

Södertörns Högskola | Institutionen för samhällsvetenskaper
Kandidatuppsats 15 hp | Examensarbete i socialt arbete
Höstterminen 2017 | Socionomprogrammet med storstadsprofil

Att se är en förutsättning för att kunna hjälpa

- *en kvalitativ uppsats om hur ADHD definieras
i Socialstyrelsens kunskapsmaterial*

Av: Sarah Lindelöw och Frida Lindahl

Handledare: Sandra Karlsson

Abstract

In this paper, documents from the National Board of Health and Welfare in Sweden is examined to investigate how ADHD is presented. A particular focus has been to investigate how sex and gender differences in relation to ADHD are described and further if and in what way the National Board of Health and Welfare's mission on gender integration appears in the documents. To achieve the purpose of this paper, a critical text analysis with a power analytical approach has been conducted to review parts of the National Board of Health and Welfare's material and reports on ADHD. The result of the analysis shows that the National Board of Health and Welfare's document in some parts describes ADHD in a stigmatizing and discriminatory manner, which can contribute to exclusion and social oppression. The National Board of Health and Welfare also partly contributes to maintaining the image of ADHD as a boy's diagnosis, which may cause girls to be overlooked in diagnosis, as the girls' symptoms and experiences are not described in an adequate way in the documents. The results in the paper also show that the gender equality-mission has not been implemented in all parts of the material, which means that the political goals of gender equality have not been achieved in all respects.

Title: Seeing is a prerequisite for being able to help - a qualitative paper about how ADHD is presented in the National Board of Health and Welfare's documents

Writers: Sarah Lindelöw och Frida Lindahl

Word count: 15 125

Keywords: *ADHD, gender, sex, social work, girls*

Sammanfattning

I denna uppsats granskas Socialstyrelsens dokument för att undersöka hur ADHD presenteras. Ett speciellt fokus har varit att undersöka hur köns- och genuskillnader i relation till ADHD beskrivs och vidare om och på vilket sätt Socialstyrelsens uppdrag om jämställdhetsintegrering framträder i dokumenten. För att uppnå syftet med uppsatsen har en kritisk textanalys med en maktanalytisk ansats bedrivits för att granska delar av Socialstyrelsens kunskapsmaterial och även en lägesrapport kring ADHD. Resultatet av analysen visar att Socialstyrelsens dokument i vissa delar beskriver ADHD på ett stigmatiserande och diskriminerande sätt vilket kan bidra till exkludering och socialt förtryck. Socialstyrelsen bidrar delvis även till att upprätthålla bilden av ADHD som en pojkdagnos vilket kan leda till att flickor missas, då flickornas symtom och upplevelser inte beskrivs på ett utförligt sätt i dokumenten. Resultaten i uppsatsen pekar även på att uppdragen Socialstyrelsen har haft gällande jämställdhet inte har implementerats i alla delar av materialet, vilket medför att målen om jämställdhet inte har uppnåtts i alla avseenden.

Titel: Att se är en förutsättning för att kunna hjälpa - en kvalitativ uppsats om hur ADHD definieras i Socialstyrelsens kunskapsmaterial

Författare: Sarah Lindelöw och Frida Lindahl

Antal ord: 15 125

Nyckelord: *ADHD, genus, kön, socialt arbete, flickor*

Förord

Vi vill börja med att tacka Arthur och Mattias för ert stöd, inspiration och förståelse men även övriga familjemedlemmar som bidragit till lugn under denna period.

Vad anträffar framförandet av uppsatsens delar står vi båda, Sarah och Frida, bakom samtliga delar vilka vi har bidragit till på olika sätt. Anteckningar och utkast kan till en början ha varit skrivet av en av oss, vilket sedan har genomarbetats av den andra och sedan tillsammans. Sarah har haft det huvudsakliga ansvaret för avsnitten *Tidigare forskning* och *Metod* och Frida har haft det huvudsakliga ansvaret för avsnitten *Inledning* och *Teori*.

Sarah Lindelöw och Frida Lindahl

Januari 2018, Stockholm

INTRODUKTION	1
<u>1 INLEDNING OCH BAKGRUND</u>	<u>1</u>
1.1 PROBLEMATISERANDE ANSATS	2
1.2 PROBLEMFORMULERING OCH RELEVANS FÖR SOCIALT ARBETE	3
1.3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	4
1.3.1 AVGRÄNSNING	4
1.3.2 DISPOSITION	4
<u>2 FORSKNINGSÖVERSIKT</u>	<u>5</u>
2.1.1 SÖKPROCESS	5
2.2 UPPKOMSTEN AV ADHD HOS FLICKOR OCH POJKAR	5
2.3 ADHD-SYMTOM	6
2.4 ADHD OCH SAMSJUKLIGHET	7
2.5 BILDEN AV ADHD	9
2.5.1 SAMMANFATTANDE DISKUSSION	10
<u>3 METOD</u>	<u>11</u>
3.1.1 VAL AV METOD	11
3.2 KRITISK ANALYS	11
3.3 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	12
3.3.1 URVAL AV DET EMPIRISKA MATERIALET	12
3.3.2 KODNING OCH TEMATISERING AV MATERIALET	13
3.4 STUDIENS TILLFÖRLITLIGHET	14
3.4.1 PÅLITLIGHET, TROVÄRDIGHET OCH ÖVERFÖRBARHET	14
3.4.2 FÖRFÖRSTÅELSE	15
3.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	15
3.5.1 METODDISKUSSION	16
<u>4 TEORI</u>	<u>17</u>
4.1.1 UPPSATSENS TEORETISKA RAMVERK	17
4.2 SOCIAL RELATIONELL TEORETISK MODELL	18
4.2.1 BARRIÄRER	18
4.2.2 MAKT OCH SOCIALT FÖRTRYCK	19
4.2.3 STIGMA	20
4.2.4 REFLEKTION	21
<u>5 RESULTAT OCH ANALYS</u>	<u>22</u>
5.1.1 PRESENTATION AV DET EMPIRISKA MATERIALET	22
5.1.2 BEGREPP	23
5.2 ADHD SOM DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING	23
5.3 ADHD-SYMTOM, SVÅRIGHETER, PROBLEM OCH KONSEKVENSER	26
5.4 ADHD, SAMSJUKLIGHET OCH RISK- OCH SKYDDSAKTÖRER	30
5.5 ADHD OCH KÖNS- OCH GENUSSKILLNADER	32
5.6 ANALYS UTIFRÅN UPPDRAGET OM JÄMSTÄLLDHETSINTEGRERINGEN	37

6	SLUTDISKUSSION	38
6.1.1	STUDIENS VIKTIGASTE RESULTAT	38
6.2	DISKUSSION	39
6.2.1	FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING	41
7	REFERENSER	42
8	BILAGA 1	48
9	BILAGA 2	50
10	BILAGA 3	52

Introduktion

Attention deficit/hyperactivity disorder, ADHD, är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning vilket på svenska översätts till aktivitets- och uppmärksamhetsstörning, som ca 5% av alla barn beräknas ha (Gillberg & Malmberg u.å.).

1 Inledning och bakgrund

Vissa diagnoser är formade utifrån en pojknorm och därför har det varit svårt att upptäcka flickors problem, eftersom de visar andra symptom. Rätten till stöd blir därför inte likvärdig.

(Barnombudsmannen 2016, s. 99)

Citatet illustrerar ett problem som Barnombudsmannen (2016) tar upp i sin granskning av barn och ungas mänskliga rättigheter, nämligen att rätten till stöd inte är likvärdig eftersom flickor missas i diagnostisering gällande ADHD. Enligt Barnombudsmannen (2016, s. 17) är det så mycket som tre gånger fler pojkar än flickor som får diagnosen ADHD och det beror inte på att flickor har färre problem utan snarare att pojkarna ses som mer problematiska av omgivningen. Ofta kopplar omgivningen samman ADHD med ett bråkigt och stökigt beteende i klassrummet, vilket är vanligare hos pojkar och det är därför diagnosen kan ses som en pojk-diagnos och att kriterierna utgår från en "pojknorm" (ibid. s. 17, 99). Flickor beskrivs ha mindre av symtomen samt andra uttryckssätt, vilket medför att omgivningen inte uppfattar flickors symptom i samma utsträckning, som i sin tur kan bero på att omgivningen saknar rätt kunskap (ibid. s. 2–3). I och med detta får färre flickor med ADHD rätt till den hjälp och det stöd som de skulle kunna behöva. I Barnombudsmannens (2016, s. 3) rapport berättar en flicka att hon upplever att skolan inte ser hennes behov, "som tjej ... och ha adhd, alltså det är ju, ingen tror ju på en". Barnombudsmannen (2016, s. 22) framhåller även i dokumentet att "flickor med funktionsnedsättning är extra utsatta eftersom de även riskerar könsdiskriminering".

Under flera år har Socialstyrelsen, på uppdrag av regeringen, haft som mål att arbeta för jämställdhet inom verksamheten (2004a, 2008, 2015a). Socialstyrelsen (2004a) beskriver i en av rapporterna om jämställdhet att de skiljer på begreppen kön och genus, kön används i en biologisk kontext och genus i sociala och kulturella sammanhang. Genus beskrivs vidare som "kön med helhetssyn" (ibid. s. 19). I en annan rapport om jämställdhet beskriver Socialstyrelsen (2008, s. 16) vikten av att "lyfta fram och analysera skillnader mellan män och kvinnor samt

analysera dem i ljuset av mäns och kvinnors olika livsvillkor”. I och med det senaste uppdraget om jämställdhet för perioden 2016–2018 har Socialstyrelsen (2015a) tagit fram en handlingsplan för jämställdhetsintegrering. I handlingsplanen redogör Socialstyrelsen (2015a, s. 6) för hur de strävar efter att “verksamheten [ska] genomsyras av ett jämställdhetsperspektiv” och att detta perspektiv ska finnas med i allt de gör såsom rapporter, statistik, bedömningar och internt utbildningsmaterial. Socialstyrelsen (2015a) beskriver även att de ska granska redan publicerade dokument, som ett av stegen för att uppnå målen om jämställdhet. Genom att införliva jämställdhetsperspektivet så bidrar det till att uppfylla det jämställdhetspolitiska målet, vilket är att “kvinnor och män ska ha samma makt och möjlighet att påverka samhället och sina egna liv” (Socialstyrelsen 2015a, s. 7, 10). Det framgår även att de i och med jämställdhetsuppdraget ska “främja lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck” (Socialstyrelsen 2015a, s. 8–9).

1.1 Problematiserande ansats

Uppsatsen avser att använda begreppen kön och genus utifrån hur den existencialistiska och feministiska filosofen Simone de Beauvoir och sociologen Raewyn Connell förstår begreppen. Både de Beauvoir (1949) och Connell (2009) understryker att det inte är det biologiska som skapar sociala skillnader mellan könen, det är konstruerat av samhället och fortsätter konstrueras i en ständig process. Connell (2009) beskriver hur genus konstrueras genom förväntningar på vad som är *kvinnligt* och *manligt* och hur makt fördelas i samhället genom patriarkala strukturer som gynnar män och missgynnar kvinnor.

I denna uppsats har vi valt att skilja på kön och genus, när vi talar om kön är det faktiska kroppsliga skillnader eller likheter vi talar om. När det gäller genus är det skillnader eller likheter som beror på individen i relation till samhället och dess normer och förväntningar. På liknande sätt skiljer vi på *funktionsnedsättning* och *funktionshinder* utifrån Carol Thomas (1999) teoretiska definition av begreppen, vilket vi beskriver närmare under avsnittet *Teori*. Thomas (1999) har utformat en teoretisk modell om socialt förtryck och makt vilken belyser hur barriärer och kategoriseringar kan diskriminera funktionsnedsatta individer i relation till samhällets normer. Modellen möjliggör för en maktanalytisk ansats vilken vi kompletterar med det teoretiska begreppet *stigma* utifrån Mueller, Fuermaier, Koerts och Tucha (2012) definition i sin studie. Thomas (1999) beskriver hur patriarkala strukturer genom makt diskriminerar

funktionsnedsatta och den maktanalytiska ansatsen i uppsatsen innefattar även den maktaspekten.

I en analys kan det anses problematiskt att dela kön och genus på ett dikotomt vis, då det kan förefalla sig svårt att avgöra vad som är vad eftersom de är starkt sammankopplade. Vi använder oss däremot av uppdelningen som ett försök att beskriva vad som är kroppsligt och vad som kan ses som konstruerat. Med *konstruerat* eller *social konstruktion* menar vi i denna uppsats vad som inte är biologiskt determinerat, utan vad människor och samhällen skapar, såsom Connell (2009) beskriver att genus skapas genom förväntningar. Bland annat kan långt hår anses som kvinnligt eller feminint, det är dock inget biologiskt medfött antagande, utan en konstruerad föreställning om hur kvinnor "ska" se ut.

1.2 Problemformulering och relevans för socialt arbete

Barnombudsmannens (2016) granskning visar att rätten till stöd inte är likvärdig för flickor och pojkar med ADHD eftersom diagnostiseringen vilar på en slags "pojk-norm" vilket medför att flickor med ADHD missas. Dokument som Socialstyrelsen publicerar är till för att vägleda yrkesverksamma i sitt arbete med människor (Socialstyrelsen u.å.), vilket kan tänkas påverka deras kunskap och således deras kompetens att uppmärksamma när en diagnostisering kan vara aktuell. Enligt Esaiasson, Gilljam, Oscarsson, Towns och Wängnerud (2017) kan texter genom dess form och språk omedvetet bidra till ett upprätthållande av samhällsnormer. Detta då texter kan påverka vad individer uppfattar som naturligt och oföränderligt, vilket individer i sin tur reproducerar (ibid.). För att socialarbetare inte ska reproducera eller upprätthålla köns- eller genusstereotypa bilder och förhållningssätt, till exempel bilden av ADHD vilandes på en pojk-norm, är det därför av stor vikt att dokument som riktar sig till yrkesverksamma beskriver en fullständig bild av ADHD utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Detta för att det sociala arbetet ska kunna erbjuda en så likvärdig rätt och möjlighet till stöd som möjligt, oavsett könsidentitet (Socialstyrelsen 2015a). Syftet med denna uppsats är därför att undersöka hur Socialstyrelsen beskriver ADHD och genus- och könsskillnader i sina dokument för att vidare undersöka hur Socialstyrelsens uppdrag om jämställdhetsintegrering tillämpas i de dokument som vi valt att analysera.

Det är av relevans för socialt arbete att undersöka hur grupper som missgynnas i samhället beskrivs, i och med att Socialtjänsten ska verka för jämställdhet och arbeta för att människor inte ska hamna utanför samhället (Akademikerförbundet SSR 2014; Socialstyrelsen 2004a, 2008, 2015a). Baserat på detta används en maktanalytisk ansats som avser att kritiskt granska

dokument, att granska texter kritiskt handlar inte om att påpeka felaktigheter som texten kan innehålla, utan att utifrån vald teori framhäva maktrelationer i samhället, som tar sig uttryck genom språk och benämningar (Esaiasson et al. 2017).

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att granska Socialstyrelsens dokument för att undersöka hur ADHD presenteras. Även om och på vilket sätt uppdraget av jämställdhetsintegrering framträder i dokumenten.

- Hur beskrivs ADHD i Socialstyrelsens dokument?
- Hur definieras och framställs köns- och genusskillnader i relation till ADHD i Socialstyrelsens dokument?
- Hur kan definitionen förstås i relation till Socialstyrelsens uppdrag om jämställdhetsintegrering?

1.3.1 Avgränsning

Då syftet är att granska Socialstyrelsens dokument, är detta även vår avgränsning gällande empiriskt underlag och syftet avgränsas med hjälp av frågeställningarna. Vi avgränsar oss vidare i analysen med hjälp ett teoretiskt perspektiv på genus och funktionshinder, men även stigma. Då Socialstyrelsens material riktar sig till olika verksamheter, vilket medför en stor spridning, anser vi det relevant att utföra en kritisk granskning med det valda syftet och utifrån den teoretiska ansats vilken presenteras senare i uppsatsen.

1.3.2 Disposition

I nästkommande avsnitt presenteras tidigare forskning som är av relevans för uppsatsen och kan bidra till en större förståelse anträffande valet av ämne. Följande avsnitt är en metodgenomgång, där bland annat analysmetod, tillvägagångssätt, etiska överväganden samt förförståelse presenteras. Efter detta följer en genomgång av för uppsatsen relevant teori vilket avslutas med en reflektion. I avsnittet *Resultat och analys* presenteras det empiriska underlaget och analyseras utifrån teori och tidigare forskning. Uppsatsen avslutas med en slutdiskussion samt förslag på vidare forskning.

2 Forskningsöversikt

I detta avsnitt presenterar vi först hur vi gått tillväga för att finna tidigare forskning som är av relevans för vår uppsats, vilken vi sedan presenterar under teman som vi har utläst genom studierna. Majoriteten av studierna är internationella och skrivna på engelska, vilket har gjort det svårt att i vissa fall avgöra om de talar om kön eller genus. Fåtalet studier använder sig av en uppdelning av *sex* (kön) och *gender* (genus). Majoriteten specificerar inte om användningen av begreppet gender syftar till kön eller genus. För tydlighetens skull vill vi klargöra detta då vi kan ha misstagit begreppsanvändningen för antingen kön eller genus, när författarna kan ha talat om motsatsen. Det är ett komplext fält vilket även kan ha bidragit att distinktionen mellan begreppen kan ha varit svåra att utläsa.

2.1.1 Sökprocess

Vi använde oss av databasen SöderScholar för att söka efter tidigare forskning med hjälp av olika nyckelord, såsom: *ADHD*, *flickor*, *normer*, *genus*, *kön*, *social konstruktion*, *feminism*, *intersektionalitet*, *psykisk ohälsa*, *psykisk hälsa*, *socialt arbete*, *diagnostisering*. Dessa begrepp översattes till engelska för att bredda sökningen och för att hitta internationell forskning. Vi kombinerade *ADHD* med de ovannämnda begreppen för att specificera sökningen och för att hitta material som är relevant för uppsatsen. Utöver detta gjorde vi även en sökning på Google och GoogleScholar vilket ledde oss till ett antal avhandlingar och annan relevant litteratur, i vilka vi granskade referenslistorna som ledde oss vidare till fler artiklar inom ämnet. Den forskning som vi har avgränsat oss till har varierande metoder och syften samt sträcker sig över fler fält, från det medicinska till det sociologiska fältet, då studierna är varierande ger det en bredare förståelse för det område vi valt att studera. Samtliga studier är vetenskapligt granskade och publicerade efter år 2000 samt redogör för ADHD i relation till köns- eller genuskillnader, vilket är kopplat till uppsatsens syfte som är att undersöka hur ADHD och genus- eller könsskillnader presenteras.

2.2 Uppkomsten av ADHD hos flickor och pojkar

Internationella studier inom de biomedicinska och psykiatriska forskningsfälten har visat att genetiska faktorer påverkar ärftligheten och genom detta kan uppkomsten av ADHD förutspås (Martin, Hamshere, Stergiakouli, O'Donovan & Thapar 2014; Nymberg et. al. 2013). Nymberg et. al. (2013) undersöker i sin bio-psykiatriska studie om det förekommer genetiska och

biologiska könsskillnader gällande ADHD. Detta gör de genom att undersöka gener och resultat i studien visar att MAOA¹ genen, var associerad till pojkar med ADHD men inte flickor (ibid.). Andra genetiska förändringar i hjärnan har visat sig påverka hur väl personer med ADHD behärskar sina känslomässiga impulser, detta visade sig inte skilja mellan könen (Martin et al. 2014). Thapar, Cooper, Eyre och Langley (2012) belyser i sin psykiatriska studie att det är mer komplext än att enbart genetiska faktorer kan förutspå uppkomsten av ADHD. De menar att diagnosens uppkomst även beror på omgivningsfaktorer under uppväxten vilka påverkar i samma utsträckning som genetiken (ibid.). Det finns enligt denna studie med andra ord flera riskfaktorer som samverkande bidrar till uppkomsten av ADHD. Genetik, arv och omgivning verkar inte oberoende av varandra (ibid.).

I en psykologisk studie från Kanada beskriver Williamson och Johnston (2015) att det är vanligt att flickor inte får diagnosen i barndomen. Detta resulterar i att de söker kontakt med vården för utredning och eventuell diagnos senare i livet. Enligt studien bidrar detta till en allmän uppfattning om att ADHD är något som kan uppstå även i vuxen ålder. Det är diagnostiseringen som förekommer senare för flickor och kvinnor, inte själva uppkomsten. Det kan enligt studien kopplas till genusbaserade uttryck för ADHD-symtomen som skiljer sig åt mellan könen. Detta påverkar möjligheten att diagnosen upptäcks utifrån att omgivningen och diagnoskriterierna inte noterar genusbaserade uttryck från flickor som symptom på ADHD (ibid.).

2.3 ADHD-symtom

Internationella och nationella studier inom specialpedagogik, medicin samt psykologi beskriver att de främsta symtomen som individer med ADHD uttrycker är hyperaktivitet och impulsivitet (Grskovic & Zentall 2010; Kopp, Berg Kelly & Gillberg 2010; Williamson & Johnston 2015). Hyperaktivitet och impulsivitet beskrivs som typiska beteenden för pojkar vilket är en förklaring till varför ADHD länge har betraktats som en pojk-diagnos (ibid.). Enligt Abikoff et al. (2002) är den typiska bilden av ADHD ett stökigt beteende i klassrummet, som till exempel är att lämna sin stol och springa runt. Hyperaktivitet och impulsivitet kan även uttryckas genom vad som anses vara typiska uttryck för flickor vilka bland annat är att skaka på foten, pilla i håret och avbryta lärare och klasskamrater (Grskovic & Zentall 2010; Wiener & Daniels 2016). De typiska uttrycken som är vanligare hos flickor kan vara svårare att upptäcka på grund av att

¹ Monoaminoxidase A genen (MAOA), ett enzym som bl.a. bryter ner noradrenalin vilket medför en förhöjd impulsivitet och ouppmärksamhet. Påverkar även belöningssystemet i hjärnan.

omgivningen inte uppfattar att flickors uttryck kan tyda på ADHD i och med att bilden av ADHD som en pojk-diagnos lever kvar (ibid.). Flera forskare belyser därför vikten av att uppdatera de befintliga bedömningsmanualerna för att täcka alla symtom och uttryck, även de som är vanligare för flickor, för att bidra till ett mer jämlikt underlag (Abikoff et. al. 2002; Grskovic & Zentall 2010; Kopp, Berg Kelly & Gillberg 2010).

De amerikanska forskarna Grskovic och Zentall (2010) undersökte i sin studie hur lärare bedömer, utifrån huvudsymtomen hyperaktivitet och impulsivitet, huruvida en utvärdering skulle påbörjas för flickor respektive pojkar som misstänktes ha ADHD. Lärarna ansåg i 27% av fallen att flickorna hade symtom som kunde ligga till grund för en utredning, jämfört med 72% av pojkarna (ibid.). Enligt studien uppfattade inte lärarna flickornas beteende som lika störande jämfört med pojkarnas, trots att båda könen uttryckte likadant överdrivet beteende i form av att störa undervisningen. Lärarna ansåg att flickorna i högre grad än pojkarna kunde korrigeras genom tillsägelse och vid hot om bestraffning och därigenom hämma sitt beteende (ibid.). I och med detta lär sig flickorna att deras utåtagerande beteende inte är accepterat och korrigerar sig därefter, vilket leder till att de uppvisar genustypiska symtom eller uttryck som inte överensstämmer med de typiska uttrycken som associeras till pojkar (ibid.). Flickor tillåts inte agera på sina impulser i lika hög grad som pojkar, vilket leder till att uttrycken för symtomen blir mer subtila för flickor. Enligt Abikoff et. al. (2002) beror detta inte endast på lärare eller omgivning, utan även på flickornas egen "vilja att passa in" och följa genusnormen. Vilket resulterar i att flickorna själva korrigerar sitt beteende som en slags strategi för att undvika exkludering från kamratgruppen (ibid.). Enligt Grskovic och Zentall (2010) är samverkan mellan normer, ADHD och förväntningar på könen en bidragande faktor till att symtomen vid ADHD kan ses som genus specifika.

2.4 ADHD och samsjuklighet

Inom biomedicinska, psykiatriska och psykologiska studier så undersöks ADHD bland annat i kombination med depression och inom dessa forskningsfält talas det ofta om denna kombination som en *samsjuklighet* (Sonnby 2014). Det är däremot inte bara depression som kan förekomma i samband med ADHD. Studier inom dessa fält beskriver att andra diagnoser eller mentala tillstånd såsom; ångestsyndrom (Becker, McBurnett, Hinshaw & Piffner 2013; Biederman et. al. 2006; Jarrett & Ollendick 2012; Sciberras et. al. 2014; Sonnby 2014), PTSD

(Brattberg 2006), MDD² (Meinzer et. al. 2013), anorexi, social fobi och suicidalitet (Hinshaw et. al. 2012) också kan förekomma i kombination med ADHD. Att ha ADHD kombinerat med två eller fler tillstånd eller diagnoser kan ha en negativ inverkan på individens livskvalité i och med att den blir försämrad, visar en medicinsk studie av Sciberras et. al. (2014). Anledningen till att denna samsjuklighet gällande bland annat depression och ADHD är relevant att diskutera visar sig i följande medicinska och psykiatriska studier.

Sonnby (2014) har i sin medicinska studie undersökt sambandet mellan ADHD och depression och kommit fram till att det är dubbelt så många flickor jämfört med pojkar som har symtom av både ADHD och depression samtidigt, det finns alltså en könsskillnad. Detta kan enligt studien tolkas som att flickor med ADHD lider av depression i dubbelt så hög grad som pojkar med ADHD, vilket skulle innebära att flickor med ADHD kan anses vara mer utsatta än pojkar med ADHD. Studien visar att könsskillnader och genusskillnader gällande depression delvis beror på genetiska och biologiska faktorer men även att sociokulturella aspekter påverkar skillnaden vilket medför en ökad risk för flickor att få depression i kombination med ADHD jämfört med pojkar (ibid.). Att flickor i högre utsträckning än pojkar upplever depressivitet kan enligt en medicinsk studie av Kopp, Berg Kelly & Gillberg (2010) förklaras utifrån att flickor får sin ADHD-diagnos senare och i lägre utsträckning än pojkar. Till stor del kan depressiviteten som flickor med ADHD lider av förklaras av utebliven eller sen diagnos, då de inte fått stöd och hjälp under uppväxten. Det är därför viktigt att uppmärksamma flickors problematik i barndomen för att förhindra detta (ibid.). Även då ovanstående studier gällande samsjuklighet ingår i det medicinska och psykiatriska forskningsfältet, så hänvisar de till risken för depression hos flickor med ADHD både till genetiska faktorer men även till omgivningsfaktorer (bl.a Sonnby 2014).

Becker et al. (2013) beskriver i sin studie från USA att en del av de sociokulturella aspekterna som påverkar att flickor, men inte pojkar, utvecklar depressiva symtom och ångestsymtom i kombination med ADHD kan vara kamratrelationer. Utformningen av de kamratgrupper som flickor generellt sett ingår i är mindre i storlek och mer exkluderande än pojkars, därför tenderar flickor att utsättas för och själva involveras i en typ av psykisk mobbning (Becker et al. 2013; Ohan & Johnston 2007). Denna psykiska mobbning kännetecknas bland annat av att sprida rykten för att skada eller exkludera någon annan (Mikami, Lee, Hinshaw & Mullin 2008). Enligt Becker et al. (2013) så drabbas flickor med ADHD i dubbel bemärkelse av kamratproblematik. Detta i och med att barn med ADHD har

² Major Depressive Disorder

en ökad risk för kamratproblem samt samexisterande psykisk ohälsa och att kamratrelationer även kan påverka flickor negativt i högre utsträckning än pojkar (ibid.). Genusnormerna som påverkar samsjukligheten drabbar alltså flickor i högre utsträckning.

2.5 Bilden av ADHD

Enligt de nederländska forskarna Mueller et al. (2012) så förekommer det en allmän skepticism gentemot diagnoser som "inte syns", däribland ADHD, detta menar forskarna bidrar till en stigmatisering gällande diagnosen. Den stigmatiserande bilden reproduceras av samhället, vilket bidrar till en bild av diagnosen som inte överensstämmer med verkligheten, bland annat bidrar detta till att personer med ADHD inte anses lika åtråvärda för en anställning (ibid.). Att bli misstrodd och utsatt för allmän skepticism bidrar till lägre självkänsla som även medför en risk att internalisera den stigmatiserade bilden och ta det för sanning (Gajaria, Yeung, Goodale och Charach 2011; Mueller et al. 2012). Flickor och kvinnor drabbas enligt Mueller et al. (2012) mer av den stigmatiserande och stereotypa bilden av diagnosen än pojkar, vilket även medför att de oftare blir misstrodda, vilket i sin tur leder till sämre självkänsla. Detta beror enligt forskarna på den stereotypa bilden av ADHD som en pojk-diagnos (ibid.).

Enligt de amerikanska forskarna Waschbusch och King (2006) så jämför lärare och föräldrar flickor och pojkar med varandra vilket resulterar i att flickor inte uppfattas ha lika betydande problematik som pojkar, då bedömningen oftast utgår från den stereotypa symtombilden av ADHD. Huruvida lärare och föräldrar uppfattar barnens beteende som något problematiskt har att göra med deras egna bild av vad de anser vara normalt eller onormalt och det påverkar främst flickors chans att få en diagnos (Bussing et al. 2003; Waschbusch & King 2006). Lärare och föräldrar bedömer alltså utefter genustypiska bilder av ADHD och utefter genusnormer. Denna bild av ADHD som genustypisk för pojkar lever enligt Kopp, Berg Kelly och Gillberg (2010) delvis kvar idag och påverkar allmänhetens och yrkesverksammas uppfattning, men även de manualer som följs vid bedömning av diagnosen. Det framgår i Bussing et al.'s (2003) studie att pojkar hade fem gånger så hög chans att få en utredning, diagnostisering och vidare behandling än flickor. Vilket enligt studien sades bero på huruvida föräldrarna uppfattade att deras barn behövde stöd och hjälp eller inte. Detta kan till viss del bero på att det finns en större stigmatisering gällande att behandla sin dotter för ADHD än sin son, men det kan även bero på att föräldrarna inte uppfattar flickornas problematik (ibid.).

Den danske sociologen Lundemark Andersen (2016) har i sin studie, genom intervjuer, försökt fånga upplevelsen av att diagnostiseras och leva med ADHD. I studien framkommer

det att diagnosen ofta är kombinerad med andra problem, vilka är relaterade till negativa begrepp såsom aggression, våldsamhet och annat negativt beteende, det resulterar i en institutionaliserad intolerans och exkludering (ibid.). Det medför negativa konsekvenser för individer med ADHD, då det påverkar deras självkänsla och även samspelet med sociala system. Insatser i sociala system är grundade i antingen den medicinska diagnosen eller andra förbestämda kategorier av "avvikande beteende" som inte fångar in komplexiteten av individuella problem (ibid.). Respondenterna beskriver att det är skillnad på att *känna sig* annorlunda och *bli kategoriserad* som en person med ett avvikande beteende utifrån omgivningen. Lundemark Andersen (2016) framhåller att det är eftersträvansvärt att använda begreppet *funktionsförmåga* istället för funktionshinder eller nedsättning. Begreppet är inte negativt betingat och syftar till individens faktiska förmåga, istället för vad som upplevs som hinder eller nedsättande och exkluderande i relation till samhället.

Respondenternas upplevda erfarenheter gör det tydligt för dem själva att deras interaktion med andra sätter dem utanför normen, men de upplever inte detta såsom att ha ett avvikande beteende (ibid.). Lundemark Andersen (2016) beskriver utifrån respondenterna att en diagnos ger dem en förklaring till svårigheter de har och öppnar upp för ett hopp om att i framtiden närma sig en *normalitet*. Normalitet upplevs av respondenterna som ett socialt krav som individer med ADHD inte kan leva upp till. Att känna sig annorlunda är, enligt studien, ett resultat av kraven från samhället om att vara inkluderad i normaliteten genom att efterlikna majoriteten. Diagnosen kan ses som en förklaring till varför individen är annorlunda och kan på ett sätt ge ett slags legitimerat kvitto för detta (ibid.).

2.5.1 Sammanfattande diskussion

Forskningen som presenteras ovan kommer från olika fält och har fokus på att beskriva eller förklara skillnader mellan könen gällande diagnosen, till viss del beskriva genusskillnader och även stigma och upplevelsen av att ADHD. De inledande medicinska studierna som presenterades redogjorde för att det finns vissa skillnader i hjärnan och i generna som kan bero på kön. Majoriteten av forskningen framhöll däremot att skillnaderna snarare beror på genus, inte kön. Med utgångspunkt i detta är det troligt att symtomen och uttrycken för ADHD är desamma oberoende av kön, men att samhällets påverkan och föreställning om könen medför att symtombilden skiljer sig åt.

Det kan, som vi beskrev i inledningen, förefalla sig svårt att skilja dikotomt på kön och genus, vilket gör det svårt att svara på om det finns fundamentala skillnader eller om det är

skapade genom genusnormen. Forskningen hjälper oss i denna uppsats att ta fasta på ett perspektiv i riktning mot att det är genus som påverkar skillnaderna, men förnekar inte heller att det även finns biologiska skillnader kopplade till kön, vilket även är kopplat till Thomas (1999) teoretiska ansats som vi anlägger i analysen.

3 Metod

I detta avsnitt presenteras vilken metod vi använt oss av, tillvägagångssätt och urval. Vidare följer en genomgång av studiens tillförlitlighet, förförståelse samt etiska överväganden och avslutande följer en diskussion om metoden.

3.1.1 Val av metod

Då vi i denna uppsats avser undersöka och analysera dokument från Socialstyrelsen lämpar sig metoden *kvalitativ textanalys*. Det finns texter överallt omkring oss som förmedlar olika budskap, texter som vi möter i vår vardag påverkar oss och därigenom samhället i sig på olika sätt (Widén 2009). De skapar beskrivningar och föreställningar om samhället och hur vi bör anse att samhället borde vara (Boréus 2015; Widén 2009). Genom att studera och analysera texter så kan vi skapa en förståelse för vad det faktiskt är som bygger upp dessa föreställningar, vilket i sin tur påverkar hur människor i olika grupper relaterar till varandra och hur identiteter skapas och upprätthålls. Texter kan också förstås som ett uttryck, ett sorts kännetecken för de föreställningar, värderingar och normer som för närvarande råder i samhället (Boréus 2015; Widén 2009). Att använda sig av kvalitativ textanalys är ett sätt att ställa frågor till texten för att se om de kan besvaras. Frågorna kan handla om normer i samhället, vad texten har för mening, eller om texten är utformad på ett sätt som överensstämmer med verkligheten (Esaiasson et al. 2017).

3.2 Kritisk analys

Inom metodansatsen kvalitativ textanalys finns det olika analytiska redskap eller verktyg att tillta beroende på vilka frågor som ställs till texten (Esaiasson et al. 2017). I denna uppsats används en maktanalytisk ansats som kopplar samman med metodansatsen kvalitativ textanalys, vilket då avser att kritiskt granska dokumenten. Att granska texter kritiskt handlar inte om att påpeka felaktigheter som texten kan innehålla, utan att utifrån vald teori framhäva

maktrelationer i samhället, som tar sig uttryck genom språk och benämningar (ibid.). På så vis avser denna uppsats att genom ett kritiskt granskande “blottlägga maktrelationer som förmedlas i texten” (ibid. s. 214). Kritisk textanalys är även en användbar metod för att granska rådande normer i samhället som på ett omedvetet plan bidrar till individers syn på vad som ses som naturligt och inte (ibid.). Idéer om vad som är naturligt och inte kan till exempel handla om kön, och genom att kritiskt granska texter med hjälp av relevant teori är det möjligt att synliggöra hur språket bidrar till hur och vad människor uppfattar som naturligt och inte. Det bidrar även till att synliggöra vad en majoritet av samhället ser som oföränderligt, vilket i själva verket kan vara en social konstruktion som *upplevs* som oföränderlig (ibid.).

3.3 Tillvägagångssätt

Nedan följer en beskrivning av hur tillvägagångssätt och urval av materialet har genomförts i denna uppsats. Avsnittet avslutas med hur vi har gått tillväga då vi har kodat materialet och tematiserat de funna koderna.

3.3.1 Urval av det empiriska materialet

Socialstyrelsen har på sin hemsida (u.å.) en flik som heter “ADHD” där de listar 25 stycken dokument de publicerat som vänder sig till yrkesverksamma som möter individer med ADHD. Då uppsatsen syftar till att undersöka hur köns- och genuskillnader framställs i dokumenten avgränsade vi oss enbart till dokument som hade någon form av uppdelning av könen och relaterar till ADHD. Av dessa 25 finns det tio publikationer gällande läkemedel och ADHD, av dessa ansåg vi att en var av relevans i och med att den presenterade en form av könsuppdelning gällande ADHD, vilket de resterande nio inte gjorde. En publikation där Socialstyrelsen inte står som författare är en historisk genomgång av ADHD i Sverige, vilken valdes bort i och med att Socialstyrelsen inte ställer sig som ansvariga för texten. Sex publikationer behandlar bland annat samordning inom organisationen, BBIC, personligt ombud, vårdutnyttjande och de är övergripande gällande funktionsnedsättningar och behandlar inte specifikt ADHD, därav hade de inte relevans för denna uppsats och valdes bort. Utöver dessa dokument finns det fem publikationer under fliken som är broschyrer eller informationsblad vilka presenterar en översiktlig kunskap som baseras på ett av de dokumenten vi sedan valde som empiriskt underlag, därför ansåg vi att broschyrerna och bladen var överflödiga.

Av de ursprungliga 25 valde vi ut fyra dokument, därefter valde vi att även använda oss av ytterligare ett dokument, en lägesrapport, då handlingsplanen för jämställdhetsintegrering (Socialstyrelsen 2015a) tar upp lägesrapporter som en del i sitt arbete. Detta resulterade slutligen i fem dokument och i ca 225 sidor rådata. Vi valde ut dessa fem dokument då de dels har en könsuppdelning och även medför en viss variation eftersom de har olika syften och riktar sig till olika grupper av yrkesverksamma. De är publicerade från åren 2004 - 2016 vilket är den tidsperiod då Socialstyrelsen (2004a, 2008, 2015a) haft uppdrag om jämställdhet. Samtliga fem dokument som utgör det empiriska underlaget presenteras under avsnittet *Resultat och analys*.

3.3.2 Kodning och tematisering av materialet

När materialet hade insamlats så skrevs det ut i pappersform, delades upp oss emellan och översiktslästes, sedan gjordes en första grovkodning genom att stryka under sådant som väckte intresse. Efteråt diskuterade vi grovkodningen för att finna likheter och skillnader i de koder vi funnit. Därefter bytte vi texter, för att båda skulle läsa och koda hela materialet och för att säkerställa att vi båda uppfattade koderna likadant (Creswell 2013). För att skapa struktur och göra materialet mer lättöverskådligt började vi med att färgkoda utifrån specifika ord eller fraser (ibid.). Färgkoderna kategoriserades utefter ett antal frågor som vi ställde till texten, som sedan blev grunden till en tematisering. Frågorna är hämtade från Esaiasson et al. (2017) och finns citerade i Bilaga 3, några av de frågor som vi ställde till texten var;

Hur är 'problemet' representerat? [...] *för vem* representeras detta vara ett problem? Vilka sorters *subjekt* (alltså aktörer) representeras? Med vilka karaktärsdrag, motiv och handlingskapaciteter representeras de? Hur är *orsaken* till problemet representerat? Vem eller vad representeras som problemets orsak? [...] Vilka aktörer gynnas och missgynnas, och på vilket sätt, av att problemet representeras på detta sätt snarare än ett annat?

(Esaiasson et al. 2017, s. 217)

De slutgiltiga rubrikerna som presenteras i avsnittet *Resultat och analys* är baserade på gemensam information som kategoriseringen och tematiseringen av koderna visade (Creswell 2013).

3.4 Studiens tillförlitlighet

Kvalitativ forskning syftar till att skapa en förståelse genom tolkning och möjliggör för en helhetssyn (Bryman 2008). Inom kvalitativ forskning kan det vara svårt att bedöma utifrån kvantitativa begreppen då reliabilitet, validitet och generaliserbarhet syftar till att nå en slags absolut sanning om verkligheten, vilket vi inte avser göra (ibid.).

3.4.1 Pålitlighet, trovärdighet och överförbarhet

Det kvalitativa begreppet *pålitlighet* går att jämföra med de kvantitativa begreppen extern och intern *reliabilitet* som handlar om hur väl en studie går att replikera (Bryman 2008; Vetenskapsrådet 2011). Pålitlighet handlar om hur väl tolkning av empirin stämmer överens sinsemellan forskare i en grupp (Bryman 2008). Forskare som vill replikera studien bör gå in med samma teoretiska glasögon och analysmetod för att kunna få fram samma eller liknande resultat. Forskarnas bakgrund och förförståelse påverkar i högre utsträckning i en kvalitativ studie än i en kvantitativ vilket medför att det är svårare att replikera kvalitativa studier då resultaten kan variera beroende på forskare (ibid.). Pålitlighet innefattar även hur väl forskarna redogör för tillvägagångssätten samt att studien är *transparent* (ibid.).

För att uppnå transparens samt möjliggöra att andra kan kontrollera resultaten och för att undvika vetenskaplig oredlighet och plagiat har referering enligt Harvardsystemet använts (Vetenskapsrådet 2011, s. 89, 106, 109). Tolkningarna av det empiriska materialet skiljer sig inte avsevärt åt mellan oss två uppsatsskrivare, vi har även genomgående haft för avsikt att tydligt beskriva tillvägagångssätt och tolkningar för att på så vis inte undanhålla information. Begreppet *trovärdighet* innebär att studiens resultat skall vara väl förankrad i teori och tidigare forskning, men även att studien svarar på syfte och frågeställningar, det kvantitativa begreppets motsvarighet är *validitet* (Bryman 2008; Vetenskapsrådet 2011). Då kvalitativ forskning allt som oftast utgår från teorier som beskriver olika sociala verkligheter så inbegriper begreppet trovärdighet även hur väl beskrivningen görs samt hur väl läsaren accepterar beskrivningen (Bryman 2008). Om resultatet kan tillämpas i andra kontexter så har studien uppnått en *överförbarhet* vilket motsvarar det kvantitativa begreppet *generaliserbarhet* (ibid.). Målet inom kvantitativ forskning är ofta att kunna applicera resultatet på övriga populationen vilket kräver en stor mängd data inhämtat från många individer. Kvalitativa studier har en mindre mängd empiriskt material som genom analys med hjälp av teori möjliggör för en helhetssyn och ett djup som kvantitativ forskning inte gör. Överförbarhet är inte alltid ett mål inom kvalitativ forskning, syftet kan vara att undersöka en viss grupp vilket medför att resultatet går att

applicera på just den gruppen, men teoretiskt sett går det också att överföra samma resultat till en liknande grupp. Det går ofta inte att applicera på hela populationen, vilket som sagt inte är ett mål, utan målet är snarare beskriva en del av samhället.

3.4.2 Förförståelse

Det fjärde kvalitativa begreppet som ingår inom ramen för tillförlitlighet är *konfirmering* vilket motsvarar *objektivitet* inom den kvantitativa forskningen (Bryman 2008). Konfirmering innebär att forskaren inte medvetet ska låta sina personliga värderingar påverka studien. Inom samhällelig kvalitativ forskning är det nästintill omöjligt att uppnå fullständig konfirmering. Forskaren ska istället försöka säkerställa att hen har handlat i god tro och att resultaten inte medvetet har påverkats av ens personliga värderingar (ibid.). Detta går att uppnå genom öppenhet och att forskaren beskriver sin förförståelse.

Vi uppsatsskrivare studerar socialt arbete på Södertörns Högskola och har därför en socialkonstruktivistisk förförståelse i och med att programmet har denna inriktning. Vi har även studerat maktrelationer och genus inom denna utbildning, vilket har gett oss en förståelse om att maktstrukturer tenderar att missgynna kvinnor och funktionsnedsatta. Vår förförståelse gällande ämnet vi avser att undersöka är delvis att en av oss tidigare har skrivit en uppsats om ämnet men då utifrån kroppsliga funktionsnedsättningar. I den tidigare uppsatsen uppmärksammades hur flickor och kvinnor ofta beskrivs få diagnoser senare än män, men utan en adekvat beskrivning på varför det ter sig så. Ingen av oss har tidigare läst Socialstyrelsens material om ADHD, men en av oss uppsatsskrivare har i tidigare uppsatser utfört kritisk textanalys på myndighetsdokument där det framkom att normer kan uttryckas i texter. Detta väckte intresset av att undersöka den valda frågan i denna uppsats och med vår förförståelse i åtanke har vi i största möjliga mån förhållit oss objektiva under forskningsprocessen.

3.5 Etiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådet (2002) skall vissa etiska överväganden göras inom studier och forskning vilket de presenterar som fyra olika krav. *Informationskravet* är den första av aspekterna och syftar till att forskaren ska informera om syfte och problemområde så att deltagarna är medvetna om sin roll i studien (ibid. s. 7). *Samtyckeskravet* är även det ett etiskt krav, då de personer som deltar i en studie skall ge sitt samtycke och bestämma över sin medverkan (ibid. s. 9). Då vi i denna uppsats valt att analysera offentligt material från

Socialstyrelsens hemsida har vi inte bett om samtycke eller informerat myndigheten om vår studie.

Den tredje aspekten är *konfidentialitetskravet* vilket innebär att känsliga personuppgifter skall behandlas med försiktighet och att forskarna har tystnadsplikt (Vetenskapsrådet 2002, s. 12). Det skall i studien inte gå att härleda uppgifter och utsagor från exempelvis intervjuer till en specifik person. *Nyttjandekravet* är den fjärde etiska aspekten vilket innebär att insamlad data om enskilda individer inte får nyttjas i icke-vetenskapliga ändamål (ibid. s. 14). Materialet vi inhämtat från Socialstyrelsens hemsida innehåller inte personuppgifter eller vad som kan anses känslig data vilket inte heller kan nyttjas av icke-vetenskapliga ändamål. Då vi inte studerar individer gäller inte konfidentialitetskravet, vilket även kallas *anonymitetskravet* (Vetenskapsrådet 2011, s. 68), vi har däremot utifrån etiska aspekter behövt tänka på att det finns en risk att stigmatisera eller diskriminera den grupp vi studerar (ibid.).

Vi bär med oss detta genom hela arbetet och har i största möjliga mån försökt att inte beskriva eller redogöra för något som kan anses stigmatiserande. Att inte beskriva på ett stigmatiserande vis gäller dock inte när vi presenterar tidigare forskning eller empiriskt material, då det skulle betyda att vi skulle behöva undanhålla vad eller hur Socialstyrelsen beskriver och definierar ADHD och könsskillnader. Att utesluta data som har framkommit skulle enligt Vetenskapsrådets (2011, s. 105, 107) etiska riktlinjer innebära en vetenskaplig oredlighet vilket minskar tilltron.

3.5.1 Metoddiskussion

Valet av den metodologiska ansatsen, kvalitativ textanalys, grundas i att uppsatsens syfte är att granska texter. I och med detta val fann vi analysmetoden kritisk textanalys, vilket vi kompletterar med en maktanalytisk ansats då valet av teori lämpar sig väl för denna metod. Fördelar med att använda en kvalitativ metodansats är att det möjliggör en helhetssyn och tolkning av vad som avsetts att studera vilket en kvantitativ metod inte möjliggör för då metoden inte avser samma analytiska djup (Esaiasson et al. 2017).

En nackdel med en metodansats såsom denna är att kodning och tematisering baseras på forskarens tolkning av texten men även förförståelse, vilket kan medföra att studiens replikerbarhet kan variera (Creswell 2013). I och med att vi har kodat och tematiserat tillsammans så har bådas tolkning och förförståelse tagits med vilket vi anser ökar troligheten att även andra skulle få liknande resultat.

4 Teori

Nedan presenteras först valet av teori och för teorin relevanta begrepp såsom uppsatsen avser att använda dem, sedan följer en genomgång av teorin samt en presentation av begreppet stigma utifrån Mueller et al. (2012) vilket följs av en avslutande reflektion.

4.1.1 Uppsatsens teoretiska ramverk

Uppsatsens valda teori har utformats av sociologen Carol Thomas (1999). I Thomas teoretiska social-relationella modell om *socialt förtryck* och *makt* åskådliggörs hur *barriärer* och *kategoriseringar* genom bland annat språket kan *diskriminera* funktionsnedsatta individer i relation till samhällets normer. Thomas teori beskriver även hur patriarkala strukturer i samhället genom makt och socialt förtryck diskriminerar funktionsnedsatta kvinnor. Modellen möjliggör för en maktanalytisk ansats vilken vi kompletterar med det teoretiska begreppet *stigma* utifrån Mueller et al.'s (2012) definition. Thomas (1999) teori valdes utifrån vår förförståelse kring hur maktstrukturer, såsom genus, konstrueras i samhället och även hur makt påverkar utsattheten för exempelvis funktionsnedsatta. Modellen sammankopplar de båda perspektiven och vi anser teorin som mer heltäckande än att ha två eller fler separata teorier, då det skulle kunna bidra till att viktiga aspekter förbises. I och med att modellen bland annat redogör för hur språket och sättet att uttrycka sig kan uppfattas som förtryckande eller diskriminerande så anser vi att teorin är förenlig att använda i en kritisk textanalys.

Thomas (1999) gör en distinktion mellan *funktionsnedsättning* och *funktionshinder*, vilket kan jämföras med distinktionen mellan kön och genus. Funktionsnedsättning, liksom kön är kroppsligt och funktionshinder, liksom genus, skapas inom och i relation till samhället. Definitionen av en *nedsättning* har även den med materiella och sociala villkor att göra, det finns både en materiell verklighet och en social påverkan där en växelverkan sker. Emellertid kan detta förstås som två sidor av samma mynt; kropp och samhälle interagerar med varandra och skapar "nedsättningen" eller "hindret". På liknande sätt som den dikotoma uppdelningen mellan kön och genus kan vara svår att anlägga i en analys, då de är nära sammankopplade, kan det även förefalla svårt och komplext att göra samma uppdelning av funktionshinder och funktionsnedsättning. Som vi beskrev i det inledande avsnittet gör vi distinktionen i ett försök att särskilja på det kroppsliga och det av samhället konstruerade. För tydlighetens skull; Thomas (1999) använder begreppet *impairment* vilket på svenska översätts till funktionsnedsättning eller nedsättning och *disability* vilket översätts till funktionshinder.

4.2 Social relationell teoretisk modell

Enligt Hughes (2009) är forskning gällande funktionshinder uppdelade i två läger, det finns studier som helt och hållet använder sig av den sociala modellen, vilken menar att funktionshinder endast är en social konstruktion. Denna typ av studier menar att samhället måste förändras och anpassa sig, men även att det är en social diskriminering att benämna en individ som funktionshindrad. Vid det andra lägret finns de som anammar det medicinska perspektivet och förstår funktionshinder som något kroppsligt och biologiskt samt vill förkasta den sociala modellen (ibid.). Vid sidan av dessa läger finns till exempel sociologen Carol Thomas, som anser att båda dessa synsätt bör förenas. Hon menar att de som endast utgår från att funktionshinder är en social konstruktion missar den faktiska verkligheten som individer med en nedsättning lever i och individernas erfarenheter (ibid.). Thomas (1999) framhåller däremot att hon inte vill förkasta modellen utan sammanfoga de olika teoretiska utgångspunkterna för att fånga upp flera aspekter av fenomenet. Thomas definition av funktionshinder lyder:

Disability is a form of social oppression involving the social imposition of restrictions of activity on people with impairments and the socially engendered undermining of their psycho-emotional well-being.

(Thomas 1999, s. 60)

När Thomas (1999, 2004) för en diskussion om vad som är skapat av samhället och vad som är kroppsligt så används begreppet "restrictions of activity" som på svenska kan översättas till *nedsättningseffekter* eller *aktivitetsbegränsningar*. Den kroppsliga nedsättningen skapar en del aktivitetsbegränsningar för individen, men det är samhället som skapar de flesta då det är i relation till olika aktiviteter som funktionshindret blir tydlig. Sådana begränsningarna sker i form av *inre barriärer* som skapas inom en själv på grund av de *yttre barriärerna* som skapas av samhället (Thomas 1999).

4.2.1 Barriärer

Nedsättningseffekter i form av yttre barriärer handlar om att *göra* saker, exempelvis att arbeta och klara sitt eget leverne, medan emotionella och psykologiska aspekter handlar om inre barriärer, vem individen *är* och hur denne ser på sig själv och sin kropp (Thomas 1999). Inre barriärer kan medföra att individen avstår att söka ett visst jobb eller utbildning på grund av de

negativa associationerna kring nedsättningen, vilka skapas utifrån samhällets sida då det sätter upp yttre barriärer genom språk och kategoriseringar. De negativa associationerna internaliseras och bidrar till att individen inte tror sig klara utmaningen på grund av sin nedsättning (ibid.). Då både yttre och inre barriärer påverkar vardagen, hur vi ser på oss själva och vår självbild, så kräver definitionen av funktionshinder även att samhället ser till de psykologiska och emotionella aspekterna av att leva med negativa förutfattade meningar gällande funktionshindret (ibid.). Thomas (1999, 2004) menar att det är viktigt att belysa barriärer för att de formar funktionsnedsattas liv i och med att barriärerna uppstår på organisatoriska, normativa, rumsmässiga och socio-kulturella nivåer i samhället. Det är inte bara dessa barriärer som påverkar funktionsnedsattas liv, utan tillsammans i en intersektion med andra maktstrukturer i samhället såsom genusordningen och patriarkatet så skapas och upprätthålls socialt förtryck.

4.2.2 Makt och socialt förtryck

Maktstrukturer i samhället gör sig kända genom hur vi kategoriserar och talar om andra vilket bidrar till en marginalisering av vissa grupper (Thomas 1999). Detta är en bidragande faktor till exkluderingen av vissa grupper i samhället, men handlar även om hur en person kategoriserar sig själv, vilket kan jämföras med de inre barriärerna (ibid.). Thomas beskriver hur funktionshinder alltid är könat, "gendered", utifrån kvinnors och mäns upplevelser av att ha ett hinder i vardagen. I och med maktstrukturer beskriver Thomas att samhället vanligen utgår från mäns typiska symtom och upplevelser av hinder och nedsättningar. Detta medför att samhället har svårt att ta hänsyn till kvinnors upplevelser och symtom som kan uttrycka sig annorlunda. I den aspekt att funktionshinder är så kallat genusbias, är det främst männens upplevelser och symtom som tar plats i diagnosmanualer och samhälle, medans kvinnornas symtom ses som avvikande eller "mindre". Det är enligt Thomas (1999, s. 150) viktigt beakta och inte hindra att funktionsnedsatta kvinnors upplevda erfarenheter, "lived experiences", tar plats och får uppmärksamhet. Detta för att deras upplevelser av funktionshindret inte ska förbises och åsidosättas på ett diskriminerande vis utifrån att de är kvinnor, och det är männens upplevelser av funktionshinder som vanligtvis får ta plats.

In the same way that the concept of patriarchy refers to the relationship of male ascendancy over women, the concept of disability refers to the relationship of the non-impaired over the impaired. Disability, like patriarchy, is a form of social oppression.

(Thomas 1999, s. 40)

Socialt förtryck (social oppression) handlar kortfattat om relationen eller den sociala positionen mellan grupper som jämfört med andra grupper är systematiskt missgynnade (Thomas 1999). Det som sker mellan vissa grupper är en maktobalans, Thomas beskriver detta som en systemifiering av privilegier som vissa har men andra inte, en strukturell reproduktion av ojämlikhet mellan grupper och en institutionalisering av missgynnande. Detta sociala förtryck fungerar exkluderande och är missgynnande för de som anses vara nedsatta och fungerar inkluderande och privilegierande för de som inte har någon nedsättning. Detta fenomen kallas av Thomas för *disablism* vilket hon likställer med *sexism*, som verkar både medvetet och undermedvetet, och på olika plan liksom barriärer i samhället. Jämförelsen mellan vad som ses som "normalt" och "onormalt" är en bidragande faktor till disablism som kan likställas med diskriminering.

Utifrån Thomas (1999) teoretiska modell anser hon att de som undersöker och studerar funktionshinder inte ska fråga *vad* som skapade nedsättningseffekterna utan *hur* de skapas upprätthålls inom det sociala och de kulturella ramarna i samhället. Hon belyser även vikten av att forskare behöver vara medvetna om sin maktposition i relation till en utsatt grupp. Forskare som studerar individer med funktionshinder behöver även vara väl medvetna om språket de använder och även operationalisera begrepp för att minska risken till att bidra till diskriminering och stigmatisering (ibid.).

4.2.3 Stigma

Som ett komplement i analysen till Thomas (1999) teori används begreppet *stigma* utifrån Mueller et al.'s (2012) studie gällande hur samhällets bild av diagnosen ADHD bidrar till stigma, och hur det påverkar individens självkänsla. Stigmatiseringsprocessen, hur ett stigma blir till, handlar om att en "diskrediterande stereotyp" uttrycks utifrån att negativa/ogynnsamma beteenden eller egenskaper och attribut på falska grunder sammankopplas med en grupp människor (ibid.). Detta leder till att negativa förutfattade meningar och bilder appliceras på gruppen och individerna inom gruppen som exempelvis anses vara avvikande beteendemässigt. Om den förutfattade negativa bilden accepteras av majoritetsbefolkningen och tas för sanning,

så tyder det på ett offentligt stigma som i sin tur kan internaliseras och bilda ett själv-stigma i form av en “ny försämrad identitet” hos individer som utsätts för det offentliga stigmat (ibid.). Att ha en “psykisk störning” eller symtom kopplat till detta ökar risken för att utsättas för offentligt stigma och exkluderas från majoritetssamhället. Både omgivningens och yrkesverksammas uppfattning och bild av ADHD kan baseras på negativa förutfattade meningar och skiljer sig åt i så hög grad att det medför att individer med diagnosen har större risk att bli stigmatiserade (ibid.). Stigmat gällande diagnosen kan bidra till underliggande riskfaktorer som påverkar symtom och behandling, men även livskvalitén och individers mentala hälsa. Allmänhetens uppfattning om ADHD bidrar till att individer med diagnosen har en risk att internalisera den stigmatiserade bilden vilket påverkar självkänslan (ibid.). Det förekommer en allmän skepticism gentemot diagnoser som “inte syns” vilket är en bidragande faktor till den stigmatiserande bilden av ADHD, hur samhället benämner och talar om samt kategoriserar individer med diagnosen har en stämplande effekt (ibid.). Mueller et al. redogör även för att språket är en bidragande faktor till att individer med ADHD internaliserar en stigmatiserad bild vilket leder till att individerna får en negativ bild av sig själva.

4.2.4 Reflektion

För att anlägga ett kritiskt perspektiv och en maktanalytisk ansats lämpar sig Thomas (1999) socialt relationella modell, då denna modell sammanfogar flera perspektiv och teoretiska begrepp. Thomas modell täcker ett brett spektrum gällande teorier om funktionshinder, feminism och genus samt sammanväver det till en teoretisk modell. Modellen ger oss en förståelse för hur vi ska tolka och använda vissa begrepp för att undvika att diskriminera och stigmatisera kvinnor med funktionsnedsättningar och för att förstå hur dessa kvinnor kan diskrimineras via språket.

Det kan tänkas att det hade varit eftersträvansvärt att komplettera teorin ytterligare utifrån andra teoretiska ansatser för att få en bredare analytisk grund. Till exempel en teori som utgår från det biomedicinska perspektivet som då skulle kunna ställas i relation till Thomas (1999) modell. Vi anser dock att det skulle kunna ha skiftat fokus från vårt syfte och att Thomas teori är så pass omfattande att fler teoretiska utgångspunkter hade gjort analysen ostrukturerad och svårförståelig.

5 Resultat och analys

I denna del av uppsatsen ges det först en kort presentation av det empiriska underlaget samt en förtydligande diskussion gällande återkommande begrepp. Det empiriska materialet presenteras under rubrikerna; *ADHD som diagnos och funktionsnedsättning; ADHD-symtom, problem, svårigheter och konsekvenser; ADHD, samsjuklighet och risk- och skyddsfaktorer* samt *ADHD och köns- eller genusskillnader*. Inom var rubrik ingår citat och beskrivningar från det empiriska underlaget med analys utifrån teori och tidigare forskning. Efter detta följer en analys utifrån Socialstyrelsen uppdrag om jämställdhet. Avslutningsvis förs en diskussion kring resultat och analys.

5.1.1 Presentation av det empiriska materialet

Socialstyrelsens lägesrapport *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* (2016), har som syfte att redovisa tillståndet och utvecklingen gällande insatser och stöd för individer med funktionsnedsättning. Rapporten riktar sig främst till regering och riksdag, men även tjänstemän inom kommuner och landsting.

Socialstyrelsens dokument *Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna. Stöd för beslut om behandling* (2015b) är ett underlag för rekommendationer om läkemedelsbehandling. Syftet är att bidra till lättillgänglig kunskap för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård och är ett komplement till kunskapsstödet: *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd* (Socialstyrelsen 2014).

Kunskapsstödet *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd* (Socialstyrelsen 2014) riktar sig till verksamheter som erbjuder insatser till individer med ADHD, bland annat skola, socialtjänst och primärvården. Syftet är att erbjuda adekvat kunskap om diagnosen för att fler ska kunna känna igen symtomen och kunna erbjuda stödinsatser.

Barn som utmanar. Barn med ADHD och andra beteendeproblem (Socialstyrelsen 2010), är en kunskapssammanfattning som främst riktar sig till yrkesverksamma inom skolan. Syftet med sammanfattningen är att sprida kunskap om diagnosen och att lärare ska vara medvetna om vilka insatser som finns att tillgå.

Socialstyrelsens dokument *Kort om ADHD hos barn och vuxna* (2004b), är ett sammanfattande kunskapsstöd som syftar till att sprida kunskap om diagnosen, vilket brukarorganisationer har eftersträvat. Syftet med sammanställningen är även att ge yrkesverksamma som möter personer med ADHD en större förståelse.

5.1.2 Begrepp

I analysen används begreppet *normalt*, vilket då syftar till vad som enligt normen inte ses som *avvikande* eller *onormalt*, och även individer eller grupper som inte har någon form av nedsättning eller hinder sett utifrån normen. Att kategorisera och avgöra vad som är normalt eller inte har med makt att göra, vilket vi är medvetna om, vi anser det ändå som nödvändigt att kategorisera på detta sätt för tydlighetens skull och för att kunna analysera och belysa språkets makt. Vi har även valt att använda oss av begreppen *funktionshinder* och *funktionsnedsättning* då Socialstyrelsens dokument samt Thomas (1999) använder de begreppen. Vi är medvetna om att till exempel begreppen *funktionsvariation* eller *funktionsförmåga* kan framstå som mindre diskriminerande men har valt att använda samma begrepp genomgående då det kan minska risken för oklarheter i texten.

Det empiriska underlaget beskriver främst flickor och pojkar i relation till ADHD, därav är det främst flickor och pojkar vi beskriver, även om det också påverkar kvinnor och män på samma sätt. Dessa begrepp används vidare såsom omgivningen definierar individer som kvinnor eller män i och med att forskning samt det empiriska underlaget inte benämner ickebinära eller transpersoner med ADHD.

5.2 ADHD som diagnos och funktionsnedsättning

Socialstyrelsen (2004b, 2010, 2014, 2015b) har avsnitt i sina dokument som avser att beskriva vad ADHD är, i dessa avsnitt definierar Socialstyrelsen diagnosen ADHD och beskriver innebörden av definitionen med olika begrepp som är närliggande varandra syftningsmässigt. Begreppen är *tillstånd*, *svårigheter*, *problem* och *störning* vilka används kontinuerligt i samband med beskrivningar av den diagnostiska benämningen (ibid.), vilket exemplifieras med nedanstående citat;

Adhd är en diagnostisk benämning på ett tillstånd som karaktäriseras av stora och varaktiga uppmärksamhetsproblem och/eller impulsivitet och överaktivitet. Detta påverkar en individs vardagsfungerande i så hög grad att det medför en funktionsnedsättning.

(Socialstyrelsen 2014, s. 12, 2015b, s. 8)

I andra delar av dokumenten definieras ADHD utan att explicit relatera till den diagnostiska benämningen, vilket exemplifieras med nedanstående citat där Socialstyrelsen beskriver uppkomsten.

Precis som för de flesta psykiska störningar är de exakta uppkomstmekanismerna eller orsakerna till ADHD inte fullständigt kända. Både arv (individens genetiska förutsättningar) och miljö spelar roll för uppkomsten av ADHD och för hur problemen tar sig till uttryck.

(Socialstyrelsen 2004b, s. 31)

Det empiriska underlaget visar att Socialstyrelsen beskriver ADHD på olika sätt, både i relation till att det är en diagnostisk benämning på ett tillstånd och även utan att explicit relatera ADHD till en diagnostisk benämning. Läkemedelsrapporten (Socialstyrelsen 2015b, s. 8) särskiljer på benämningar såsom "ADHD-tillståndet" och "diagnosen ADHD" på samma sätt genomgående i texten till skillnad från de övriga dokumenten som inte använder samma beskrivning genomgående. Utifrån Thomas (1999) social relationella modell kan denna åtskillnad av diagnos och tillstånd vara ett sätt att minska risken för oklarheter och missförstånd gällande fenomenets nedsättningseffekter som relationellt situerade. Om omgivningens utformning skapar barriärer, nedsättningseffekter, för individen med tillståndet skulle detta kunna tänkas leda till att individen är i behov av en diagnos för att få stöd. Att förstå detta som åtskilda processer skulle utifrån den social relationella modellen ge en bredare förståelse och kunskap och på så sätt kunna minska risken för att upprätthålla en diskriminerande bild och ett socialt förtryck (ibid.).

Utifrån de begrepp som Thomas (1999) använder i sin teoretiska modell, så är det *funktionshinder* som beskrivs i citatet gällande diagnostisk benämning snarare än funktionsnedsättning. Då Socialstyrelsen (2014, s. 12, 2015b, s. 8) beskriver att det är nedsättningen som "påverkar en individs vardagsfungerande" så kan det sett utifrån Thomas (1999) modell ses som en beskrivning av det hinder, den nedsättningseffekt, som skapas i relation till vad omgivningen anser är och ska vara ett normalt vardagsfungerande.

Socialstyrelsen (2004b) redogör för både genetiska och miljömässiga faktorer vilket är i enlighet med vad tidigare forskning presenterat om ämnet (Thapar et al. 2012). Enligt Martin et al. (2014) och Nymberg et. al. (2013) så finns det biologiska skillnader mellan könen gällande ADHD, detta tar däremot inte Socialstyrelsen upp. Forskning har även visat att det finns skillnader som är påverkade av genus och studier inom området har i större utsträckning än Socialstyrelsen reflekterat kring de sociala och genusnormativa faktorerna som påverkar uppkomsten och könsskillnaderna (Williamson & Johnston 2015).

I dokument *Barn som utmanar* (Socialstyrelsen 2010, s. 19) används en annan definition gällande diagnostisk benämning än i övriga dokument: "ADHD är en diagnostisk benämning

för svårigheter som beror på uppmärksamhetsproblem och/eller problem med impulsivitet och överaktivitet”. Denna beskrivning utgår inte från att ADHD är eller medför en funktionsnedsättning, utan beskriver att det är en diagnostisk benämning för svårigheter till följd av diagnosens huvudsymtom. Utifrån Thomas (1999) beskrivning av inre och yttre barriärer är det viktigt att klargöra om svårigheterna uppstår för individen själv i relation till omgivningen, eller om det endast är omgivningen som uppfattar det som svårigheter. Att tydliggöra detta i dokumenten kan mot bakgrund av Thomas (ibid.) social relationella modell medföra att texten inte tolkas såsom att individer får svårigheter enbart på grund av ADHD, utan att det är i relation till omgivningen som svårigheterna uppkommer.

I Socialstyrelsens lägesrapport (2016, s. 11) operationaliseras begreppen *funktionsnedsättning* och *funktionshinder*. De beskriver att en nedsättning kan uppstå på grund av sjukdom, medfödd skada eller annat tillstånd. “Med *funktionsnedsättning* menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga.” (ibid.). Begreppet *funktionsförmåga* syftar till individens faktiska förmåga istället för vad individen inte kan göra. Att skifta fokus från hinder till förmåga kan utifrån studien av Lundemark Andersen (2016) bidra till ett mer inkluderande språk och förhållningssätt. Socialstyrelsens lägesrapport (2016) redogör vidare för att en funktionsnedsättning först blir ett funktionshinder i relation till omgivningen. Begreppet funktionshinder relaterar till de begränsningar en funktionsnedsatt individ upplever i relation till omgivningen, vilket påminner om Thomas (1999) begreppsanvändning och teori kring barriärer och aktivitetsbegränsningar. Beskrivningen att dessa begränsningar och barriärer i det omgivande samhället är det som utgör hindret, likt lägesrapporten gör, bidrar till att den funktionsnedsattas egenskaper inte beskrivs vara grunden till hindret. Detta är enligt den social relationella modellen (ibid.) ett mindre diskriminerande förhållningssätt och beskrivning. För att illustrera ett liknande exempel från Socialstyrelsen (2004b) som beskriver hur omgivningens inverkan är relevant presenteras nedanstående citat;

[...] ett handikapp [uppstår] i mötet mellan en individs funktionsnedsättning och den omgivande miljöns krav och utformning. Många faktorer påverkar om och i vilken grad ett funktionshinder också leder till ett handikapp.

(Socialstyrelsen 2004b, s. 11)

Här används begreppet handikapp på liknande sätt som funktionshinder beskrivs uppstå i mötet mellan funktionsnedsättning och omgivningens krav och miljö. Processen som beskrivs liknar

den som lägesrapporten beskriver (Socialstyrelsen 2016) samt relaterar till Thomas (1999) social relationella modell. Att beskriva denna process minskar som sagt risken för att diskriminera. Detta citat kan däremot framstå som lite oklart då funktionsnedsättning i mötet med miljön beskrivs kunna leda till ett handikapp, samtidigt som funktionshinder också beskrivs kunna leda till ett handikapp.

5.3 ADHD-symtom, svårigheter, problem och konsekvenser

Det empiriska underlaget innehåller beskrivningar av vilka symtom som är mest framträdande gällande diagnosen ADHD och benämns som *huvudsymtom* (Socialstyrelsen 2004b, 2010) eller *kärnsymtom* (Socialstyrelsen 2014, 2015). En fullständig beskrivning av huvudsymtomen ingår i diagnosmanualen DSM-5 som Socialstyrelsen (2014, s. 29–30) även refererar till (se Bilaga 1). Det första symtomet enligt diagnoskriterierna för ADHD har med uppmärksamheten att göra och definieras som *uppmärksamhetsproblem*, (Socialstyrelsen 2004b, 2010, 2014, 2015b) *uppmärksamhetssvårigheter* (Socialstyrelsen 2004b, 2014) eller *uppmärksamhetsstörning* (Socialstyrelsen 2004b, 2010, 2014). Detta symtom påverkar individens uppmärksamhet och koncentration vilket medför att individen är lätt distraherad av sin omgivning samt har lätt att bli förvirrad då denne sitter i egna tankar och inte är närvarande (Socialstyrelsen 2004b, 2010). Symtomet beskrivs påverka hur väl en individ organiserar sitt handlande och mobiliserar sin energi inför uppgifter, vilket påverkar motivationen (Socialstyrelsen 2014). De andra huvudsymtomen som beskrivs är *impulsivitet* och *överaktivitet/hyperaktivitet* (Socialstyrelsen 2004b, 2010, 2014, 2015b). Impulsivitet innebär svårigheter med att ta kontroll över sina impulser, vilket medför att individen har svårt att tänka efter innan hen handlar samt svårigheter med att hejda sina reaktioner i och med att impulsen styr. Impulsiviteten medför även svårigheter med att planera och tänka långsiktigt enligt Socialstyrelsen (2004b, 2010, 2014). Socialstyrelsen (2004b, 2010, 2014) beskriver att överaktivitet eller hyperaktivitet handlar om att ständigt vara i rörelse och att individen har svårigheter att anpassa sin aktivitetsnivå. “Barnet [eller den vuxne] både rör sig mer och pratar eller låter mer än andra.” (Socialstyrelsen 2004b, s. 12). Formuleringen “mer än andra” (ibid.) kan ses som en liknelse av att individerna har ett avvikande beteende, vilket utifrån studien av Lundemark Andersen (2016) kan vara ett förhållningssätt som individer med ADHD upplever sätter dem utanför normen. Detta i och med att de själva inte anser sig vara avvikande. Det är enligt studien (ibid.) skillnad på att *känna sig* annorlunda och *bli kategoriserad* som annorlunda eller avvikande. Däremot så kan det tänkas vara nödvändigt att i kunskapsmaterial som Socialstyrelsen publicerar uppmärksamma

vad som skiljer sig från individer som inte har ADHD för att yrkesverksamma ska få kunskap att fånga upp de som är i behov av stöd.

På samma sätt som begreppen *svårigheter* och *problem* används sammansatt med *uppmärksamhet*, så används begreppen även gällande andra beskrivningar i relation till ADHD i det empiriska materialet. Dessa separeras från huvudsymtomen och definieras som “tilläggsproblem” (Socialstyrelsen 2010, s. 35) eller “funktionsnedsättningens konsekvenser” (Socialstyrelsen 2014, s. 12, 15). Dessa konsekvenser utgör, enligt Socialstyrelsen (2014), inte kriterier för att ställa diagnosen. De är däremot sammankopplade med huvudsymtomen då “svårigheterna får konsekvenser i det dagliga livet.” (Socialstyrelsen 2004b, s. 12). En fullständig lista på dessa, såsom de presenteras i Socialstyrelsens (2014) dokument, finns i Bilaga 2. Ett antal konsekvenser för barn och ungdomar, men även vuxna kan bland annat vara:

- extremt motivationsberoende med svårigheter att mobilisera energi för uppgifter som upplevs som motiga eller enahanda
- svårigheter att självständigt planera, prioritera, organisera, hålla fast vid och genomföra handlingar
- svårigheter i samspel och i ömsesidiga kamratrelationer som kräver att exempelvis kunna vänta på sin tur och att vara lyhörd för andras önsknings och behov
- svårt med känsloreglering och kontroll av känslor och humör

(Socialstyrelsen 2014 s. 14–15)

Vuxna med ADHD beskrivs även kunna få andra konsekvenser på grund av funktionsnedsättningen, såsom;

- benägenhet för att skjuta upp saker; vardagsuppgifter blir inte gjorda vilket bidrar till känslor av misslyckande och kaos
- lågt självförtroende som ofta grundar sig i negativa erfarenheter från uppväxten
- extra känslighet för stress, där det kan bli övermäktigt att klara vardagens krav på planering och tider

(Socialstyrelsen 2014, s. 15–16)

Socialstyrelsens (2004b, 2010, 2014) redogörelse för hur huvudsymtom och tilläggsproblem samt konsekvenser uppstår tycks beskriva samma fenomen eller process, bland annat beskrivs motivation som en del av huvudsymtomet samt som ett tilläggsproblem. Då Socialstyrelsen (2014, s. 14) beskriver individer med ADHD som “extremt motivationsberoende” kan

formuleringen tyckas antyda att de är beroende av omgivningen snarare än att motivationen varierar beroende på omgivningens utformning och krav. Att bland annat inte beskriva barriärer i omgivningen som faktorer i processen av funktionshinders tillkomst utan istället hänvisa till en något negativ bild av funktionsnedsatta som “extremt motivationsberoende” skulle enligt Thomas (1999) modell kunna vara ett tecken på disablism. Beskrivningen kan leda till att negativa förutfattade meningar internaliseras och vidare bidrar till att inre barriärer skapas hos individer med ADHD (Thomas 1999). Vidare är det, mot bakgrund av Thomas (1999) modell, viktigt att operationalisera återkommande begrepp vilket kan minska risken för oklarheter och förutfattade meningar som kan bidra till stigmatisering (Mueller et al. 2012). Det kan därför anses vara fördelaktigt om materialet i detta avseende och avsnitt hade en mer utförlig beskrivning och en diskussion om hur omgivningens barriärer skapar funktionshindret.

I delar av materialet kan formuleringarna anses vara oklara gällande om ADHD innebär problem *för* individer med ADHD eller om formuleringarna menar att det är ett problem *innestående hos* individen. I delarna om tilläggsproblem kan beskrivningen att “[d]et finns flera andra återkommande problem hos barn med ADHD.” (Socialstyrelsen (2004b, s. 13) framstå som att problem finns *innestående hos* barnet på grund av ADHD. I andra delar av materialet relateras även ADHD till problem genom benämningarna “adhd-problem” (Socialstyrelsen 2014, s. 20) och “problem som kan tyda på adhd” (ibid. s. 12). Definitionen av *problemen* vid ADHD eller *svårigheterna* som kommer av diagnosens huvudsymtom kan likt exemplet ovan anses härleda till innehavda egenskaper som ADHD-individ istället för att uttrycken eller symptomen skapar hindret i relation till omgivningen. Att formulera sig såsom att det är något sorts problem hos individen skulle utifrån Thomas (1999) modell kunna vara ett tecken på disablism då normala definierar vad som är onormalt eller problematiskt.

Svårigheter liksom *problem* relateras även i delar av materialet inte till de konsekvenser som ADHD kan ha för individen utan till konsekvenser för individens omgivning. I materialet har vi funnit beskrivningar såsom att “Det är en svår och krävande roll att vara förälder till ett barn med ADHD” (Socialstyrelsen 2004b, s. 33). Ytterligare beskrivningar relaterar även svårigheter utifrån familjens eller föräldrarnas perspektiv, bland annat att det är en påfrestning för familjen;

Svårigheter i relationer är vanligare i familjer där det finns ett barn med adhd. Dessa svårigheter kan dock vara en följd av den påfrestning det innebär att leva med ett barn som har adhd.

(Socialstyrelsen 2014, s. 20)

Beskrivningen av att det är en påfrestning att ha ett barn med ADHD kan leda till att föräldrar till barn med ADHD får bilden av att det förhåller sig så naturligt. Vilket utifrån Thomas modell (1999) kan bidra till en negativ och stigmatiserande (Mueller et. al 2012) bild gällande barn med ADHD. Tidigare forskning (Gajaria et al. 2011; Lundemark Andersen 2016), menar att negativa begreppsassociationer kan bidra till förutfattade meningar, i detta fall att det alltid är en påfrestning att ha barn med ADHD och att det blir relationsproblem för föräldrarna. Redogörelsen för relationsproblem kan däremot vara positiv i den bemärkelse att föräldrar kan känna en lättnad av att de inte är ensamma om problem som kan uppstå i familjen. Socialstyrelsens text kan gynnas av att se över citatets formulering då begrepp som "påfrestning" kan anses vara negativt och stigmatiserande (ibid.).

Beskrivningar av vad som kan anses vara känslomässiga reaktioner såsom aggression, svårt med kontroll av känslor och humör samt att vara ilsken och arg, sammanvävs med beskrivningar av individer med ADHD (Socialstyrelsen 2004b, 2014). Socialstyrelsen (2004b, s. 36) beskriver att "[b]arn med ADHD har ofta stora svårigheter i sitt samspel med andra barn. Det gäller framför allt om barnen har lättväckt ilska och möter andra med aggressivitet". I ett av dokumenten (Socialstyrelsen 2010) beskrivs detta tillstånd av aggressivitet på ett annat sätt, att det snarare betraktas som att de är aggressiva och inte att de har svårt med känsloreglering och har lättväckt ilska och bemöter andra aggressivt;

Barn som utmanar sin omgivning betraktas ofta som att de är aggressiva eller är destruktiva, dvs. som om deras handlande är en följd av deras egenskaper. Det finns dock risker med ett sådant tänkande eftersom de vuxnas bemötande kan skapa onda cirklar eller negativa utvecklingsspiraler hos barnen, vilket kan bidra till att hålla kvar och kanske till och med att förstärka olämpliga beteendemönster. Därför är det viktigt att förstå de mekanismer som bidrar till att sådana onda cirklar skapas.

(Socialstyrelsen 2010, s. 28)

Aggression i relation till ADHD beskrivs i texten såsom att det *betraktas av omgivningen* att individer med ADHD är aggressiva, denna bild från omgivningens sida kan skapa onda cirklar, vilket gör att det som uppfattas som aggressivt beteende förstärks. Att framhäva dessa mekanismer om hur omgivningen påverkar, vilket dokumentet gör, är inte diskriminerande sett utifrån Thomas (1999) social relationella modell. Negativa begreppsassociationer gällande exempelvis aggression kan leda till att en stigmatiserad bild internaliseras hos individer med ADHD vilket kan påverka självkänslan negativt (Lundemark Andersen 2016; Mueller et al.

2012). Delar av Socialstyrelsens (2004b, 2014) beskrivningar gällande ADHD skulle utifrån detta kunna leda till en sämre självkänsla hos individer med ADHD då texten uttrycker sig stigmatiserande gällande hur aggression relateras till ADHD. Denna analys kan inte ställas mot materialet i sin helhet och inte heller avgöra om individer med ADHD som läser dokumenten får sämre självkänsla, men utifrån Lundemark Andersens (2016) studie kan sådana associationer leda till det.

5.4 ADHD, samsjuklighet och risk- och skyddsfaktorer

Socialstyrelsens kunskapsstöd (2014) behandlar tilläggsproblem och samsjuklighet vilket de även benämner som “vanliga tillstånd” (ibid. s. 46) eller “samtidiga problem” (ibid. s. 40) hos individer med ADHD. Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2004b) tar även upp detta under rubrikerna “andra närliggande diagnoser” (ibid. s. 22) och “andra problem” (ibid. s. 28). Utöver de tillstånd som ingår i citatet nedan nämner Socialstyrelsen (2004b, 2014) även trotssyndrom, uppförandestörning och PTSD.

Jämfört med normalbefolkningen har individer med adhd oftare ångestsyndrom, depression, bipolär sjukdom (manodepressivitet), personlighetsstörningar (främst instabil personlighetsstörning och antisocial personlighetsstörning), Tourettes syndrom, autismspektrumtillstånd, ätstörning och missbruk eller beroendeproblem.

(Socialstyrelsen 2014, s. 44)

Socialstyrelsen (2004b, s. 29) beskriver att “[d]et är angeläget att identifiera kombinationerna av olika problem för att kunna erbjuda adekvat hjälp”, i beskrivningarna av samtida tillstånd sker ingen uppdelning mellan könen. Studier av bland annat Biederman et. al. (2006), Sciberras et. al. (2014) och Sonnby (2014) har till skillnad från Socialstyrelsen redogjort för mer ingående förklaringar kring samsjuklighet då de presenterat hur det kan skilja sig mellan könen och de relaterar även till omgivningens faktorer vilket det empiriska materialet inte gör. Studien av Sonnby (2014) presenterar att flickor är mer utsatta gällande samsjuklig ADHD och depression än pojkar, vilket Socialstyrelsen inte redogör för.

Texters utformning och formulering är relevant utifrån Thomas (1999) teori beträffande makt, specifikt gällande jämförelsen av vad som anses normalt och vad som anses som avvikande. Språket är av betydelse för att inte bidra till negativa kategoriseringar av människor då det bidrar till en exkludering av individer som anses vara onormala eller avvikande. Detta

görs delvis omedvetet, på samma sätt som sexism, men kan ändå bidra till diskriminering, disablism och socialt förtryck (ibid.). Citatet gällande jämförelsen med normalbefolkningen kan ses som en sådan jämförelse, då individer med ADHD jämförs med normalbefolkningen. Men syftet är troligtvis inte att exkludera utan snarare att sprida kunskap i och med att “[d]et är angeläget att identifiera kombinationerna av olika problem för att kunna erbjuda adekvat hjälp” (Socialstyrelsen 2004b, s. 29).

Socialstyrelsen (2004b, 2010, 2014) framhåller betydelsen av risk- och skyddsfaktorer i barnets omgivning och uppväxtmiljö, det har en betydelse för utvecklingen av “svårighetsgraden” för ADHD. Betydande skyddsfaktorer är en god uppväxtmiljö med trygga hemförhållanden men även god miljö i skola och närmiljön samt en välfungerande kamratgrupp. Motsatsen till skyddsfaktorer är riskfaktorer vilka kan vara ett otrött hemförhållande, dålig anknytning till föräldrar eller en närmiljö vilket påverkar barnet negativt (ibid.). Mängden av de olika risk- och skyddsfaktorerna påverkar “hur problem vid adhd utvecklas” (Socialstyrelsen 2014, s. 20), men även vilka och hur många tilläggsproblem som kan uppstå.

Adhd är en funktionsnedsättning som kan få mycket olika konsekvenser för ett barns utveckling och anpassning. I detta sammanhang är det viktigt att uppmärksamma såväl riskfaktorer som skyddsfaktorer hos barnet självt och i uppväxtmiljön.

(Socialstyrelsen 2014, s. 19)

Beskrivningen av risk- och skyddsfaktorer relaterar på detta sätt till olika faktorer i omgivningen som påverkar barns uppväxt och utvecklingen av problem vid ADHD, utifrån Thomas (1999) social relationella modell så kan ovanstående riskfaktorer beskrivas som barriärer. Att förstå dessa faktorer som barriärer i relation till hur en funktionsnedsättning blir ett hinder, minskar risken för ett diskriminerande förhållningssätt kring ADHD och individer med ADHD. Materialets beskrivning av detta bidrar alltså inte till en diskriminering i detta avseende och avsnitt. Socialstyrelsen (2004b, 2010, 2014) beskriver hur faktorerna är relaterade till att omgivningen bestämmer vad som ses som normalt eller inte, och avgör när ett beteende blir ett problem. Även detta kan kopplas till Thomas (1999) teori om hur makten att avgöra normalitet definieras av omgivningen och de normala.

Omgivningen beskrivs i andra delar av materialet som viktig i relation till dess inverkan på barns utveckling genom att det är omgivningen som avgör vad som anses som ett accepterat beteende eller om ett barn går emot normen (Socialstyrelsen 2010). Det är först när barn bryter

mot vuxnas och föräldrars förväntningar som det beskrivs kunna kallas “ett beteendeproblem.” (ibid. s. 13). Det är av vikt att vuxna inte etiketterar barn genom att säga “han eller hon har nog ADHD”, utan ta misstanken seriöst och följa upp med en eventuell utredning (ibid. s. 21).

Det framförs ibland en oro över att en diagnos kan ha en stämplande effekt och en negativ påverkan på barnets självkänsla och självbild. Barn med ADHD har dock nästan alltid, långt före en utredning, “stämplats” genom att kamrater och vuxna på olika sätt uttryckt negativa omdömen om dem.

(Socialstyrelsen 2004b, s. 25)

Då Socialstyrelsen (2004b) beskriver att det oftast inte är själva diagnosen som är stämplande utan att barnet ofta redan har stämplats av omgivningen genom negativa omdömen, så kan det utifrån studien av Mueller et al. (2012) förstås som att de beskriver delar av en stigmatiseringsprocess. Socialstyrelsen (2004b) beskriver även att denna stämplande effekt kan leda till låg självkänsla hos individer med ADHD, vilket också är förenligt med vad tidigare forskning (Mueller et al. 2012) har presenterat. Då Socialstyrelsen i vissa fall beskriver riskfaktorer utifrån omgivningen (barriärer) samt stigmatisering, så minskar det risken för att texten ska framstå som diskriminerande och stigmatiserande i och med att dessa processer förklaras. Sett utifrån Thomas (1999) teori och tidigare forskning (Mueller et al. 2012) behöver detta förhållningssätt vara genomgående i hela materialet, även gällande de delar där aggression relateras till ADHD på ett negativt sätt, för att undvika en förtryckande och stigmatiserande definition.

5.5 ADHD och köns- och genuskillnader

Samtliga av dokumenten som har studerats innefattar någon form av könsuppdelning när de benämner ADHD bland annat gällande diagnos, symtom eller biverkningar (Socialstyrelsen 2004b, 2010, 2014, 2015b, 2016). Avsnitten är separata och har rubriker som “Könsperspektiv på ADHD” (Socialstyrelsen 2014), “Könsskillnader” (Socialstyrelsen 2010, 2016) eller “Flickor med ADHD” (Socialstyrelsen 2004b, 2010). Socialstyrelsens dokument gällande läkemedelsbehandling (2015b, s. 13) har inget separat avsnitt och den könsuppdelning som

presenteras är gällande biverkningar och lyder; “Hos vuxna män är erektil dysfunktion en vanlig biverkning vid behandling med atomoxetin.”³

Då Socialstyrelsens dokument gällande läkemedel (2015b) endast tar upp kön i relation till erektil dysfunktion, framstår det utifrån Thomas (1999) teori som att de har ett genusbias förhållningssätt i och med att materialet endast utgår från mäns upplevelse av biverkningar. Att inte tillåta funktionsnedsatta kvinnors upplevda erfarenheter av funktionshindret, i detta fall biverkningar av läkemedel, komma till tals är en del av det sociala förtryck som enligt Thomas (1999) leder till och är en del av gendered disablism. Utifrån hur tidigare forskning (Abikoff et. al. 2002; Grskovic & Zentall 2010; Wiener & Daniels 2016) har gestaltat sätten som symtomen vid ADHD kan skilja sig åt mellan könen, tycks Socialstyrelsen rent generellt i sina dokument beskriva pojkars huvudsakliga symtom. Även utifrån att dokumenten har separata avsnitt för flickor, men inte pojkar, kan det tolkas som att avsnitten som inte är köns- eller genusdelade presenterar pojkars symtom. Det kan vidare tolkas som att Socialstyrelsen bidrar till att upprätthålla bilden av ADHD som en pojk-diagnos i de okönade delarna av dokumenten. Abikoff et. al. (2002), Kopp, Berg Kelly och Gillberg (2010) och Grskovic och Zentall (2010) har i sina studier redogjort för att diagnosmallar har en tendens att reproducera bilden av ADHD som en pojk-diagnos och framhåller att diagnosmallarna bör uppdateras.

Inom avsnitten gällande könsskillnader redogör Socialstyrelsen (2004b, 2010, 2014, 2016) att könsperspektivet gällande ADHD förbisets både inom forskning och i praktiken. De beskriver att detta har lett till att flickor inte upptäcks i samma utsträckning som pojkar och att flickor inte får rätt hjälp och stöd i och med att de inte fått sina problem uppmärksammade (Socialstyrelsen 2004b). Vidare diskuterar de hur flickor inte heller har studerats i forskning gällande ADHD (Socialstyrelsen 2004b, 2010, 2016).

Könsperspektivet på adhd har varit försummat både i forskningen och i praktiken, trots att det finns vissa könsrelaterade skillnader. Pojkar dominerar bland dem som får diagnosen adhd i barndomen. Fördelningen ändras dock med stigande ålder eftersom fler kvinnor identifieras och blir diagnostiserade som vuxna. [...] Grundproblematiken vid adhd är dock likartad hos pojkar och flickor.

(Socialstyrelsen 2014, s. 16–17)

³ Läkemedel för behandling av ADHD, ökar mängden noradrenalin i hjärnan, vilket ökar uppmärksamhetsförmågan och minskar impulsiviteten och hyperaktiviteten.

Socialstyrelsen (2004b, 2014) redogör för att flickor och pojkar med ADHD har samma grundproblem och symtomtyngd samt att funktionsnedsättningen är lika omfattande för båda könen, vilket citatet visar. Vidare beskrivs det att skolproblem och kamratproblematik har likvärdig påverkan för både flickor och pojkar med ADHD (Socialstyrelsen 2004b). Tidigare forskning (Becker et al. 2013) har även redogjort för att kamratproblematik kan skilja sig mellan könen men då baserat på genus, vilket det empiriska materialet inte redogör för. Resultatet visar att Socialstyrelsens definitioner på så sätt skiljer sig från hur tidigare forskning har gestaltat den extra utsattheten som flickor sägs uppleva i samband med samsjuklighet och hur kamratproblematiken skiljer sig. Materialet redogör för skillnaden mellan könen och hur "problemen" uttrycker sig, pojkar beskrivs ha ett utåtagerande och störande beteende, flickor beskrivs ha "mer inåtvända symtom t.ex. i form av låg självkänsla [...] och olika kroppsliga symtom, som huvudvärk och magont." (Socialstyrelsen 2004b, s. 21). Studien av Waschbusch och King (2006) argumenterar för hur omgivningen ofta har en stereotypisk bild av ADHD baserat på att pojkar med ADHD upplevs som mer problematiska än flickor med ADHD, vilket resulterar i att flickor med ADHD har en lägre chans att få en diagnos (ibid.). Socialstyrelsens (2004b) formulering att pojkar har ett mer utåtagerande och störande beteende än flickor, skulle kunna antyda att pojkar är mer problematiska vilket därigenom kan tolkas som att en stereotypisk bild presenteras. Beskrivningen av flickornas inåtvända och kroppsliga symtom ingår även i Socialstyrelsens dokument *Barn som utmanar* (2010) där symtomen istället beskrivs som tilläggsproblem snarare än grundproblem. Bland annat beskrivs låg självkänsla och magont vara "en följd av att de [flickorna] inte kan leva upp till omgivningens förväntningar." (ibid. s. 20). Utifrån Mueller et al.'s (2012) studie gällande stigma så kan bilden av att flickor till stor del endast har internaliserade symtom, såsom depression, bidra till en större stigmatisering gällande flickor med ADHD. I och med att studierna skiljer sig åt, då den ena menar att flickor är mer utsatta för samsjuklig depression (Sonnby 2014) medan den andra menar att ett sådant förhållningssätt kan leda till en stigmatisering (Mueller et al. 2012), så kan det vara svårt att avgöra hur Socialstyrelsen bör förhålla sig i dokumenten.

Det empiriska underlaget har avsnitt vilka behandlar könsskillnader i relation till tilläggsproblem vid ADHD, vilka är trotssyndrom och uppförandestörning som relaterar till ungdomars aggressiva beteenden. Socialstyrelsen (2010) beskriver i detta avsnitt orsaksförklaringar kring varför det är skillnad mellan könen, bland annat tar de upp biologiska aspekter som har att göra med hormoner, neuropsykiatri och evolutionära bakgrunder. Men även andra förklaringar, som gestaltas med nedanstående citat;

Det finns dock mer närliggande förklaringar, som att omgivningen, mer eller mindre medvetet, uppmuntrar olika beteenden hos pojkar och flickor. Öppet aggressiva beteenden accepteras sällan hos flickor medan de ibland t.o.m. uppmuntras hos pojkar, både i sandlådan och på olika idrottsarenor. [...] När flickor uttrycker sin aggressivitet gör de det oftast på ett mer indirekt sätt, genom så kallad relationell aggressivitet som att sprida ut rykten, frysa ut någon från gruppen, skada någons känslor genom att prata illa om andra. Aggressivitet uttrycks alltså på olika sätt beroende på kön.

(Socialstyrelsen 2010, s. 27)

Enligt Thomas (1999) teori är det främst pojkars och mäns upplevelser som får komma till uttryck rent generellt i samhället och diagnosmallar, detta leder till ett genusbias förhållningssätt vilket analysen visar att Socialstyrelsen i vissa delar riskerar att reproducera. Trots att dokumenten har avsnitt som är avgränsade till att beskriva flickor och kvinnor i relation till ADHD samt redogörelser för att forskningen har försummat könsperspektivet, så saknas det fullständiga beskrivningar av flickors erfarenheter. Mot bakgrund av Thomas (1999) teori så skulle Socialstyrelsen behöva föra ett större resonemang i alla dokument kring varför symtomen skiljer sig samt hur genusnormer påverkar både hur ADHD uppfattas och även hur ADHD uttrycks. Likt Socialstyrelsens dokument *Barn som utmanar* (2010) för fram ett längre resonemang till varför det finns skillnader mellan könen, skillnaderna kopplas till hur omgivningen uppmuntrar olika beteenden beroende på kön. Utifrån Thomas (1999) teori så beror detta på förväntningar som är genusbias, vilket bidrar till skillnaden gällande symtom och uttryck och hur dessa ses av omgivningen. Då Socialstyrelsen (2010) i detta dokument beskriver denna process så kan det ses som att de i detta avsnitt inte reproducerar en genusbias bild.

I det empiriska materialet framkommer det att skillnaden i diagnosticering mellan flickor och pojkar relateras till könsspecifika uttryck. Socialstyrelsen (2014 s. 16–17) uppger att det finns “ett antal faktorer som kan förklara att flickor i lägre grad diagnostiseras med adhd” och att faktorer som påverkar detta “är att diagnoskriterierna är lättare att känna igen hos pojkar”. I Socialstyrelsens lägesrapport (2016) framkommer ytterligare argumentation kring varför det finns en skillnad i diagnosticering av flickor och pojkar med ADHD. Denna beskrivning utvecklar resonemanget och beskriver att orsaken till snedfördelningen inte endast beror på att flickor och pojkar uttrycker ADHD-symtom olika. Resonemanget utvecklas genom att beskriva hur skillnaden hos flickor och pojkar gällande diagnosticering relaterar till genus och normer i samhället samt hos yrkesverksammas föreställning.

[...] det tycks finnas en manlig norm för bland annat adhd och autism, som kan medföra att flickor och kvinnor inte blir rätt diagnostiserade och därmed inte får adekvat behandling. [...] Socialstyrelsen kan inte utesluta att vissa könsskillnader också beror på genusbias i handläggning och behovsbedömning. Det är därför angeläget att den statliga kunskapsstyrningen inom funktionshindersområdet i så hög utsträckning som möjligt har ett jämställdhetsperspektiv.

(Socialstyrelsen 2016, s. 15)

Då Socialstyrelsen (2016) med detta citat beskriver processen som kan skapa barriärer för flickor med ADHD, att handläggningen kan vara genusbias, så bidrar det inte till en gendered disablism sett utifrån Thomas (1999) resonemang eftersom de uppmärksammar flickors situation. Detta kan däremot inte tolkas till det empiriska materialet i sin helhet, då övriga dokument inte beskriver denna process i relation till genusnormer hos omgivningen. Socialstyrelsens (2014) kunskapsstöd beskriver till exempel inte hur det kommer sig att omgivningen uppfattar diagnoskriterierna som lättare att känna igen hos pojkar, dokumentet förklarar inte heller faktorerna som ligger bakom detta och som leder till att flickor inte får diagnosen i samma grad som pojkar, dokumentet kan därför ses som diskriminerande i och med att det har ett förhållningssätt som kan tolkas som genusbias (Thomas 1999).

Socialstyrelsen (2004b, 2010, 2014) beskriver att en diagnos kan underlätta då det kan skapa en förståelse för individen själv och för omgivningen, det kan även skapa en förståelse för individens behov av stöd i klassrummet eller på arbetsplatsen. Socialstyrelsen (ibid.) framhåller även att en diagnos inte ska vara avgörande för att få tillgång till insatser och stöd. Socialstyrelsen (2014, s. 87) beskriver även att “[e]n princip inom socialtjänsten är att stöd- och hjälpinsatser ska ges så att människor inte känner sig stämplade eller utpekade”. Emellertid redogör däremot Socialstyrelsen (2014) att en diagnos är viktig och behövs för att få ta del av insatser som samhället har att erbjuda. Denna del av resultatet kan vi inte analysera med hjälp av Thomas (1999) teori, när Socialstyrelsen (2014) beskriver att en diagnos inte ska vara avgörande för att få tillgång till stöd, men även säger att en diagnos behövs för att få stöd. Detta framstår enligt oss som otydligt och missvisande, vi förstår att det kan gälla olika slags stöd eller hjälpinsatser, något Socialstyrelsen dock inte redogör för. För att återkoppla till tidigare avsnitt så är det återigen viktigt med att förhålla sig tydligt i texten för att den inte ska framstå som missvisande.

Studien av Lundemark Andersen (2016) framhåller att en diagnos ger individer med ADHD ett hopp om normalitet och en förklaring för de svårigheter som de har upplevt, ett slags legitimerat kvitto för att de inte når upp till de sociala kraven från omgivningens sida att

efterlikna majoriteten. Tidigare forskning (Kopp 2010) och det empiriska materialet verkar vara överens om att flickor inte får diagnos i samma utsträckning som pojkar, trots att det inte finns någon skillnad i "problemgrad" hos könen. Det kan utifrån detta tillsammans med studien av Lundemark Andersen (2016) tolkas som att flickor i lägre grad känner ett hopp om framtiden då färre flickor än pojkar får diagnosen och hoppet om normalitet. Tillsammans med studien av Kopp, Berg Kelly & Gillberg (2010) som har redogjort för att en sen eller odiagnostiserad ADHD kan leda till depressiva symtom för flickor så kan argumentet att flickor är mer utsatta än pojkar i detta avseende ställas. Ojämligheten i diagnostiseringen kan drabba flickor på andra sätt än pojkar, därför kan mer utförliga beskrivningar om hur genus och normer påverkar anses vara nödvändigt för att inte riskera att bidra till gendered disablism som vidare kan bidra till att flickor med ADHD missas i diagnostiseringen (Thomas 1999).

5.6 Analys utifrån uppdraget om jämställdhetsintegreringen

Mot bakgrund av Socialstyrelsens (2015a) uppdrag om jämställdhetsintegrering och i enlighet med analysen utifrån Thomas (1999) teori och begreppet stigma, så visar analysen att det vore fördelaktigt utifrån ett jämställdhetsperspektiv om Socialstyrelsen delvis ser över sin definition av ADHD och sin begrepps användning. Detta för att undvika att riskera stigmatiserande formuleringar på ett genusbias sätt vilket kan leda till diskriminering av individer med ADHD och speciellt flickor med ADHD. Detta utifrån att materialet som har granskats i sin helhet inte har åstadkommit att "lyfta fram och analysera skillnader mellan män och kvinnor samt analysera dem i ljuset av mäns och kvinnors olika livsvillkor." vilket är av vikt enligt jämställdhetsintegreringen (Socialstyrelsen 2006, s. 16). Ett förslag för att anamma jämställdhetsintegreringen fullt ut är att genusdela de avsnitt som behöver genusdelas baserat på att det ena könet riskerar att missgynnas. Detta för att lyfta fram skillnaderna och det handlar delvis om avsnitten gällande samsjuklighet och symtom. Även rent generellt då materialet tenderar att endast definiera pojkars symtom och i majoritet i jämförelse till flickorna, vilket enligt Thomas (1999) kan vara ett tecken på gendered disablism, socialt förtryck som kan institutionaliseras. En mer utförlig beskrivning i de könsseparerade avsnitten kring hur omgivningens normer, bland annat genus, påverkar hur flickor uttrycker ADHD kan tänkas minska risken för att flickor förbises av yrkesverksamma. Ett steg för jämställdhetsintegrering kan alltså vara att ha separata avsnitt för pojkar, helhetsbilden av dokumenten skulle då snarare beskriva en bild av diagnosen som är applicerbar på båda könen, och innehålla avsnitt vilka syftar till att beskriva vad som ses som köns- eller genusspecifika symtom och uttryck.

Vad vi kan se införlivas inte jämställdhetsperspektivet fullt ut i det material vi har valt att granska och de har på så sätt inte fullt ut bidragit till att uppfylla det jämställdhetspolitiska målet att “kvinnor och män ska ha samma makt och möjlighet att påverka samhället och sina egna liv” (Socialstyrelsen 2015a, s. 7, 10). Delar av dokumenten bidrar därför inte till att “främja lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck.” (ibid. s. 8–9), vilket är av vikt enligt jämställdhetsintegreringen. Det är möjligt att integreringen inte ännu har kommit till den punkt att granska kunskapsmaterialet, men då uppdragen om jämställdhet existerat under perioden som dokumenten vi granskade publicerades, så borde det redan ha varit integrerat. Analysen visar att materialet kan behöva ses över, eventuellt igen, i och med att “verksamheten [ska] genomsyras av ett jämställdhetsperspektiv” och att detta perspektiv ska finnas med i allt de gör, såsom rapporter, statistik, bedömningar och internt utbildningsmaterial (ibid. s. 6).

Analysen utifrån jämställdhetsperspektivet är endast applicerbar på de dokumenten vi har valt att analysera, vi vill förtydliga att vi inte kan uttala oss om huruvida perspektivet har integrerats i Socialstyrelsens övriga dokument.

6 Slutdiskussion

I detta avsnitt följer en presentation av studiens viktigaste resultat med en efterföljande diskussion vilket avslutas med förslag på vidare forskning.

6.1.1 Studiens viktigaste resultat

Uppsatsen har som syfte att granska Socialstyrelsens dokument för att undersöka hur ADHD presenteras, vilket avgränsas med hjälp av de valda frågeställningarna. Vi avsåg även undersöka om och hur uppdraget av jämställdhetsintegrering framträder i dokumenten. Utifrån presentationen av resultat och analys besvarades frågeställningarna, vilket sammanfattas nedan;

- ADHD beskrivs antingen vara en diagnos, ett tillstånd eller en funktionsnedsättning som medför problem, svårigheter och konsekvenser för individen och omgivningen. ADHD är i delar av materialet beskrivet på ett sätt som kan ses som stigmatiserande, vilket kan bidra till exkludering och socialt förtryck och vidare till en negativ

institutionaliserad bild av individer med ADHD. Vilket vidare kan leda till att negativa föreställningar om diagnosen upprätthålls.

- Könsskillnader framställs och definieras utifrån genusnormer på ett genusbias sätt som kan ge tecken på socialt förtryck och gendered disablism vilket kan leda till diskriminering av flickor med ADHD. Detta kan även leda till negativa och missvisande föreställningar utifrån att stigmatiserande bilder delvis reproduceras och upprätthålls i dokumenten.
- Definitionerna samt beskrivningarna av både ADHD och specifikt flickor med ADHD tyder på att materialet inte är jämlikt i alla avseenden. Detta kan vara ett tecken på att jämställdhetsintegreringen inte har anammats fullt ut då materialet inte är genomsyrat av ett jämställdhetsperspektiv i och med att fullständiga beskrivningar gällande genus och kön saknas.

Resultat och analys pekar på att uppdragen Socialstyrelsen har haft gällande jämställdhet inte fullt ut har implementerats i alla delar, vilket medför att målen om jämställdhet inte har uppnåtts i det empiriska underlagets helhet. Socialstyrelsens övergripande beskrivning av diagnosen ADHD utgår främst från pojkars huvudsakliga symtom och upplevelser, vilket kan bidra till att de som tar del av dokumenten inte får adekvat information vilket vidare kan leda till att flickor missas.

6.2 Diskussion

Socialstyrelsen (2014, s. 16–17) redogör för att “könsperspektivet har försumrats i både forskning och praktiken”. Då Socialstyrelsen baserar sina publicerade dokument på forskning kan det tänkas vara en förklaring till att endast männens biverkningar tas upp i dokumentet gällande läkemedel (Socialstyrelsen 2015b). Om det förefaller sig som så att det inte finns tillräckligt mycket forskning på kvinnor och flickor och deras biverkningar, så kan inte Socialstyrelsen redogöra för de biverkningarna. Det är däremot önskvärt att Socialstyrelsen för en längre diskussion kring detta. Även ett mer genomgående resonemang i dokumentens helhet kring att och även hur symtomen skiljer sig mellan könen kan vara önskvärt, då det finns forskning att vända sig till som redogör för ett bredare resonemang kring genus än vad Socialstyrelsen presenterar.

Diagnoskriterierna som presenteras i dokumenten utgår från diagnosmanualen DSM-5 som har utfärdats av andra än Socialstyrelsen, vilket kan göra att de inte kan ställas ansvariga för kriterierna. Däremot så förklarar inte detta varför både kärnsymtomen och “tilläggsproblemen” (Socialstyrelsen 2014) i dokumenten benämner motivation på liknande sätt, trots att de presenteras som två skilda typer av symptom/tilläggsproblem.

Vi ställer oss inte kritiska till dokumenten i sig, det är bra med underlag gällande alla typer av diagnoser och funktionsnedsättningar, det vi är kritiska till är att underlaget saknar fullständiga och adekvata beskrivningar gällande flickor och kvinnor. Som vi beskrev tidigare kan det framstå som mer jämställt ifall dokumenten i sin helhet utgjorde ett underlag vilket var applicerbart på båda könen, och hade separata avsnitt som beskrev flickor/kvinnor respektive pojkar/män. Detta kan bidra till att de som läser materialet kan jämföra könen och se likheter och olikheter, vilket vidare kan bidra till en större förståelse och kunskap gällande ADHD. Då dokumenten inte är utformade på detta sätt kan det bidra till att yrkesverksamma, vilka är de som dokumenten riktar sig till, inte får den kunskap som kan behövas.

Vi är medvetna om att då denna studie endast analyserar fem stycken dokument så kan överförbarheten diskuteras, för att uppnå en överförbarhet krävs det en större mängd material (Bryman 2008). Målet är däremot inte att uppnå överförbarhet, utan att undersöka dokument som Socialstyrelsen har publicerat om ämnet. Förförståelsen gällande genusnormer i samhället hade inverkan på valet av studieområde och teori och det kan vidare ha påverkat analysen i och med att förförståelse rent generellt påverkar hur vi människor tänker kring saker och ting. Vi vill däremot förtydliga att analysen har utgått från den valda teoretiska modellen, vilken har gett en oss en bredare och mer utförlig förståelse av hur genus och funktionshinder interagerar med omgivning, än vad vår förförståelse hade gett oss. Analysen har alltså vilat på teori och vi har samtidigt varit medvetna om att förförståelse kan påverka tolkning, vilket vi har försökt att undvika för att analysen enbart ska utgå från teori och forskning och därigenom få ett mer teoretiskt djup och styrka.

Gällande jämförelser mellan “normala” och “onormala/ avvikande” så är vi medvetna om att det kan vara en nödvändig kategorisering för att lyfta fram bland annat utsatthet hos vissa grupper och sprida information till yrkesverksamma. Hur texters språk är formulerat är dock av relevans i och med att språket kan framstå som stigmatiserande och diskriminerande om det används på ett ogenomtänkt sätt. I och med att texter påverkar hur vi uppfattar vår omgivning, så kan bilder som framställs i texter tänkas reproduceras till de som läser dem. I och med att Socialstyrelsens kunskapsmaterial om ADHD som riktar sig till yrkesverksamma i vissa delar presenterar en genusbias, stigmatiserad bild så kan detta tänkas reproduceras. Det kan vidare

bidra till att en bild av ADHD som en pojk-diagnos lever kvar genom dokumenten då denna genusbias bild stundvis framträder vilket skulle kunna leda till att kvinnor/flickor med ADHD förbises.

6.2.1 Förslag på vidare forskning

Studien öppnar upp för vidare granskning av Socialstyrelsens dokument i flera avseenden, både utifrån ett genusperspektiv men även utifrån teorier om funktionshinder och funktionsnedsättning. Det öppnar även upp för granskning av andra myndigheter som publicerar texter inom ämnet. Som en påbyggnad av denna uppsats och med hjälp av Thomas (1999) teori hade det varit intressant att utföra en studie baserat på intervjuer av flickor och kvinnor med ADHD, men även andra tillstånd eller diagnoser. Detta skulle medföra att flickornas och kvinnornas röster fick ta plats för att beskriva deras upplevelser och erfarenheter.

7 Referenser

Abikoff et. al. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4) ss. 349–359.

<https://doi.org/10.1023/A:1015713807297>

Akademikerförbundet SSR (2014). *Global definition av professionen socialt arbete*. Stockholm: Akademikerförbundet SSR.

https://akademssr.se/sites/default/files/files/global_definition_socialt_arbete.pdf

Barnombudsmannen (2016). *Respekt - Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd*. Stockholm: Barnombudsmannen. ISBN 978-91-87448-91-1

<https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/respekt160510.pdf>

de Beauvoir, S. (1949). *Det andra könet*. Stockholm: Norstedts.

Becker, P.S., McBurnett, K., Hinshaw, P.S. & Pfiffner, J.L. (2013). Negative social preference in relation to internalizing symptoms among children with ADHD predominantly inattentive type: Girls fare worse than boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(6), ss. 784–795. DOI: 10.1080/15374416.2013.828298

Biederman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T.E., Silva, J.M., Snyder, L.E. & Faraone, S.V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36(2), ss. 167–179.

DOI: 10.1017/S0033291705006410

Boréus, K. (2015). Texter i vardag och samhället. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 2:1. uppl., Stockholm: Liber, ss. 157–175.

Brattberg, G. (2006). PTSD and ADHD: underlying factors in many cases of burnout. *Stress and Health*, 22(5), ss. 305–313. DOI: 10.1002/smi.1112

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2. uppl., Malmö: Liber.

Bussing, R., Zima, B.T., Gary, F.A. & Wilson Garavan, C. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(2), ss. 176–189. <https://doi.org/10.1007/BF02289806>

Connell, R. (2009). *Om genus*. 2. uppl., Göteborg: Daidalos.

Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. 3. uppl., London: Sage Publications, Inc.

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Towns, A. & Wängnerud, L. (2017). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 5. uppl., Stockholm: Wolters Kluwer.

Gajaria, A., Yeung, E., Goodale, T. & Charach, A. (2011). Beliefs about attention-deficit/hyperactivity disorder and response to stereotypes: Youth posting in Facebook groups. *Journal of Adolescent Health*, 49(1), ss. 15–20.

DOI:10.1016/j.jadohealth.2010.09.004

Gillberg, C. & Malmberg, K. (u.å.). ADHD. I *Nationalencyklopedin*. Tillgänglig: Nationalencyklopedin. [2018-01-11]

Grskovic, J.A. & Zentall, S.S. (2010). Understanding ADHD in girls: Identification and social characteristics. *International Journal of Special Education*, 25(1), ss. 171–184.

ISBN: 0827 3383 <http://www.internationaljournalofspecialed.com/issues.php>

Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Zalecki, C., Perrigue Huggins, S., Montenegro-Nevado, A.J., Schrodek, E. & Swanson, E.N. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), ss. 1041–1051. DOI: 10.1037/a0029451

Hughes, B. (2009). Disability activism: social model stalwarts and biological citizens. *Disability & Society*, 6(24), ss. 677–688. <https://doi.org/10.1080/09687590903160118>

Jarret, M.A. & Ollendick, T.H. (2012). Treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety in children: A multiple baseline design analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), ss. 239–234. DOI: 10.1037/a0027123

Kopp, S. (2010). *Girls with social and/or attention impairments*. Diss. Göteborg: Göteborgs Universitet. ISBN: 978-91-628-8153-5

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/23134/1/gupea_2077_23134_1.pdf

Kopp, S., Berg Kelly, K. & Gillberg, C. (2010). Girls with social and/or attention deficit: A descriptive study of 100 clinic attenders. *Journal of Attention Disorders*, 14(2), ss. 167–181. DOI: 10.1177/1087054709332458

Lundemark Andersen, M. (2016). Who is in need of empowerment? Social work and young people with ADHD. *Revista de Asistentia Sociala*, 15(2), ss. 109–122.

https://search.proquest.com/docview/1807494900?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo

Martin, J., Hamshere, M.L., Stergiakouli, E., O'Donovan, M.C. & Thapar, A. (2014). Genetic risk for attention-deficit/hyperactivity disorder contributes to neurodevelopmental traits in the general population. *Biological Psychiatry*, 76(8), ss. 664–671.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.02.013>

Meinzer, M.C., Lewinsohn, P.M., Pettit, J.W., Seeley, J.R., Gau, J.M., Chronis-Tuscano, A. & Waxmonsky, J.G. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence predicts onset of major depressive disorder through early adulthood. *Depression and Anxiety*, 30(6), ss. 546–553. DOI: 10.1002/da.22082

Mikami, A.Y., Lee, S.S., Hinshaw, S.P. & Mullin, B.C. (2008). Relationships between social information processing and aggression among adolescent girls with and without ADHD. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(7), ss. 761–771. DOI: 10.1007/s10964-007-9237-8

Mueller, A.K., Fuermaier, A.B.M., Koerts, J. & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 4(3), ss. 101–114. DOI: 10.1007/s12402-012-0085-3

Nymberg et. al. (2013). Neural mechanisms of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms are stratified by MAOA genotype. *Biological Psychiatry*, 74(8), ss. 607–604.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.03.027>

Ohan, J.L. & Johnston, C. (2007). What is the social impact of ADHD in girls? A multi-method assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), ss. 239–250.
DOI: 10.1007/s10802-006-9076-1

Rasmussen, K. & Levander, S. (2009). Untreated ADHD in adults: Are there sex differences in symptoms, comorbidity, and impairment? *Journal of Attention Disorders*, 12(4), ss. 353–360.
DOI: 10.1177/1087054708314621

Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B. & Hiscock, H. (2014). Anxiety in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 133(5) ss. 801–808.
DOI: 10.1542/peds.2013-3686

Socialstyrelsen (2004a). *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10285/2004-103-3_20041033.pdf

Socialstyrelsen (2004b). *Kort om ADHD hos barn och vuxna. En sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 91-7201-854-2.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10347/2004-110-7_20041107.pdf

Socialstyrelsen (2008). *Mot en mer jämställd vård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8839/2008-131-1_20081311_rev1.pdf

Socialstyrelsen (2010). *Barn som utmanar. Barn med ADHD och andra beteendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-86301-95-8.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17951/2010-3-6.pdf>

Socialstyrelsen (2014). *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd. Ett kunskapsstöd*. Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-7555-229-3.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19582/2014-10-42.pdf>

Socialstyrelsen (2015a). *Handlingsplan för jämställdhetsintegrering*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.genus.se/wp-content/uploads/Socialstyrelsens-handlingsplan-for-jamstalldhetsintegrering-2016-2018-pdf.pdf>

Socialstyrelsen (2015b). *Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna. Stöd för beslut om behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-7555-310-8.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19805/2015-4-14.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-7555-366-5.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20078/2016-2-20.pdf>

Socialstyrelsen (u.å.). *Adhd, attention-deficit/hyperactivity disorder*.

<http://www.socialstyrelsen.se/psykiskohalsa/adhd> [2017-12-10]

Socialstyrelsen (u.å.). *Om Socialstyrelsen*.

<http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen> [2018-01-11]

Sonnby, K. (2014). *Co-occurring symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and depression - sex, aetiology, help-seeking and assessment*. Diss. Uppsala: Uppsala Universitet. ISBN: 978-91-554-8892-5 ISSN: 1651-6206

<http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:699638/FULLTEXT01.pdf>

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. & Langley, K. (2012). Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), ss. 3-16. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x

Thomas, C. (1999). *Female forms – Experiencing and understanding disability*. Buckingham & Philadelphia: Open University Press.

Thomas, C. (2004). How is disability understood? An examination of sociological approaches. *Disability & Society*, 6(19), ss. 569–583.

<https://doi.org/10.1080/0968759042000252506>

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. ISBN: 91-7307-008-4

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. ISSN: 1651–7350
ISBN: 978-91-7307-189-5

Waschbusch, D.A. & King, S. (2006). Should sex-specific norms be used to assess attention-deficit/hyperactivity disorder or oppositional defiant disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), ss. 179–185. DOI: 10.1037/0022-006X.74.1.179

Widén, P. (2009). Kvalitativ textanalys. I Fejes, A. & Thornberg, R. (red.) *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber, ss. 136–153.

Wiener, J. & Daniels, L. (2016). School experiences of adolescent with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 49(6), ss. 567–581.

DOI: 10.1177/002219415576973

Williamson, D. & Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychological Review*, 40, ss. 15–

27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005>

8 Bilaga 1

Nedan följer diagnoskriterierna enligt DSM-5. Texten är hämtad från Socialstyrelsens dokument *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd. Ett kunskapsstöd.* (2014) s. 29–30.

Diagnoskriterierna enligt DSM-5

Adhd är som beskrivits en diagnostisk benämning på ett tillstånd som karakteriseras av stora och varaktiga uppmärksamhetsproblem och/eller impulsivitet och överaktivitet som påverkar barnets eller den vuxnes vardagsfungerande i så hög grad att det medför en funktionsnedsättning. Kriterier för diagnosen återfinns alltså i den diagnostiska manualen DSM. Den femte reviderade versionen, DSM-5, kommer ut i svensk översättning under hösten 2014. Nedanstående beskrivning av adhd bygger på kriterierna i denna version. Diagnoskriterierna omfattar 9 symtom på ouppmärksamhet och 9 på hyperaktivitet och impulsivitet.

Symtom

Ouppmärksamhet

Personen

- a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbete, yrkesliv eller andra aktiviteter
- b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
- c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)
- e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (till exempel skolarbete eller läxor)
- g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (till exempel leksaker, läxmaterial, pennor, böcker och verktyg)
- h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- i) är ofta glömsk i det dagliga livet.

Hyperaktivitet och impulsivitet

Personen

- a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still
- b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats under en längre stund
- c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan det vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- d) har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- e) verkar ofta vara ”på språng” eller ”gå på högvarv”
- f) pratar ofta överdrivet mycket
- g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- h) har ofta svårt vänta på sin tur
- i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar).

För att diagnosen adhd ska vara uppfylld för ett barn eller en ungdom upp till och med 16 år krävs enligt DSM-5 att det föreligger:

1. minst sex av de nio symtomen på ouppmärksamhet och/eller
2. minst sex av de nio symtomen på hyperaktivitet och impulsivitet.

Om det rör sig om ungdomar från 17 år och vuxna är antalet symtom som ska vara uppfyllda fem i stället för sex.

Dessutom krävs följande:

- Symtomen har funnits sedan sex månader tillbaka på ett sätt som avviker från den förväntade utvecklingsnivån.
- Symtomen har funnits före 12 års ålder.
- Symtomen kan ses i minst två miljöer (till exempel hem och fritid respektive förskola, skola eller arbetsliv).
- Det finns tydliga belägg för att symtomen påverkar eller försämrar kvaliteten i barnets eller den vuxnes sociala fungerande och prestationer i skola respektive arbetsliv.

9 Bilaga 2

Nedan följer en fullständig beskrivning av funktionsnedsättningens konsekvenser som är hämtad från Socialstyrelsens dokument *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd. Ett kunskapsstöd*. (2014) s. 14–16

Funktionsnedsättningens konsekvenser

Det finns en rad svårigheter som inte utgör direkta diagnostiska kännetecken, men som hänger nära samman med de grundläggande svårigheterna och som är vanligt förekommande hos barn och ungdomar med adhd. Problemen är viktiga att observera, eftersom de kan ha stor betydelse för barnets fortsatta utveckling, anpassning och funktionsnivå. Det kan exempelvis gälla:

- ojämn prestationsförmåga, vilket innebär att de kan vara högpresterande inom vissa områden men långt under sina jämnåriga inom andra
- extremt motivationsberoende med svårigheter att mobilisera energi för uppgifter som upplevs som motiga eller enahanda
- svårigheter att självständigt planera, prioritera, organisera, hålla fast vid och genomföra handlingar
- andra kognitiva svårigheter med att lösa problem, minnas och föra abstrakta resonemang
- bristande tidsuppfattning och känsla för tid
- svårt med känsloreglering och kontroll av känslor och humör
- svårigheter i samspel och i ömsesidiga kamratrelationer som kräver att exempelvis kunna vänta på sin tur och att vara lyhörd för andras önsknings och behov.

Funktionsnedsättningens konsekvenser

Liksom för barn medför de grundläggande svårigheterna ofta andra problem som påverkar funktionsförmågan även om de inte räknas som diagnoskriterier. Det kan exempelvis gälla:

- benägenhet för att skjuta upp saker; vardagsuppgifter blir inte gjorda vilket bidrar till känslor av misslyckande och kaos
- låg tolerans för frustration och snabba svängningar i humöret

- lågt självförtroende som ofta grundar sig i negativa erfarenheter från uppväxten
- svårighet att upprätthålla långa och nära relationer
- extra känslighet för stress, där det kan bli övermäktigt att klara vardagens krav på planering och tider
- sviktande arbetsprestationer eftersom arbetsuppgifterna kan kräva så stor koncentration och uthållighet att utmattning ständigt hotar
- bristande simultankapacitet som gör vardagen ansträngande; allting tar tid och man blir fort trött
- bristande tidsuppfattning så att man antingen är för sen eller för tidig
- svårigheter att planera och organisera; att sakna framförhållning gör livet fullt av svårbemästrade situationer
- ett gränslöst sätt – man märker inte när andra tröttnar och har svårt att begränsa sig
- problem med överfokusering som gör det svårt att slita sig från något som man ”fastnat” i, och man kan till exempel ha svårt att städa ”lagom”, att avbryta aktiviteter och att komma i säng i tid.

10 Bilaga 3

Nedan följer en fullständig presentation av frågorna vi ställde till texten, dessa är hämtade från boken *Metodpraktikan - Konsten att studera samhälle, individ och marknad* (Esaiasson et. al 2017) s. 217

1. Hur är 'problemet' representerat? Med andra ord, vilken *sorts* problem representeras detta som, och *för vem* representeras detta vara ett problem?
2. Vilka sorters *subjekt* (alltså aktörer) representeras? Med vilka karaktärsdrag, motiv och handlingskapaciteter representeras de?
3. Hur är *orsaken* till problemet representerat? Vem eller vad representeras som problemets orsak?
4. Hur är *lösningen* på problemet representerat? Vilka policyalternativ möjliggörs, givet hur problemet representerats?
5. Vad lämnas oproblematiserat i policyrepresentationerna? Hur skulle problemet kunna ha representerats? Vilka röster eller perspektiv väljs bort genom representationen?
6. En mer kritiskt formulerad frågeställning skulle kunna lyda: Från vilket perspektiv är problemet representerat? Vilka aktörer gynnas och missgynnas, och på vilket sätt, av att problemet representeras på detta sätt snarare än ett annat?