,931	1,20	10	0,422
8	Hadde skolen et godt samarbeid med foreldre/foresatte?	3,72	18	1,018	2,31	16	1,078	1,70	10	0,949

Følte du deg sett av lærere/assistenter/spesialpedagog? Ut ifra tabell 13 ser vi at informantene i gruppe A (5-15 år) føler seg mer sett enn informantene i gruppe B (15-25 år). En signifikantstest (ANNOVA) viser forskjellen mellom gruppene er signifikant ( $p < .05$ )

Hadde du en voksen du kunne stole på? Gjennomsnittet fra gruppe A og C (25-35 år) viser at flere av informantene i gruppe A hadde en voksen de stolte på i større grad, enn informantene i gruppe C. Forskjellen mellom gruppene er signifikant ( $p < .05$ ).

Følte du at det var noen som brydde seg om deg? Gjennomsnittet viser at informantene i gruppe A hadde høyere skåre enn de andre gruppene, B og C. Det vil si at flere i gruppa oppgir i større grad at de hadde noen som brydde seg, enn i de andre gruppene, men forskjellen er ikke signifikant. Altså det er stor sannsynlighet for at forskjellene mellom svarene i gruppe A, B og C er tilfeldige.

Ble diagnosen brukt som forklaring på atferden? I tabellen kan vi se at informantene i gruppe A følte diagnosen ble brukt som forklaring på atferden i større grad enn informantene i gruppe B. Forskjellen er signifikant ( $p < .01$ ). Det vil si at sannsynligheten for at forskjellen mellom disse er tilfeldig er mindre enn 1%. Forskjellen mellom A og C er mindre, men også signifikant ( $p < .05$ ).

Ble du inkludert i klassen? Her ser vi også på gjennomsnittet at gruppe A svarer at de opplevde å være mer inkludert enn de andre gruppene, men forskjellen er ikke signifikant.

Ble det tilrettelagt for deg på skolen? I tabell 13 ser vi at gjennomsnittet viser at dette ble opplevd i størst grad av informantene i gruppe A. Forskjellen mellom gruppe A og B og mellom A og C er signifikant ( $p < .01$ ).

Fikk du være med å bestemme hvordan det skulle tilrettelegges for deg på skolen? Her ser vi også at det er informantene i gruppe A som oppgir å ha fått medvirket mest på tilretteleggingen i skolen. Forskjellen mellom gruppe A og C er signifikant ( $p < .05$ ).

Hadde skolen et godt samarbeid med foreldre/foresatte? Også her er det informantene i gruppe A som oppgir at foreldre/foresatte hadde best samarbeid med heime. Noe som er naturlig da skole og foresatte har mindre kontakt jo større barna blir. Her er det store og signifikante forskjeller mellom gruppene (mellom A og B  $p < .01$ , mellom A og C  $p < .001$ ).

#### 4. Kartlegging og diagnostisering

Denne delen av spørreundersøkelsen er igjen delt i to deler. Først noen spørsmål med 5 svaralternativer. Her kunne de velge mellom i svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad og i svært liten grad. Disse spørsmålene går på hvordan informantene følte seg behandlet hos BUP.

Tabell 14 - Kartlegging og diagnostisering

### Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation
I hvor stor grad følte du deg trygg hos BUP?	5-15 år	18	3,22	1,215
	15-25 år	16	3,19	1,471
	25-35 år	10	2,30	1,418
	Total	44	3,00	1,381
I hvilken grad forsto du det som ble sagt hos BUP?	5-15 år	18	2,78	1,309
	15-25 år	16	3,25	1,125
	25-35 år	10	3,10	1,595
	Total	44	3,02	1,303
I hvilken grad hørte behandleren på det du ville fortelle om deg selv?	5-15 år	17	3,53	1,179
	15-25 år	16	3,38	1,586
	25-35 år	10	3,10	1,449
	Total	43	3,37	1,381
I hvilken grad fikk du være med å si noe om tilrettelegging?	5-15 år	18	2,67	1,085
	15-25 år	16	3,06	1,289
	25-35 år	10	1,80	1,229
	Total	44	2,61	1,262
I hvilken grad mener du utredningen ble gjort på riktig måte?	5-15 år	18	3,83	,857
	15-25 år	16	3,50	1,461
	25-35 år	11	3,18	1,250
	Total	45	3,56	1,198

I hvor stor grad følte du deg trygg hos BUP? Svarene på spørsmålet er spredd, fra et gjennomsnitt på 3,22 i gruppe A og til 2,30 i gruppe C, men forskjellen mellom gruppene er ikke signifikant. Noen følte seg trygg og andre ikke. Det kan ha med kjemien til behandleren og gjøre. Alder på informanten når utredningen fant sted kan også være med å påvirke svaret. Hvis man blir utredet i ung alder vil noen kanskje synes det er skummelt, mens andre synes det er gøy å være på en ukjent plass. I ungdomsalder er det mye som spiller inn og man kan lett føle seg usikker.



I hvilken grad forsto du det som ble sagt hos BUP? I tabell 14 ser vi at det er informantene i gruppe A, de som fikk diagnosen mellom 5-15 år som skårer lavest. Her kan vi anta at alderen på informantene har noe å si på hvor godt de forsto hva som ble sagt, men heller ikke her er forskjellen mellom gruppene signifikant. Behandleren må tilpasse seg alderen til den som blir utredet slik at barnet forstår. Hvis barnet ikke forstår, vil det skape mer utrygghet i situasjonen. Hvis foreldrene er med, må man passe seg på å ikke snakke over hodet på barnet. Barn får med seg mye mer enn de voksne tror.

I hvilken grad hørte behandleren på det du ville fortelle om deg selv? Her følte de fleste informantene at behandleren hørte på dem. Det er viktig for å skape trygghet. Hvordan kjemien mellom behandler og pasient er, har veldig mye å si for om man føler seg sett og hørt. Ut ifra svarene ser vi at det er noen som ikke følte at behandleren hørte på det de ville fortelle. Her har ikke behandleren klart å komme i en god posisjon til informantene.

I hvilken grad fikk du være med på å si noe om tilrettelegging? Her kan vi se at det er informantene i aldersgruppen 15-15 år som skårer høyest. Aldersgruppen 25-35 år skårer dårligst, disse har fått diagnosen etter de er ferdige på skolen. De hadde dermed ikke krav på noe ekstra tilrettelegging på skolen. Forskjellen mellom gruppene er ikke signifikant. I dag har elever krav til å medvirke til hvordan tilretteleggingen skal være.

I hvilken grad mener du utredningen ble gjort på riktig måte? Den gjennomsnittlige skåren til de tre aldersgruppene ligger på 3,56. Det vil si at de fleste av informantene, uavhengig av når de fikk diagnosen mener at utredningen er gjort på riktig måte.

Del 2 av kartlegging og diagnostisering. Her har informantene fått to svaralternativer. Da jeg tenker at alle svarene kan besvares med ja eller nei.

Tabell 15 - Informasjon BUP

**Ble du fortalt hvorfor du var hos BUP?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	14	77,8
		nei	3	16,7
		Total	17	94,4
	Missing	System	1	5,6
	Total		18	100,0
15-25 år	Valid	ja	14	87,5
		nei	2	12,5
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	5	45,5
		nei	5	45,5
		Total	10	90,9
	Missing	System	1	9,1
	Total		11	100,0

Her sier de aller fleste at de har fått informasjon om hvorfor de var hos BUP. Det er viktig at barn får den informasjonen de trenger for å føle seg trygge. Hvor mye hver enkelt trenger å vite vil variere på barnets alder. I tabell 15 ser vi at 10 informanter svarer at de ikke ble fortalt hvorfor de var til BUP. De var mest sannsynlig ikke vært til utredning hos BUP. Det er heller ikke sikkert at de som utredet disse la så stor vekt på å fortelle hvorfor de var til utredning, da de fleste var mellom 25-35 år og sikkert hadde god kontroll på hvorfor de ble utredet.

Tabell 16 - Skolen

**Spurte behandleren om hvordan du hadde det på skolen?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	16	88,9
		nei	2	11,1
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	15	93,8
		nei	1	6,3
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	7	63,6
		nei	4	36,4
		Total	11	100,0

Tabell 16 viser at de aller fleste har blitt spurt om hvordan de har det hjemme og på skolen. Hvis barn ønsker å fortelle om for eksempel vold/overgrep/omsorgssvikt/mobbing har de muligheten til å fortelle om det selv her. Nå er det igjen slik at barn ofte forteller dette til noen de er trygge på, og det vil nok ikke alltid komme frem i slike situasjoner. Informantene i aldersgruppe 25-35 år har var nok mest sannsynlig ferdig på skolen når de fikk diagnosen. Det kan være med å påvirke svarene i undersøkelsen.

Tabell 17 - Informasjon om diagnosen

**Fikk du informasjon om diagnosen?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	15	83,3
		nei	3	16,7
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	9	56,3
		nei	7	43,8
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	3	27,3
		nei	8	72,7
		Total	11	100,0

Ut ifra svarene kan man se at mange har fått informasjon om diagnosen, men vi ser også at noen ikke har fått det. Tabell 17 at 83,3% i aldersgruppen 5-15 år fikk informasjon om diagnosen, 56,3% i aldersgruppen 15-25 år. Ser vi på aldersgruppen 25-35 år er det kun 27,3% som har fått informasjon om diagnosen. Dette kan ha med at de var i en alder hvor de kanskje vet mye om diagnosen fra før, og kanskje får noe av informasjonen skriftlig i stedet for muntlig i en utredningssituasjon.

Tabell 18 - Diagnosen

**Mener du diagnosen ble satt på riktig måte?**

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	16	88,9
		nei	2	11,1
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	14	87,5
		nei	2	12,5
		Total	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	10	90,9
		nei	1	9,1
		Total	11	100,0

De aller fleste mente at diagnosen har blitt satt på riktig måte. I og med at informantene hovedsakelig er over 13 år, regner jeg med det er en stund siden noen av de ble diagnostisert. I aldersgruppen 5-15 år kan det variere hvor mye informantene husker av utredningen. De to andre aldersgruppene, hvor informantene var litt eldre når diagnosen ble satt, husker kanskje bedre hvordan det var. Informantene som ble diagnostisert etter de ble 18 år, ble nok utredet andre plasser enn BUP. Da BUP er for barn opp til 18 år.

Tabell 19 - Riktig diagnose

Når fikk du diagnosen			Antall	Prosent
5-15 år	Valid	ja	17	94,4
		nei	1	5,6
		Total	18	100,0
15-25 år	Valid	ja	16	100,0
25-35 år	Valid	ja	10	90,9
		nei	1	9,1
		Total	11	100,0

Tabell 19 viser at de aller fleste informantene mener at de har fått riktig diagnose. Ut fra annen forskning på området blir jeg litt i tvil. Både nasjonal og internasjonal forskning viser at mange som har opplevd traumatiske livshendelser blir feildiagnostisert. Man blir henvist til spesialist for symptomer som ligner ADHD. Om de som henviser og de som utreder har nok kunnskap om andre diagnoser er ikke godt å si. Forskning viser også at personer med ADHD er mer utsatt for vold og overgrep, noe som er viktig å ta med i betraktningen når vi ser på svarene. Vi vet også at barn som vokser opp med vold i hjemmet oftere utsetter andre for vold (Øverlien, 2010; Bufdir, 2015 c). I teoridelen ser vi også at 80% av ADHD er genetisk betinget. Dette vil si at noen av informantene kanskje har foreldre med samme diagnose. Hvis foreldrene da har blitt utsatt for vold, eller er voldelige er dette noe som kan følge flere generasjoner.

## Avslutning

Oppgaven har tatt for seg om vi er gode nok til å se bak atferden hos barn. Forskerne er uenige om ADHD-diagnosen er overdiagnostisert eller underdiagnostisert. Forskning viser også at mange kan ende opp med å bli feildiagnostisert, og at diagnosen kan være med på å skjule vold og overgrep.

I oppgaven har jeg sett nærmere på ADHD-diagnosen. Den går blant annet inn på utredning og diagnostisering, feildiagnostisering og hvor viktig de voksnes holdninger for barn med ADHD-diagnose er. Samt sett på en rekke tiltak man kan prøve ut både hjemme og i skole/barnehage.

ADHD er en nevrologisk utviklingsforstyrrelse, diagnosen kjennetegnes ved impulsivitet, rastløshet, uro og konsentrasjonssvikt (ADHD Norge, 2016). ADHD-diagnosen er i de aller fleste tilfeller genetisk betinget. Selv om diagnosen er genetisk vil også miljøet rundt ha mye å si for hvordan man utvikler seg (Nigg JT, et al, Helsedirektoratet, 2018). Andre årsaker som øker risikoen for ADHD-diagnose er foreldre med lav utdanning og unge foreldre (Folkehelseinstituttet, 2016).

For at en ADHD-diagnose skal settes er det flere betingelser som må være til stede. Symptomene må ha vart i over 6 måneder, og oppstått før barnet er 12 år. Barnet må ha betydelige vansker i hverdagen, og symptomene må vise seg i flere situasjoner (ADHD Norge, 2016).

I dag er de fleste diagnoser innen psykisk helse basert på observasjoner. Norge bruker klassifiseringssystemet ICD-10 når denne type diagnose skal settes. Barnet blir observert og stilt spørsmål av behandleren i spesialisthelsetjenesten, og foreldre og lærer svarer på spørreskjema.

I Norge er ADHD en av diagnosene som blir brukt mest blant barn og unge. Man kan se store variasjoner i bruk av diagnosen i ulike fylker. De store forskjellene viser at det ikke er god nok kompetanse på området. Det må ligge en felles forståelse i bunn når man bruker samme klassifiseringssystem for diagnostisering.

Forskning viser at mange av journalene ikke er godt nok dokumentert. Årsaker til at journalene ikke er godt nok dokumentert er lite samsvar mellom diagnosekriterier, journalopplysninger og manglende differensialdiagnostisk vurdering. Forskningen påpeker at det i flere av utredningene ikke har samsvar mellom diagnose og journalopplysningene (Suren, et al, 2018). En ADHD-diagnose skal være godt dokumentert i journalen. Når så mange journaler ikke er gode nok kan vi ikke utelukke at noen av disse er feil.

Det er flere årsaker til at barn blir feildiagnostisert med ADHD. Barn som er født seint på året har større sjanse for å bli diagnostisert med ADHD, enn barn født tidlig på året. Dette fordi barna som er født seint er mer umodne. En nasjonal undersøkelse viser at klinikerne i BUP i stor grad ikke fanger opp seksuell og/eller fysiske overgrep hos personer med ADHD (Reigstad & Kvernmo, 2015). Dette er noe som går igjen både i nasjonal og internasjonal forskning. Selv om det presiseres at diagnosen skal kun gis hvis ikke symptomene kan forklares bedre av andre årsaker. Her har vi en jobb å gjøre, vi må sikre at de som setter diagnosene gjør en god jobb når de observerer og at de spør de riktige spørsmålene.

Ansatte i skole og barnehage har også en jobb å gjøre her. Det viser seg at mange kvier seg for å melde bekymring til barnevernet. De er redde for å ødelegge forholdet til foreldrene (Jonassen, 2015). Jobben til ansatte i skole og barnehage er å melde fra når vi er bekymret. Regjeringen har satt fokus på dette, og ønsker å øke kompetansen slik at det blir lettere å vite hva man skal se etter, og når man skal melde fra.

Foreldre og ansatte i skole og barnehage har stor betydning for hvordan oppveksten blir. Barn med ADHD trenger ofte litt ekstra hjelp, kanskje særlig i sosiale settinger. Vi må jobbe for at barn skal ha et positivt selvbilde. Det skjer mye rundt barn med ADHD og de kommer ofte i situasjoner som kan bli negative. I slike situasjoner er det viktig for barnet å ha en voksen som barnet er trygg på. En rettferdig og god voksen. For å kunne være det, må de voksne skape en god relasjon til barnet. De voksne må ha tro på at barnet kan mestre. Kognitiv atferdsterapi kan være til god hjelp hos barn med ADHD. Mange blir også kvitt den mest utfordrende atferden med terapi. Hos de minste barna går terapien ut på et samarbeid mellom foreldre og ansatte i skole/barnehage. Hvor terapeuten kommer med tips og råd til behandlingsmetoder som vil kunne hjelpe. Hos større barn kan barnet selv snakke med terapeuten. Mye av terapien går ut på at man fokuserer på det som er positivt, det vil være med på å skape flere positive situasjoner. Med hjelp, støtte og forståelse kommer man langt i samarbeidet med barn med ADHD-diagnose.

Det er flere gutter enn jenter som får ADHD-diagnosen. Aktivitetsnivået hos guttene er ofte høyere, jentene er gjerne roligere og diagnosen er vanskeligere å oppdage. Det gjør at mange jenter får diagnosen seint. Om man greier å oppdage alle de jentene som har ADHD uten et høyt aktivitetsnivå er vanskelig å si, det er mulig jenter er en underdiagnostisert gruppe.

## Konklusjon

I min undersøkelse kommer det fram at mange av informantene har opplevd traumatiske livshendelser som vold og overgrep. Andre studier viser også at mange personer med ADHD-diagnose har hatt traumatiske hendelser i livet sitt. Noen av disse personene kan trolig være feildiagnostisert. Hvis de har fått feil diagnose kan dette få store konsekvenser. De vil trenge en helt annen behandling enn personer med ADHD. Selv om det er mye fokus på feildiagnostisering i denne oppgaven må vi også huske på at personer med ADHD-diagnose også kan være utsatt for vold og overgrep. Det er derfor viktig at vi ikke slutter å se bak atferden når diagnosen er satt.

Vi ser at det varierer hvor godt informantene har hatt det på skolen. Det positive er at mange har hatt en voksen de kunne stole på og som brydde seg om dem. Dette kan være med på å gjøre hverdagen lettere. Det er viktig for barn med trygge og gode voksne som er rettfærdige, støtter opp og hjelper der det trengs.

Å føle seg inkludert i klassemiljøet er viktig for å ikke falle utenfor. De aller fleste i undersøkelsen følte seg inkludert i noen grad. Her kan man bli bedre, jeg tror også det er lurt å snakke med barnet om hva det ønsker. Å ha med barnets synspunkter når man legger til rette, er viktig for et godt samarbeid. I undersøkelsen kommer det fram at mange ikke fikk være med å si noe om tilretteleggingen. I og med at informantene er fra 13 år og oppover vil jeg tro dette har blitt bedre i dag. Da skole og barnehage i dag har et stort fokus på barns medvirkning. Vi ser også at mange hadde et dårlig samarbeid med heimen. For barnet er et godt samarbeid mellom skole/barnehage og heimen viktig. Vi må følge de samme tiltakene slik at hverdagen for barnet blir forutsigbart.

I utredningssituasjonen er svarene spredd. Alder er nok en faktor som spiller inn på hvor mye informantene skjønte av utredningen og hvor trygge de følte seg på behandleren. Det er viktig at behandleren skaper trygge rammer for den som blir utredet, at han/hun forteller og forklarer underveis. Behandleren må også lytte til barnet, her kan man få mye viktig informasjon. Det er bra at de fleste informantene selv mener at diagnosen er riktig. Ut ifra undersøkelsen kan man likevel bli litt i tvil på om alle har fått rett diagnose. Mange har opplevd traumatiske hendelser som kunne gitt lignende symptomer, og dermed blitt henvist. En annen faktor er at noen av informantene kan ha ADHD-diagnose og opplevd traumatiske livshendelser som gjør det hele mer komplekst. Her må man behandle diagnosen i tillegg til psykiske og fysiske lidelser.

Man må aldri slutte å se bak atferden til et barn selv om en diagnose er satt. Selv om diagnosen riktig kan de fortsatt være utsatt for traumatiske hendelser. Forskning viser at personer med ADHD-diagnose oftere er utsatt for slike hendelser enn personer uten denne diagnosen.

*"Ikke alt som ligner på ADHD er ADHD" (Øie, 2015)*

Ut fra det jeg har lest av forskning og litteratur har jeg noen forslag til videre forskning. Hvilke holdninger har voksne til barn med ADHD?

Tørr vi stille de riktige spørsmålene i utredningssituasjonen?

Er vi gode nok på å fange opp barn som lever med omsorgssvikt?



## Litteraturliste

ADHD Norge (2016). *Fakta om ADHD*. Oslo. ADHD Norge

ADHD Norge (2012). *Lærerguiden. Tilrettelegging for elever med ADHD I skolen. En guid til lærere I grunnskolen og I videregående skole*. Oslo. ADHD Norge

Andersen, Gisle (2019). *Valg av forskningsmetode*. Hentet 15. Oktober 2020 fra <https://ndla.no/nb/subject:19/topic:1:195989/topic:1:195829/resource:1:56937?filters=ur n:filter:cddc3895-a19b-4e30-bd27-2f91b4a02894>

*Analytisk i Store medisinske leksikon på snl.no*. Hentet 1. mai 2021 fra <https://sml.snl.no/analytisk>

Andreassen, Kim E (2018). *ADHD er genetisk forankret*. Hentet 5. desember 2020 fra <https://www.uib.no/med/122405/adhd-er-genetisk-forankret>

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2018). *Barn utsatt for vold i familien*. Hentet 15. Mai 2020 fra <https://www.bufdir.no/Statistikk og analyse/oppvekst/Vold og overgrep mot barn/Barn utsatt for vold i familien/> (c)

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2017). *Seksuelle overgrep mot barn*. Hentet 15. Mai 2020 fra <https://bufdir.no/Statistikk og analyse/oppvekst/Vold og overgrep mot barn/Seksuelle o vergrep mot barn/>

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2018). *Vold mot barn*. Hentet 2. mai 2021 fra: <https://www.bufdir.no/vold/Vold og overgrep mot barn og unge/Vold mot barn/> (a)

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2018). *Vold og mobbing mellom barn og unge*. Hentet 2. mai 2021 fra: <https://www.bufdir.no/Statistikk og analyse/oppvekst/Vold og overgrep mot barn/Vold og mobbing mellom barn/> (b)

Bjønnes, Ann Kristin, Gjevjon, Edith Roth (2019). *Kvalitet I kvantitativ metode – et innblikk*. Hentet 14. Desember 2020 fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-78806.pdf>

Blikø, Inga Kristine Kristiansen (2008). *ADHD hos voksne: En undersøkelse av diagnostikk, komorbiditet og problembelastning*. Hentet 5. desember 2020 fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/05/adhd-hos-voksne-en-undersokelse-av-diagnostikk-komorbiditet-og-problembelastning>

Brustad, Martine (2011). *ADHD I dagens samfunn*. NTNU Dragvoll-pedagogisk institutt

Bryhn, B. (2009): *Pedagogiske tiltak og tilrettelegging*. I G. Strand (red.), *AD/HD, Tourettes Syndrome og narkolepsi*. Bergen. Fagbokforlaget.

Children ´s research Network (2017). *ADHD, trauma and neglect. How do we prevent children who are in the child protection system from being misdiagnosed with ADHD?* Hentet

11. Februar 2021 fra:

<https://www.childrensresearchnetwork.org/knowledge/resources/adhd-trauma-and-neglect>

Dahlum, Sirianne; Grønmo, Sigmund: *operasjonalisering i Store norske leksikon på snl.no*. Hentet 9. mai 2021 fra <https://snl.no/operasjonalisering>

Den nasjonale forskningsetiske komitè (2016): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. 4. Utg. Oslo. Oktan Oslo AS.

Dervola, Kine-Susann Noren (2009). *PCB I miljøet som mulig årsak til utvikling av ADHD. Målinger av reseptorbindinger og aminosyrenivå I hjernen*. UIO.

Engh, Roar (2014). *Barn og unge med ADHD i skolen*. Oslo. Cappelen Damm As.

Folkehelseinstituttet (2016). *ADHD I Norge. En statusrapport*. Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet (2019). *Vold og seksuelle overgrep*. Hentet 3. oktober 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>

Forskning.no (2016). *Store ulikheter I ADHD- diagnoser fra fylke til fylke*. Hentet 7. april 2021 fra <https://forskning.no/barn-og-ungdom-helse/store-ulikheter-i-adhd-diagnoser-fra-fylke-til-fylke/400115>

Graarud, Vibeke (2015). *Analyse av samvariasjon mellom målt arbeidsbelastning (NAS) og den subjektive opplevelsen av arbeidsbelastningen (NASA-TLX) ved intensivavdelinger*. Universitetet I Oslo.

Grønmo, Sigmund (2004). *Samfunnsvitenskaplige metoder*. Bergen. Fagbokforlaget.

Grønmo, Sigmund: *Kvantitativ metode i Store norske leksikon på snl.no*. Hentet 18. april 2021 fra [https://snl.no/kvantitativ\\_metode](https://snl.no/kvantitativ_metode)

Hannås, Bjørg Mari: *ADHD i Store medisinske leksikon på snl.no*. Hentet 10. februar 2021 fra <https://sml.snl.no/ADHD>

Helsedirektoratet (2018). *Forekomst og kjønnsforskjeller ved ADHD*. Hentet 2. mai 2021 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/om-diagnosen-adhdhyperkinetisk-forstyrrelse/forekomst-og-kjonnsforskjeller-ved-adhd>

Helsedirektoratet (2018). *ICD-10 Hyperkinetisk forstyrrelse*. Hentet 10. februar 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/om-diagnosen-adhdhyperkinetisk-forstyrrelse/icd-10-hyperkinetisk-forstyrrelse>

Helsedirektoratet (2018). *Kognitiv atferdsterapi ved ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse*. Hentet 10. Mai 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/behandling-og-oppfolging-av-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse/kognitiv-atferdsterapi-ved-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse>

Helsedirektoratet (2018). *Årsaksfaktorer til ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse*. Hentet 28. November 2020 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/om-diagnosen-adhdhyperkinetisk-forstyrrelse/arsaksfaktorer-til-adhdhyperkinetisk-forstyrrelse>

- Helsenorge (2020). *ADHD*. Hentet 28. November 2020 fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/>
- Jacobsen, Dag Ingar (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring I samfunnsvitenskaplig metode*. Utg.2. Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Jonassen, Trine (2015). Ikke flink nok til å melde fra. Hentet 13. September fra <https://www.barnehage.no/barnevern-helse-overgrep/ikke-flink-nok-til-a-melde-fra/103726>
- Kleven, T.A. (red.) Hjaldemaal, F. og Tveit, K. (2014) *Innføring i pedagogisk forskningsmetode*. 2.utg. Fagbokforlaget.
- KoRus Sør (2019). *Nasjonale retningslinjer og veiledere*. Hente 5. mai 2021 fra <https://www.korus-sor.no/barn/nasjonale-retningslinjer/>
- Kvernmo, Siv. Reigstad, Bjørn (2015). *ADHD – eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer*. Hentet 04.12.2020 fra: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2015/04/adhd-eller-noe-annet>
- Lein, Marthe (2019). *Mange ADHD-diagnoser er for dårlig dokumentert*. Hentet 2. oktober 2020 fra <https://nhi.no/forskning-og-intervju/Mange-ADHD-diagnoser-er-for-darlig-dokumentert/>
- Malt, Ulrik: *ICD-10 i Store medisinske leksikon på snl.no*. Hentet 10. februar 2021 fra <https://sml.snl.no/ICD-10>
- Manos, Michael. Giuliano, Kimberly, Geyer, Eric (2017). *ADHD: Overdiagnosed and Overtreated, or Misdiagnosed and Mistreated?* Hentet 29. November fra: <https://consultqd.clevelandclinic.org/adhd-overdiagnosed-and-overtreated-or-misdiagnosed-and-mistreated/>
- Michigan State University (2010). *Nearly 1 million children potentially misdiagnosed with ADHD*. Hentet 7. april 2021 fra <https://msutoday.msu.edu/news/2010/nearly-1-million-children-potentially-misdiagnosed-with-adhd>
- Mørch, Willy-Tore (2011). *Kognitiv atferdsterapi for barn med atferdsvansker*. Hentet 11. Mai 2021 fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/01/kognitiv-atferdsterapi-barn-med-atferdsvansker>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. *Hva er vold og overgrep mot barn? Konsekvenser av vold og overgrep*. Hentet 5. mai 2021 fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-mot-barn/konsekvenser-av-vold-og-overgrep/>
- Pripp, Are Hugo (2018). *Validitet*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet>
- Ringdal, Kristen. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*. Utg.3. Bergen. Fagbokforlaget.

Regjeringen (2021). *Vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom*. Hentet 10. Mai fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/bekjemper-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-og-ungdom/id2398050/>

Sander, Kjetil (2019) *Validitet*. <https://estudie.no/validitet/>

Solhaug, Randi Merete (2013). *ADHD-diagnoser kan skjule overgrep*. Hentet 5. september 2020 fra [https://uit.no/nyheter/artikkel?p\\_document\\_id=328504](https://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=328504)

Spilde, Ingrid (2005). *Bakgrunn: ADHD gjennom tidene*. Hentet 13. Mai 2021 fra <https://forskning.no/medisin-sykdommer-historie/bakgrunn-adhd-igjennom-tidene/1041633>

Statsminister, Erna Solberg (2019). *Tidlig innsats og inkluderende felleskap i skole og barnehage*. Hentet 2. mai 2021 fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/statsministerens-innlegg-pa-lanseringen-av-stortingsmeldingen-om-tidlig-innsats-i-barnehage-og-skole/id2677350/>

Suren, Pål. Thorstensen, Anne Gjertrud, Tørstad, Mari. Emhjellen, Petter Espeseth, Furu, Kari. Biele, Guido. Aase, Heidi. Stoltenberg, Camilla. Zeiner, Pål, Bakken, Inger Johanne. Reichborn-Kjennerud, Ted (2018). *Diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse hos barn*. Hentet 04.12.2020 fra: <https://tidsskriftet.no/2018/11/originalartikkel/diagnostikk-av-hyperkinetisk-forstyrrelse-hos-barn-i-norge>

Thagaard, Tove (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring I kvalitative metoder*. Utg.5. Bergen. Fagbokforlaget

Thrane, Christer (2018). *Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming*. Oslo. Cappelen Damm AS

Udir (2019). *Melde fra til barnevernet – hva skal barnehagen gjøre?* Hentet 5. mai 2021 fra <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/barnehage/melde-fra-til-barnevernet--hva-skal-barnehagen-gjore/>

UN women. *The Shadow Pandemic: Violence against women during COVID-19*. Hentet 10. Mai 2021 fra <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>

Vik, Leif Gunnar Vestbøstad. (2018). *Hvordan forholde seg til aldersgrenser på sosiale media?* Hentet 2. mai 2021 fra: <https://www.barnevakten.no/hvordan-forholde-seg-til-aldersgrenser-pa-sosiale-medier/>

Øie, Merete Glenne (2015). *Hva er ADHD?* Hentet 15. April 2021 fra: <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-adhd>

Øyhovden, Asbjørn (2020). *Over 200 barn og unge kan ha fått feil ADHD-diagnose*. Hentet 15. September fra <https://www.tv2.no/a/11469208/>

## Vedlegg 1 - Spørreskjema

### Hva handler denne spørreundersøkelsen om?

I forbindelse med min masteroppgave i spesialpedagogikk ved NTNU ønsker jeg å gjennomføre en spørreundersøkelse om ADHD. De siste årene har det vært stor økning i forekomsten av ADHD. Forsking viser at det er mye feildiagnostisering og at det ofte er andre bakenforliggende årsaker som gjør at barn og unge har ADHD symptomer. Man ser også at utredningen ikke er god nok og at journalene ikke er godt nok dokumentert.

I og med at andre bakenforliggende årsaker kan gi barn disse symptomene, kan ADHD diagnosen være med å skjule andre traumatiske hendelser i barnets liv. Det er derfor viktig at lærerne ser barnet bak atferden. Hvilke holdninger lærerne har og hvordan de behandler disse barna er svært viktig å tenke gjennom. Jeg sitter med et inntrykk av at barnet ofte blir glemt og at voksne ofte fokuserer på diagnosen. Altså at diagnosen blir forklaringen på hvorfor ting er slik de er.

Spørsmålene er delt inn i tre ulike kategorier, først spørsmål om årsaker som kan gi ADHD symptomer. Deretter spørsmål om skolegangen og lærernes holdninger til diagnosen, og til slutt noen spørsmål om selve diagnostiseringen.

Det er frivillig å delta og din identitet vil holdes skjult. All innsamlet data vil bli slettet når oppgaven er ferdig.

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Malin Olaussen  
Masterstudent ved NTNU  
Institutt for pedagogikk og livslang læring

### Når fikk du diagnosen?

Svar	Antall	Prosent
5-15 år	18	40 %
15-25 år	16	35,6 %
25-35 år	11	24,4 %

### Opplevde du noe av dette før du fikk diagnosen?

Svar fordelt på antall

	Ja	Nei
Har du opplevd seksuelle overgrep?	10	35

Har du vært alvorlig syk eller skadet?	11	34
Har noen som står deg nær vært alvorlig syk eller skadet?	18	27
Har foreldre/foresatte psykiske lidelser?	14	31
Har foreldre/foresatte rusproblemer?	8	36
Har du vært utsatt for vold?	13	32
Har du sett foreldre/foresatte blitt utsatt for vold?	5	40
Kjenner du noen som har tatt sitt eget liv?	18	27
Har du opplevd mobbing?	31	14
Har du opplevd noen form for omsorgssvikt?	18	27

Svar fordelt på prosent

	Ja	Nei
Har du opplevd seksuelle overgrep?	22,2 %	77,8 %
Har du vært alvorlig syk eller skadet?	24,4 %	75,6 %
Har noen som står deg nær vært alvorlig syk eller skadet?	40 %	60 %
Har foreldre/foresatte psykiske lidelser?	31,1 %	68,9 %
Har foreldre/foresatte rusproblemer?	18,2 %	81,8 %
Har du vært utsatt for vold?	28,9 %	71,1 %
Har du sett foreldre/foresatte blitt utsatt for vold?	11,1 %	88,9 %
Kjenner du noen som har tatt sitt eget liv?	40 %	60 %
Har du opplevd mobbing?	68,9 %	31,1 %
Har du opplevd noen form for omsorgssvikt?	40 %	60 %

**Hvordan var skolegangen for deg?**

Svar fordelt på antall

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad
Følte du deg sett av lærerne/assistenter/spesialpedagog?	2	5	14	11	13
Hadde du en voksen du kunne stole på?	6	12	10	10	7
Følte du at det var noen som brydde seg om deg?	10	8	13	10	4
Ble diagnosen brukt som forklaring på atferden?	4	8	9	6	16
Ble du inkludert i klassen?	0	10	22	12	1
Ble det tilrettelagt for deg på skolen?	2	8	14	6	14
Fikk du være med å bestemme hvordan det skulle tilrettelegges for deg?	0	2	11	11	20
Hadde skolen et godt samarbeid med foreldre/foresatte?	6	5	15	8	10

Svar fordelt på prosent

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad
Følte du deg sett av lærerne/assistentene/spesialpedagog?	4,4 %	11,1 %	31,1 %	24,4 %	28,9 %
Hadde du en voksen du kunne stole på?	13,3 %	26,7 %	22,2 %	22,2 %	15,6 %
Følte du at det var noen som brydde seg om deg?	22,2 %	17,8 %	28,9 %	22,2 %	8,9 %
Ble diagnosen brukt som forklaring på atferden?	9,3 %	18,6 %	20,9 %	14 %	37,2 %
Ble du inkludert i klassen?	0 %	22,2 %	48,9 %	26,7 %	2,2 %
Ble det tilrettelagt for deg på skolen?	4,5 %	18,2 %	31,8 %	13,6 %	31,8 %
Fikk du være med å bestemme hvordan det skulle tilrettelegges for deg?	0 %	4,5 %	25 %	25 %	45,5 %
Hadde skolen et godt samarbeid med foreldre/foresatte?	13,6 %	11,4 %	34,1 %	18,2 %	22,7 %

### Kartlegging og diagnostisering

Svar fordelt på antall



	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad
I hvor stor grad følte du deg trygg hos BUP?	5	16	7	6	10
I hvilken grad forsto du det som ble sagt hos BUP?	7	9	13	8	7
I hvilken grad hørte behandleren på det du ville fortelle om deg selv?	11	12	8	6	6
I hvilken grad fikk du være med å si noe om tilrettelegging?	3	9	11	10	11
I hvilken grad mener du utredningen ble gjort på riktig måte?	11	14	13	3	4

Svar fordelt på prosent

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad
I hvor stor grad følte du deg trygg hos BUP?	11,4 %	36,4 %	15,9 %	13,6 %	22,7 %
I hvilken grad forsto du det som ble sagt hos BUP?	15,9 %	20,5 %	29,5 %	18,2 %	15,9 %
I hvilken grad hørte	25,6 %	27,9 %	18,6 %	14 %	14 %

behandleren på det du ville fortelle om deg selv?					
I hvilken grad fikk du være med å si noe om tilrettelegging?	6,8 %	20,5 %	25 %	22,7 %	25 %
I hvilken grad mener du utredningen ble gjort på riktig måte?	24,4 %	31,1 %	28,9 %	6,7 %	8,9 %

#### Svar fordelt på antall

	Ja	Nei
Ble du fortalt hvorfor du var hos BUP?	33	10
Spurte behandleren om hjemmesituasjonen?	36	9
Spurte behandleren om hvordan du hadde det på skolen?	38	7
Fikk du informasjon om diagnosen?	27	18
Mener du diagnosen ble satt på riktig måte?	40	5
Mener du selv diagnosen er riktig?	43	2

#### Svar fordelt på prosent

	Ja	Nei
Ble du fortalt hvorfor du var hos BUP?	76,7 %	23,3 %
Spurte behandleren om hjemmesituasjonen?	80 %	20 %
Spurte behandleren om hvordan du hadde det på skolen?	84,4 %	15,6 %

Fikk du informasjon om diagnosen?	60 %	40 %
Mener du diagnosen ble satt på riktig måte?	88,9 %	11,1 %
Mener du selv diagnosen er riktig?	95,6 %	4,4 %

