



Blekinge Tekniska högskola
Sektionen för management HT 2009

Uppfattningar om neuropsykiatriska diagnoser hos barn

Kandidatuppsats
PS 1301
Psykologisk forskningsmetodik 15hp

Författare: Eva-Lotta Hellqvist
Handledare: Per Eisele
Examinator: Erik Lindström

Perceptions about children neuropsychiatry's diagnoses

Children become diagnosed with neuropsychiatry diagnostic. The diagnostic of children is critiqued from. The national board of health and welfare because the child psychiatric clinics differ in the reliability of diagnostic. This is a problem both in the same clinic and between clinics.

The purpose is to investigate if parents of children with neuropsychiatry diagnostic consider that the diagnostic criteria were met when the child was diagnosed. The method was first a pilot study with surveys and interviews. The study was a telephone survey with parents of diagnosed children.

The result indicates that the parents didn't experience that the diagnostic criteria was met.

The discussion suggests that communication between parents, child psychiatry and school needs to improve.

Keywords: neuropsychiatry, diagnostic, validity, criteria, child psychiatric clinics.

Under vårterminen 2009 skrev jag en c-uppsats i sociologi (Hellqvist, 2009). Den behandlade ett paragraftillägg till skollagstiftningen; skolans rätt att flytta en elev med hänsyn till övriga elevers trygghet och studiero. Uppsatsen var en fallbeskrivning där de olika stegen visas som leder till att en elvaårig elev förlorar sin plats på sin skola med hänsyn till övriga elevers trygghet och studiero. I denna uteslutningsprocess får barnet en neuropsykiatrisk diagnos.

Jag är själv förälder till flera barn och har skiftande erfarenhet av att ha barn i skolan. Det är inte alltid lätt att ha barn och det är definitivt inte lätt med barn som inte går den raka vägen genom skolan. Det viktiga i den situationen är att både skola, förälder och om det behövs barn och ungdomspsykiatri hjälps åt för att få skolgången att fungera.

I fallbeskrivningen ovan så var det ett barn som for mycket illa. Föräldrarna vred sina händer och under lång tid beaktades inte barnets mående eller rättigheter. Den neuropsykiatriska utredning som gjordes tog inte hänsyn till att detta var ett barn under stark stress och resultatet av utredningen försökte användas till att flytta eleven från skolan mot både eleven och föräldrarnas vilja. En neuropsykiatrisk utredning bör användas till att hjälpa ett barn och inte som en uteslutningsmekanism.

Mitt intresse väcktes då för hur det egentligen går till när barn får neuropsykiatriska diagnoser. I media de senaste åren har det varit en ökad uppmärksamhet beträffande neuropsykiatriska diagnoser. Beskrivningar av barn med dolda funktionshinder som ADHD och Asperger har löpande förekommit. Ofta uppmärksammade genom att föräldrarna anser att den hjälp som barnet har rätt att få i skolan uteblir. Barn har rätt att få ett bemötande i skolan som är individuellt anpassat oavsett kön, etnisk- social tillhörighet, fysiska och psykiska förutsättningar. Det är allvarligt när barn ej får den hjälp och det stöd de behöver. Det är också allvarligt när diagnoser som ställs ej är tillförlitliga. Det är ännu allvarligare när att ha ett funktionshinder används mot barnet.

Sverige är ledande beträffande antalet neuropsykiatriska diagnoser hos barn. Det finns få länder som har så många diagnostiseringar. Vi har också framstående forskare inom området och den ökning som skett under 2000-talet härleds ofta till den sk Göteborgsstudien (Gillberg, C, 1996). Denna studie kom fram till att perceptionsproblem var betydligt vanligare än man tidigare trott. Ungefär 7 % av elever i den svenska grundskolan visade sig i denna studie ha olika former av koncentrations och uppmärksamhetsproblem i den grad att de har svårt att utföra sitt skolarbete.

Diagnoser och utredningar beträffande människors beteende följer olika psykologiska paradig. Det är i förhållande till rådande samhällsklimat och den psykologiska nisch som forskning inom skilda psykologiska sfärer blir mer framträdande. Från 90-talet och framåt har den mer biologiska inriktningen varit gällande. Det kan vara en orsak till neuropsykiatri framväxt, då neuropsykiatri behandlar hjärnans funktioner och brister i densamma. Det finns förändringar och gynnsamma miljöer som bidrar till positiv utveckling men den hjärndysfunktion som finns är ofta kvar. Inom neuropsykiatri bedrivs diskussionen om varför det finns så många i denna tid som har neuropsykiatriska diagnoser. Skälet till det kan vara att det är inte fler som har hjärndysfunktioner utan att dagens samhälle ställer andra krav på kognitiva funktioner och därmed synliggörs individer (socialstyrelsen, 2002).

De neuropsykiatriska diagnoser som mest frekvent används på barn och där det kan vara svårt att urskilja vem som har ett funktionshinder och inte är; Adhd, Asperger, A-typisk autism och Autistiskt syndrom. Socialstyrelsen beslutar över diagnoskriterier. Det är efter deras riktlinjer och direktiv som diagnostisering av psykiatriska tillstånd ska genomföras. De fastställda neuropsykiatriska diagnoser som

jag (utifrån svårigheten att kategorisera och vanligen används) valt att ta upp enligt DSM-1V/ICD är Adhd, Asperger, A-typisk autism och Autistiskt syndrom (socialstyrelsen, 2009).

Den mest förekommande använda diagnosen idag är *Adhd*. Adhd är en uppmärksamhetsstörning som ofta kombineras med hyperaktivitet och/eller impulsivitet. Adhd kan kombineras med motoriska problem, det som tidigare kallades DAMP. *Asperger* är en diagnos som är likartad med infantil autism vilket också går under beteckningen högfungerande autism. Diagnoskriterierna innefattar en kvalitativ nedsatt förmåga att interagera socialt och begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter. *A-typisk autism* innebär en genomgripande utvecklingsrubbing som inte uppfyller kriterierna på alla de tre områdena som karakteriserar autism i barndomen eller en senare debut. Avvikande eller bristande utveckling är tydlig vid tre års ålder samt kvalitativa avvikelser i ömsesidig social interaktion/kommunikativ förmåga/begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter. *Autistiskt syndroms* diagnoskriterier innefattar kvalitativ nedsatt förmåga att interagera socialt, kvalitativt nedsatt förmåga att kommunicera samt begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter.

Uppfyllande av diagnoskriterier och avgörande av vad som är ett funktionshinder är utifrån rådande psykologiskt paradigm och samhällsnormen. Tidigare beskrivningar av diagnosernas symptom har utvecklats från 1940 talet och framåt. En person som exempelvis får diagnosen Asperger behöver inte ha så mycket gemensamt med hur Hans Asperger beskrev sina fall inom det som idag går under samlingsbeteckningen högfungerande autism (Frith, 1998). Funktionshinder inom autismspektrat behöver inte synas och om det är märkbart kan det se olika ut. Detta innebär att en diagnos som uppfyller diagnoskriterier inte är likartad beteende störning hos de som innehar diagnosen. Diagnoserna påverkar på olika sätt den sociala förmågan. Det är ofta i skolorna som (speciellt Adhd och Asperger) uppmärksammas. Det kan bero på att det blir tydligare i skolsituationen med ett avvikande beteende och att vistas i skolan ställer andra krav. Diagnoskriterierna ska efterföljas och hur individen uppfyller dem ser olika ut.

Somatiska diagnoser ställs utifrån ofta ett påtagligt fysiologiskt perspektiv, ett benbrott t ex. Psykiatriska diagnoser är ofta mer svårbestämda. Diagnoser inom psykiatrin ställs utifrån två perspektiv. Den kan vara etiologisk, alltså beskriver hur den har uppkommit eller så kan det vara summan av ett antal symptom som uppträder tillsammans. Psykiska symptom såväl som somatiska uppkommer som en reaktion på en skadlig inverkan på en individ. För de största antalet individer inom psykiatrin är det störningar eller brister i individens psykiska och sociala miljö som orsakar symptomen. Till skillnad från en somatisk sjukdom så är inte en psykiatrisk störning alltid något man har utan bedöms utifrån fem axlar. I den första axeln beskrivs det psykiatriska tillstånd som patienten lider av, den andra noteras psykisk utvecklingsstörning och personlighetsförändringar, den tredje eventuella kroppsliga sjukdomar, den fjärde psykosociala eller miljömässiga problem och på den femte bedöms psykologisk och social skola/yrkesfunktion. Det diagnostiska system som används idag är DSM-1V. Det är ett enhetligt system som beskriver olika tillstånd noga så att det ska finnas en gemensam diagnostisering både inom och mellan länder. Detta har en stor betydelse vid forskning och medicinering men kan vara svårt att tillämpa inom psykiatrin, speciellt då bland barn och ungdomar eftersom symptomen ofta är diffusa. Bedömning av barn behöver givetvis göras i förhållande till barnens ålder då en beteendeavvikelse är i förhållande till det beteende som omgivningen förväntar sig (Cederblad, 2001).

Diagnostisering ska grundas på faktiska förhållanden och inte på teorier eller enbart begrepp. Det är sjukdomar, störningar och handikapp som ska diagnostiseras och inte barnet i sig. Diagnossystem bör vara enhetligt och en diagnos kan förändras. En diagnos ställd vid en viss tidpunkt i barnets liv behöver inte vara densamma senare. Diagnossystemet behöver vara reliabelt så att man kan lita på att två bedömare faktiskt menar samma sak med termerna som används. Systemet ska också skilja mellan olika typer av problem. Det måste finnas validitet, störningarna behöver skilja sig åt i ett eller flera viktiga avseende. Diagnosen bör ha en klinisk innebörd, det är meningslöst att ställa en diagnos om beteende inte inkräktar på något väsentligt i barnets liv eller omgivningen. Ett diagnossystem behöver ha en inre logik så att inte diagnoser grundar sig på olika saker. Diagnossystem som skall vara tillämpligt i klinisk praktik ska vara hanterligt och lättförståeligt så det kommer till användning i vardagen inom barn och ungdomspsykiatri (Gillberg & Hellgren, 2000).

Det finns en debatt angående diagnoser och uppfyllande av diagnoskriterier. Här följer ett axplock av diskussionen;

Göran Sunna skrev i en krönika i psykologförbundets tidning om kärlek för att kategorisera. Den engelska litteraturprofessorn Christopher Lanes beskrev sin blyga mamma; att när det kom okända människor så brukade hon sex år gammal galoppera runt och leka häst. Om hon varit sex år i dag skulle hon troligtvis utretts för autismspektrumstörning/Aspergers syndrom. På den tiden beskrevs hon som ett excentriskt, udda barn med livlig fantasi. Hans morföräldrar lät henne hållas eftersom det var övertygade att det skulle försvinna med tiden vilket det också gjorde. Aaron T Beck, psykolog och psykiatriker numera känd som den kognitiva terapins fader, lät tio psykiatriker ställa en diagnos utifrån en videoinspelning, sex stycken nådde en överensstämmelse de övriga fyra hamnade lite här och där (Sunna, 2009). Karin Johannesson professor i idéhistoria menar att sjukdomsförklarandet av naturliga variationer av mänskligt liv kommer att krympa normalitetsbegreppet. Hur kommer vi att kategorisera mänskligt beteende när våra sexåriga barnbarn betar sig avvikande? Har vi ännu fler diagnoser? (Sunna, 2009).

I psykologförbundets tidning har debatt förts om oroande tendenser inom barn och ungdomspsykiatri (bup). Gunnarsson och Wesslund båda psykoterapeuter och verksamma inom bup menar att allt fler psykiatriska tillstånd förklaras med neuropsykiatriska funktionshinder och därmed trängs komplexa orsaksfaktorer undan när barn kommer till bup. Under de senaste tretton åren har bups helhetssyn förändrats vilket tidigare inneburit en medicinsk, psykologisk och social kunskap. Bups signum är på väg att ersättas av en föråldrad sjukdomsmodell. Det medicinska inflytandet inom bup har blivit allt större och att se till sammansatta behov av psykologisk, social och biologisk karaktär har reducerats till psykiatriska tillstånd och diagnoser. Läkemedelsindustrin förstärker denna biologiska förklaringsmodell. Allt fler barn diagnostiseras med neuropsykiatriska diagnoser och svåra familjeförhållande eller brister i föräldrarollen ses som sekundära orsaker (Gunnarsson & Westlund, 2009).

Ordförande för riksförbundet Attention- för barn, ungdomar och vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder, Ann-Kristin Sandberg fann det djupt oroande att anställda inom sjukvården bortser från nationella riktlinjer, kunskapsdokument och direktiv från Socialstyrelsen som är till för att kvalitetssäkra vården. Barn med neuropsykiatriska problem kan ha svårigheter med kamrater så som barn utan funktionshinder. Även om funktionsnedsättningar definieras så kan likväl kunskap om social miljö, pedagogik och utvecklingspsykologi integreras (Sandberg, 2009).

Tidigare forskning

Olika forskning inom skilda områden visar att risken för feldiagnostisering är överhängande. Den indikerar att det finns en risk för att människor blir stigmatiserade av diagnoser. Det finns svårigheter med att fånga upp problem som förekommer och att handha konsekvenserna av beteendet.

Shtayermman har gjort en explorativ studie om stigmatisering hos vuxna och ungdomar med Asperger Syndrom (AS). Den mentala hälsans påverkan av en diagnos med sociala funktionshinder. Resultatet av studien visade att 20 % av deltagarna uppnådde kriterierna för depression och 30 % för generaliserat ångest syndrom. 66.7 % av deltagarna hade en annan psykiatrisk diagnos förutom AS. Mer än hälften hade fått diagnosen AS som första diagnos och 44.4% hade fått en annan psykiatrisk diagnos före AS (Shtayermman, 2009).

Bauermeister, Shrout, Cave's, Rubio-Stipec, Ramirez, Padilla, Anderson, Garcia, Canino skrev att hos pojkar och flickor som har ADHD fanns en skillnad avseende risker och följdtilstånd i vissa undergrupper mellan könen. Resultatet visade att ADHD var 2.3 ggr så vanligt hos pojkar och att avstängning från skolan för att hantera skolproblem var mer vanligt bland pojkar. Detta är simulärt med flickor och pojkar som inte har ADHD. Vid kombinerade typer av ADHD hade pojkar i högre grad än flickor humörsstörningar. Flickor som har diagnosen i huvudsak uppmärksamhetsstörning hade mer mottaglighet för ångeststörningar. I diskussionen tar författarna upp att skolorna borde utarbeta ett annat sätt för att hantera pojkar med ADHD än avstängning. Dessutom uppmärksamma flickor som har ADHD med huvudsak uppmärksamhetsstörning för att de är i riskzonen för ångeststörningar (Bauermeister, *m fl.*, 2007).

Edbom presenterade i sin avhandling en longitud studie om Adhd påverkade självkänslan och känsla av sammanhang. Studien indikerade att Adhd symptom i barndom och ungdomsår påverkade självkänslan speciellt Adhd med inriktning uppmärksamhetsproblem. En hög känsla av sammanhang påverkade självkänslan positivt från ungdomsår till vuxen ålder (Edbom, 2009).

Roland. S Persson professor i pedagogisk psykologi menade att särbegåvade barn felaktigt diagnostiseras med neuropsykiatriska diagnoser eftersom speciellt vid Aspergers syndrom finns stora likheter mellan tillstånden. Han menar vidare att skolan eftersträvar homogenitet och att ett särskilt intresse för barn med en stark begåvning inte finns. Detta utesluter inte att barn med särbegåvning kan ha ett neuropsykiatriskt funktionshinder men att deras beteende på understimulans ofta misstolkas (Persson, 2009).

Mikael Tiger, st-läkare i psykiatri skrev att vi ska vara försiktiga med att felaktigt dela ut diagnoser. Speciellt eftersom med det nya spectrumtänkandet blir lätt för många klossar i samma hål. Det är stämpande att få en diagnos så låt oss förbehålla diagnoserna till de som faktiskt har dem (Tiger, 2009).

Frydman, psykiatriker, psykoanalytiker, psykoterapeut beskrev att i en samhällsförändring blir normalitetsbegreppet förändrat. Grupper som är marginaliserade kommer i omvandlingen att påverkas mest. Vi har rört oss till en definition av allt fler funktionshinder i ett samhälle som går i ett högt tempo och gränsen för personliga egenheter försnävs, allt kan korrigeras. Frydman menar vidare att den psykiska plastkirurgin inte är sjukvårdens objekt utan den ska omfatta det reella lidandet. Vilket det är kommer alltid vara svårt att avgöra (Frydman, 2009).

Engström professor i barnpsykiatri, menar att diskussionen om DAMP/ADHD har varit mer intensiv i Sverige än någon annanstans i världen. Men även här är det tämligen okontroversiellt att påstå att det finns barn med svårigheter

beträffande uppmärksamhet, koncentration och motorik. Det uppstår emellertid ett problem när sjukvården anmodas att ställa erforderliga diagnoser för att skolan ska sätta in erforderliga insatser när det föreligger medicinsk tveksamhet om diagnosen (Engström, 2009).

Socialstyrelsen fick 2007 i uppdrag av regeringen bilda ett utvecklingscentrum angående barns psykiska hälsa. Under 2008 kom en rapport: Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn- en nationell inventering i kommuner och landsting. En fördjupning av den rapporten är; Barn och ungdomspsykiatrinstrument- en nationell inventering. Det gick ut en enkät till samtliga enhetschefer och verksamhetschefer inom barn och ungdomspsykiatri samt en enkät till fem professorer. Slutsatsen i den rapporten var följande:

Diagnostiken inom BUP baserar sig huvudsakligen på kliniska bedömningar och symtomskattning, men inte på strukturerade diagnostiska intervjuer. Detta gör diagnostiken mindre reliabel (pålitlig). Symtomskattning används för utvärdering av behandlingar, men bristen på liknande mätinstrument gör jämförelser mellan olika enheter eller landsting svåra att genomföra. Val av behandlingsmetod verkar mer baseras på befintliga resurser än på diagnostik och bedömning. Valet av behandlingsmetod framstår personcentrerad(terapeutens kompetens och erfarenhet) istället för uppgiftsorienterad(diagnosbaserad). Resultaten från inventeringen talar för att det finns möjlighet att utveckla samverkan med primärvården vad gäller metoder för bedömning, behandling och arbetsfördelning, och med socialtjänsten särskilt när det gäller metoder för ungdomar med utagerande beteende och missbruk (socialstyrelsen, 2009).

I diskussionen skrevs följande: De diagnostiska metoder som rapporteras mest är olika typer av frågeformulär. När det gäller användandet av dessa skattningsskalor är bristen på samstämmighet vad gäller val av instrument ett problem. Inventeringen ger intryck av att man både inom samma klinik och mellan olika kliniker använder flera olika instrument vid samma tillstånd. Ett sådant tillvägagångssätt fungerar om utvärderingen bara är av intresse för behandlaren och patienten. Om utvärderingen däremot är en del av ett utvecklingsprogram, där man vill göra analyser av vilka faktorer som påverkar resultatet, eller är en del i utvärderingen av enhetens arbete – då är bristen på gemensamma bedömningsinstrument ett problem. Om målet med nationella öppna jämförelser av behandlingsresultat mellan olika kliniker ska kunna förverkligas krävs att behandlingar utvärderas på samma sätt vid olika enheter. Enheterna använder frågeformulär eller skattningsskalor ungefär dubbelt så ofta som de använder intervjuer. De flesta rapporterade frågeformulären är dock inte diagnostiska utan screeningformulär eller symtomskattningsskalor och ersätter därför inte intervjuer. Frågeformulären borde utgöra ett komplement. Det finns starkt vetenskapligt stöd för att tillförlitligheten (reliabiliteten) i diagnostiken ökar när man använder diagnostiska intervjuer (socialstyrelsen, 2009).

Ingen studie kunde hittas om hur föräldrar uppfattar att underlag för diagnoskriterier uppfyllts. Det finns indikationer på att barn får diagnos beroende av vilken klinik de hamnar hos. Det kan också skilja sig hur underlaget för diagnosen tas fram inom samma klinik. Syftet med denna studie är att undersöka om föräldrar till barn med neuropsykiatriska diagnoser upplever att diagnoskriterier uppfyllts när deras barn utretts.

Hypotes

Föräldrar till diagnostiserade barn anser att barn får neuropsykiatriska diagnoser utifrån underlag som uppfyller fastställda diagnoskriterier.

Metod

En kartläggning av själva problemområdet gjordes för att få reda på vem som är ansvarig i olika kommuner för diagnostisering av barn i Sverige. Detta genomfördes genom en mailundersökning, där ett brev mailades till alla Sveriges Kommuner (antal 291 stycken). Mail listan kom från Sveriges kommuner och landsting. Mailen vidarebefodrades av de olika kommunerna främst till barn och ungdomsförvaltningar, som i sin tur vidarebefodrade bla till socialförvaltning, sarskolechef, skolskoterskor och resursteam. Det kom svar från 123 kommuner varav 39 muntliga, via telefonkontakt. Samtliga svar angav landstingen i någon form som ansvarig för diagnostisering av barn. Detta ansvar kan fördelas på skilda sätt. Ett exempel på hur det kan gå till när en diagnos misstänks är att ett beteende uppmärksammas av personal i skolan, kommunalt resursteam kontaktas som i sin tur är kopplade till landstinget. Detta kan leda till en neuropsykiatrisk utredning vilken genomförs av barn och ungdomspsykiatrin. Det finns ofta en samverkan i olika former mellan kommunen och barn och ungdomspsykiatrin. Inom vissa kommuner finns ett resurscentrum där personal från både kommun och landsting ingår. Vissa landsting har speciella neuropsykiatriska team som utreder om det finns en diagnos. Ytterligare ett alternativ är att landstingen köper in utredningar av olika konsultföretag. Kartläggningen visade att diagnostisering av barn till största delen är landstingens ansvar och inte kommunernas.

Vidare gjordes en förberedande studie med en enkät och två intervjuer. Därefter huvudstudien som består av en enkät.

Förberedande studie

Före huvudstudien genomfördes en förberedande enkät. Kartläggningen av problemområdet visade att landstingen (barn och ungdomspsykiatrin) var ansvariga för diagnostisering av barn. Enkäten gick ut till ansvariga för diagnostisering, där det frågades om de ansvariga själva ansåg att underlag för uppfyllande av diagnoskriterierna uppnåts. Antalet barn med olika diagnoser efterfrågades också, eftersom socialstyrelsen (som är den myndighet vilken har uppföljningsansvar) inte har någon statistik för hur många barn som har en viss diagnos inom öppenvården, psykiatrin. De två förberedande intervjuerna gjordes dels för att få en bild av hur föräldrar anser att diagnostiseringen gick till och dels en beskrivning av hur det kan vara att arbeta med barn som har en neuropsykiatrisk diagnos.

Enkät

Undersökningen av problemområdet visade att utredning av eventuell neuropsykiatrisk diagnos hos barn handhas av landstingen. Denna enkät gick ut till barn och ungdomspsykiatriska mottagningar.

Deltagare

Deltog i studien gjorde 16 av 89 stycken tillfrågade Barn och ungdomspsykiatriska (BUP) mottagningar i Sverige. Betydligt fler ringde eller mailade och diskuterade runt studien. Svaren som inkom var från personal på BUP. Enkäten distribuerades geografisk över hela Sverige. Det är dock inte samtliga barn och ungdomspsykiatriska mottagningar i Sverige, utan att ett urval där frekvensen är högre i de större landstingen och lägre i de mindre. I Sverige finns 194 enhetschefer inom barn och ungdomspsykiatrin. Det betydde dock inte att det fanns en enhetschef per klinik

utan organisation av kliniker såg olika ut. Urvalet sammanställdes genom en länk via Stockholms läns landsting, barn och ungdomspsykiatri, till BUP mottagningar i hela landet. Det var inte alltid mail adresser angivna utan till största delen ringde jag runt till kliniker och bad om adresser.

Material

Innehållet i enkäten som skickades ut var enligt följande: Först tillfrågades de barn och ungdomspsykiatriska mottagningarna om antalet barn registrerade med de olika diagnoserna, Adhd, Asperger, A-typisk autism, Autistiskt syndrom och Damp/adhd med motoriska problem. Under samtliga diagnoser ställdes påstående (diagnoskriterier DSM/1V) där respondenterna kunde svara ja eller nej. Var diagnoskriterierna fastställda i mer än en miljö? Kan underlag för diagnostisering bekräftas under minst 6 månader? Utesluts andra problem som kan ge upphov till beteendet? Var det en läkare eller psykolog som ställt diagnosen? Under diagnosen Damp/ Adhd med motoriska problem var ett ytterligare påstående att ta ställning till: Har en läkare eller sjukgymnast gjort motorisk bedömning?

Brevet där jag introducerar enkäten var som följer:

Hej

Mitt namn är Eva-Lotta Hellqvist. Jag skriver en c-uppsats i psykologi på Blekinge Tekniska Högskola.

Jag undersöker om utredningsunderlaget för eventuell diagnos av barn beträffande adhd, damp/adhd med motoriska problem, aspberger och autism skiljer sig åt mellan olika delar av landet.

Enkäten behandlas anonymt. Till största delen är den uppbyggd av ja/nej påstående. Om det är så att i vissa fall är svaret nej så kryssa i nej.

Jag ber Er fylla i bifogad enkät

Med vänlig hälsning

Eva-Lotta Hellqvist

Procedur

Enkäten mailades ut till landstingens barn och ungdomspsykiatriska mottagningar. Enkäten var elektronisk, genom LUVIT-e-val 4.0.

Resultat

Då frågan om antalet barn med olika neuropsykiatriska diagnoser besvarades av två enheter så var resultatet irrelevant. Respondenterna har inte angivet svar på samtliga diagnoser. Skälet till detta kan vara att de inte arbetar med alla diagnoser.

Resultatet indikerar att underlag för uppfyllande av diagnostisering skiljer sig åt både mellan olika diagnoser och uppfyllande av underlag för diagnoskriterier (tabell 1). Chi-square analysen visade på ett icke slumpmässigt för faktorn miljö; ADHD ($\chi^2(1) = 9.00$, $p = .003$), Asperger ($\chi^2(1) = 6.25$, $p = .012$), AS ($\chi^2(1) = 6.25$, $p = .012$), samt för sex månader; ADHD ($\chi^2(1) = 6.25$, $p = .012$), Asperger ($\chi^2(1) = 4.00$, $p = .046$), AS ($\chi^2(1) = 4.00$, $p = .046$), och andra problem ADHD; ($\chi^2(1) = 9.00$, $p = .003$), Asperger ($\chi^2(1) = 6.25$, $p = .012$), AS ($\chi^2(1) = 6.25$, $p = .012$).

De sexton svaren fördelade sig enligt följande:

Tabell 1. Svansfrekvens över diagnostyper och uppfyllande av underlag för diagnostisering

	ADHD	Asperger	A-typisk Autism	Autistiskt syndrom	ADHD – motorik
Olika miljöer	14	13	9	13	7
6 månader	13	12	8	12	6
Andra problem	14	13	9	13	7
Läkare/psykolog	13	12	9	13	8

Första förberedande intervju

Intervjun beskriver hur föräldrar upplever att det kan gå till när ett barn får en diagnos. Dessa föräldrar har två olika erfarenheter av diagnostisering. I det ena fallet är det en skolpsykolog som gjort utredningen och i det andra en barn och ungdomspsykiatrisk mottagning. Syftet med att presentera intervjuer i en förstudie är att synliggöra föräldrar och ge en mer levande bild, att helt enkelt presentera människor bakom enkäten i huvudstudien.

Deltagare

Tidigare har jag beskrivet fallet från min c-uppsats i sociologi, jag valde att fråga dem ifall de kunde tänka sig att ställa upp på ännu en intervju. Så det här är föräldrar som jag tidigare haft kontakt med angående deras barns problematik i skolan. Urvalet är ett bekvämlighetsurval. Deltog i intervjun gjorde en av föräldrarna (möjligt antal i denna grupp två).

Material

Intervjuerna innehöll följande frågor vilka utgår från uppfyllande av diagnoskriterier enligt (DSM/IV): Var diagnoskriterierna fastställda i mer än en miljö? Kan underlag för diagnostisering bekräftas under minst 6 månader? Uteslöts andra problem som kan ge upphov till beteendet? Var det en psykolog, psykiatriker, barnläkare, annan läkare eller någon annan som diagnostiserade?

Procedur

Strukturerad intervju med förälder enligt manual beträffande två diagnostiska utredningar hos olika utredare. Intervjuerna transkriberades och essensen i svaren återges efter den intervjuade granskat sammanställningen. Vidare bearbetning av intervjuerna gjordes ej då jag anser att det är viktigt att framställa svaren i största möjliga mån som de uttalats. Jag genomförde också en deltagande observation vid presentation av diagnos nummer två på en Barn och ungdomspsykiatrisk klinik.

Resultat

Resultatet indikerar att underlag för diagnostisering ej uppfyllts. Det visar också att tester som barnet ej ville genomföra tas som en bekräftelse för diagnos.

Diagnos nummer ett

Uppkomsten till denna diagnos var att det varit problem i skolan under två månaders tid. Rektorn på skolan ville anmäla familjen till socialtjänsten. Det hade också förekommit försök till att övertala föräldrarna att byta skola. Föräldrarna upplevde att det inte hade något annat val än att gå med på utredningen. Skolpsykologen hävdade att det var för barnets skull och att det rådde sekretess.

Diagnoskriterier fastställda i mer än en miljö

Nej, skolan och föräldrarna lämnade varsin beskrivning av barnets beteende som var så icke överensstämmande så psykologen sa att det var oanvändbar information.

Underlag för diagnostisering kunde bekräftas under minst 6 månader

Problemen i skolan uppstod i september. Detta innebar att de varat i två månader och att under föregående termin hade det fungerat bra.

Andra problem uteslöts som kan ge upphov till beteendet

Psykologen hävdade att han gjort det genom självskattningstest, som visade att barnet hade mycket dåligt självförtroende. Det tolkade psykologen som en konsekvens av att ha Asperger i en vanlig skola. Svårt att förstå hur det uteslöt andra problem som kan ge upphov till beteendet. Jag ifrågasatte det eftersom han varit utsatt för mobbing från lärare, trakasserier, understimulering och utslängd från sin förra skola. Vid något tillfälle sa psykologen att det kunde orsakat beteendet men han var så övertygad om att han hade Asperger så allt understödde bara diagnosen.

Diagnostiserades av en psykolog, psykiatriker, barnläkare, annan läkare

Det var en psykolog som ställde diagnosen.

Skolan använde diagnosen för att hävda att barnet skulle gå på en speciell skola. De stängde av honom från skolan men han fick sin plats tillbaka efter ett antal månader. Föräldrarna beslöt att vända sig till en barn och ungdomspsykiatrisk mottagning för att begära en ny utredning, en sk second opinion. Skälet till det var att skolan inte skulle kunnat använda diagnosen för att omplacera honom vid ett senare tillfälle.

Diagnos nummer två

Denna genomfördes genom en strukturerad intervju samt deltagande observation- närvarande vid diskussion om diagnos vid barn och ungdomspsykiatrins (bup) möte.

Diagnoskriterier fastställda i mer än en miljö

Ja, kuratorn och psykologen träffade oss, coachen i skolan och en kompis föräldrar. Däremot var de inte i skolan eftersom vi inte ville ha skolan inblandad.

Underlag för diagnostisering kunde bekräftas under minst 6 månader

Då hänvisade dem till den andra diagnosen som var ställd. Annars skulle ju inte denna utredning uppkomma.

Andra problem uteslöts som kan ge upphov till beteendet

Det kan man ju inte säga eftersom det inte finns något beteende att ta ställning till. Jag menar allt fungerar ju bra nu.

Diagnostiserades av en psykolog, psykiatriker, barnläkare, annan läkare

Det var både psykolog, kurator och överläkare. Men läkare som ansvarade för diagnosen.

För övrigt så grundar dem den här diagnosen på ett test som han inte ville göra enligt dem. Men psykologen sa ju att du inte behöver göra det om du inte vill. Sen var det ett ADL test där han skulle låsas borsta tänderna och tvätta händerna, det ville han faktiskt inte göra inför tre vuxna som iakttog. I ett annat test som han inte klarade var det meningen han skulle göra rollspel och leka med actiongubbar och då sa jag; Du kan väl ändå inte begära att en elvaåring ska leka med actiongubbar med dig.

Andra förberedande intervju

För att en diagnos ska ha relevans behöver beteendet ha en påverkan på individens liv. Skolan är en miljö där det ställs krav på att barn ska ha ett fungerande beteende. Många gånger är det i skolmiljön som avvikande beteende hos barn uppmärksammas.

Deltagare

Två lärare som har lång arbetslivserfarenhet inom skolan. Det är inget slumpmässigt urval utan ett bekvämlighetsurval där jag frågade två lärare om de kunde tänka sig att ställa upp.

Material & Procedur

Intervjun är ostrukturerad med en checklista för att få beskrivet det jag ville ha med. Intervjuerna transkriberades och essensen i svaren återges efter de intervjuade granskat sammanställningen. Vidare bearbetning av intervjuerna gjordes ej då jag anser att det är viktigt att framställa svaren i största möjliga mån som de uttalats. Det är helt enkelt ett samtal där det beskrivs hur det är att jobba med barn som har neuropsykiatriska diagnoser.

Resultat

Lärarna beskrev att de hade erfarenhet av olika typer av diagnoser hos barn som Add, Adhd, allt inom autismspektret från högfungerande till särskolenivå. De uppgav att det fanns barn som säkert skulle haft en diagnos men att det inte funnits på pappret.

Vikten av diagnos

Det är inte viktigt att ha diagnosen på papper. Det spelar egentligen ingen roll i vardagen. En diagnos kan vara till en hjälp för att få reda på elevens svaga och starka sidor. När en elev har svårt för något kanske man kan undvika den formen av uppgifter. Få kunskap om vad det är som behöver förstärkas i undervisningssituationen. När en elev kommer till oss kan det vara bra att ha kunskapen att det här barnet behöver lite av det här men alla elever är individer. Det finns inte två barn med exempelvis Adhd som är likadana. Det ser inte likadant ut. Även om det finns drag som är liknande. Det handlar om att lära känna individen. En diagnos kan ta bort skulden från barnet och många gånger från föräldrarna. Det är så här det är och det går inte att göra något åt det. Det behövs hitta strategier för att klara vardagen. Lära sig leva med sig själv.

Skolor hävdar att de inte har resurser till den här typen av barn

Den individuella tiden är begränsad. Och visst finns det en känsla av att jag inte räcker till. Men det här med personliga assistenter är inte speciellt utvecklande, att ha någon bredvid sig hela tiden som bereder en väg för en. Det lär man sig inte så mycket av. Det skulle finnas en extra personal i lådan som kunde plockas fram vid behov. Om det är små grupper och det delas klassrum med en kollega som har samma förhållningssätt och syn på barn kan det var positivt. Att inte behöva avbryta när man står med en elev som behöver göra något färdigt. Ett annat problem är att skolans öppna miljö ej är optimal, för mycket stimuli kan vara väldigt stressande för de som inte kan avskärma sig. Olika barn behöver olika mycket avskärmning. Så man får lära känna ett barn ett tag, vänta och se vad behoven är. De här barnen behöver tydlighet och struktur. Vi går igenom varje dag och förbereder när det är utflykter och överraskningar. Vi använder också ett tydligt språk. Men de här sakerna är något som de andra barnen också har nytta av.

Barn med diagnoser, en del av vardagen

Absolut. De barnen som inte har denna typ av problematik lär de andra hur man kan göra i olika situationer. Som lärare kan du säga: men nu ser du hur Kalle gör, det var väl en bra ide. Så ett par barn med diagnoser är inget problem när man har den andra gruppen som dragarbarn. De drar gruppen framåt. Ibland kan det vara besvärligt att ha ett barn med Asperger och ett med Adhd i samma klassrum för det är så olika specialiteter. Den med Asperger är lite fyrkantig och klarar inte barnet med Adhd som blir superstirrig för att det inte händer något. Det är inte alltid så men det kan vara så och då gäller det att hitta en lösning.

Alla barn är en tillgång

Alla barn kan tillföra något i ett klassrum, just dessa barn upplever lärarna som väldigt kreativa: Alla de här barnen är kreativa på olika sätt. Det är också viktigt att lära sig umgås med olika sorters människor. Då lär man sig förståelse och tålmod. Ibland när elever träffar på någon kan de fråga är han som ett barn de träffat innan? Då svarar vi ja det är han. Då använder dem den kunskapen de skaffat sig förut.

Samverkan med barn och ungdomspsykiatri

Bara positivt. De tycker att vi är duktiga och gör det man ska göra. Ibland kan vi ringa och säga att det här barnet förstår vi oss inte riktigt på. Då svarar dem: O så spännande, då kommer vi. Det kan också vara en bekräftelse på att vi gör rätt även om det inte alltid känns som det går framåt.

Samverkan med föräldrar

Det är nödvändigt. Är situationen en katastrof i skolan blir det en katastrof hemma och tvärtom. Vi har föräldrar som ringer och berättar om det varit konflikter eller något har hänt. Då kan vi ta det lugnt och försöka få barnet att jobba med något som är roligt. Man får gå försiktigt fram med föräldrar för att inte klampa i klaveret. Alla föräldrar älskar sina barn. De vill att livet ska gå på räls för dem och när det inte gör det så är det en sorg. Ibland behöver vi mera fakta om ett barn för att kunna göra ett bättre jobb. Vid en utredning visar det var barnet har sina svaga och starka sidor. Då går vi försiktigt fram med föräldrarna och föreslår att man ska titta på exempelvis talet och om de inte hittar något där kanske det blir en neuropsykiatrisk utredning. Men det är viktigt att föräldrarna har ett förtroende för oss att vi kan skapa en relation.

Avslutningsvis

Vi har haft elever här som kommit i olika årskurser som tror att de inte kan något. De ser sig själva som misslyckade. Vi säger till våra elever att livet är inte rättvist, det kan vara så att du får jobba jättemycket för det här men ändå inte lyckas. Vi behandlar alla olika därför att elever inte är lika. Då kan det bli mer rättvist. De här eleverna kan göra en vansinnig men man får så mycket tillbaka. De är inte lagom.

”Vi tycker om våra elever- alla”

Sammanfattning resultat förberedande studie

Svarsfrekvensen på enkäten var låg. Den visar dock att neuropsykiatriska diagnoser ej har underlag som uppfyller fastställda diagnoskriterier. Det kan konstateras att barn och ungdomspsykiatriska enheter uppger att det inte är fallet. Resultatet från intervjun visar att föräldrarna inte upplevde att diagnoskriterierna uppfylldes. Förstudien visar att efterföljande av diagnoskriterier skiljer sig åt i Sverige.

Huvudstudie

Deltagare

Deltagarna i undersökningen är föräldrar till barn med neuropsykiatriska diagnoser. Samtliga är medlemmar i föreningen Attention (en intresseförening för människor med neuropsykiatriska funktionshinder och deras anhöriga) och det är en förälder ur varje lokal förening inom Attention. Ålder på barn och vilken diagnos barnet har varierar. De flesta är kontaktpersoner från samtliga distrikt, i ett fåtal fall blev jag av kontaktpersoner hänvisad till någon annan som kunde besvara frågorna. De flesta deltagarna är kvinnor. Antalet lokala föreningar som är angivna på kontaktlistan var 40. Antalet medverkande var 35. Fyra av de som inte är med bad att få frågorna på mail. Det kom aldrig något svar eller någon kontakt igen. En förälder hade ett barn med för undersökningen inte relevant diagnos.

Material

En telefonenkät som innehöll följande:

Först fick respondenterna svara på frågan vilken diagnos deras barn hade; Adhd, Asperger, A-typisk autism, Autistiskt syndrom och Damp/adhd med motoriska problem. Därefter ställdes påstående (diagnoskriterier DSM/IV) där respondenterna kunde svara ja eller nej på om de ansåg att diagnoskriterierna uppfyllts. Var diagnoskriterierna fastställda i mer än en miljö? Kan underlag för diagnostisering bekräftas under minst 6 månader? Uteslöts andra problem som kan ge upphov till beteendet? Var det en psykolog, psykiatriker, barnläkare, annan läkare eller någon annan som diagnostiserade?

Procedur

Först gjorde en kartläggning av etablerade föreningar som kunde tänkas ha föräldrar med barn med diagnos. Jag valde Attention för att den är rikstäckande, har en bra spridning geografiskt och av olika diagnoser, samt högt antal medlemmar. Attention bedriver stödverksamhet för barn och vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder och deras anhöriga. De har utbildningar för både föräldrar och skolpersonal och andra som möter människor med den här typen av funktionshinder. Attention har en viktig opinionsbildande verksamhet där de sprider kunskap och försöker åstadkomma en attitydförändring i samhället. Jag ringde runt enligt lista med kontaktpersoner för olika distrikt från Attentions hemsida.

Resultat

Det var ingen som hade något barn med diagnosen A-typisk Autism. Vissa barn hade fler diagnoser. En del av föräldrarna beskrev att deras barn hade fler diagnoser än de som jag redovisat här. Förekommande diagnoser var tourettes syndrom, selektiv mutism, begåvningshandikapp, trotssyndrom, borderline, dyslexi och dyskalkyl.

Föräldrarna uppgav att deras barn hade följande diagnoser:

Tabell 2. Antalet barn med olika diagnoser.

ADHD	19
ADHD + Asperger	6
Asperger	3
ADHD – motorik	2
ADHD+ Atypisk Autism	2
Autistiskt syndrom	1
Asperger + ADHD motorik	1
ADHD + ADHD motorik	1

Resultatet indikerar att det finns föräldrar som upplevt att underlaget för uppfyllande av diagnoskriterier inte uppfyllts. 25 % menar att beteendet inte blev fastställt i olika miljöer. Nästan 30 % ansåg att utredningen inte hade uteslutit att andra problem kunde orsakat beteendet. Däremot ansåg alla utom en respondent att beteendet hade varat under minst sex månader undersöktes (tabell 3). Chi-square analysen visade på ett icke slumpmässigt för faktorn miljö ($\chi^2(1) = 8.26, p = .004$), samt för 6 månader ($\chi^2(1) = 31.11, p = .000$) och andra problem ($\chi^2(1) = 6.43, p = .011$). Så enligt chi-square analysen förkastas hypotesen. Utifrån resultatet förkastas hypotesen; Föräldrar till diagnostiserade barn anser att alla barn får neuropsykiatriska diagnoser utifrån underlag som uppfyller fastställda diagnoskriterier. Föräldrar upplever att efterföljande av diagnoskriterier skiljer sig åt.

Tabell 3. Svansfrekvens uppfyllande av underlag för diagnostisering

Olika miljöer	26	74.9%
6 månader	34	97 %
Andra problem	25	71.4%
D. Psykolog	7	
D. Psykiatriker	9	
D. Barnläkare	18	
D. Annan läkare	1	
D. Övrig		

D. ansvarig diagnostiserare

Diskussion

Föräldrar till barn med neuropsykiatriska diagnoser anser inte att diagnoskriterier uppfyllts när deras barn utretts. En fjärdedel menar att beteendet inte blev fastställt i olika miljöer och nästan en tredjedel att beteendet kunde ha orsakats av andra problem inte uteslutits.

Reliabiliteten i undersökningen är beträffande urvalet diskutabel. Det är bara från en förening som representerar föräldrar med barn med neuropsykiatriska diagnoser. Svansfrekvensen på telefonenkäten är däremot hög.

Validiteten är frågan om det som undersökningen avsett att undersöka verkligen undersöks. Mäter den här uppsatsen att; föräldrar till diagnostiserade barn anser att barn får neuropsykiatriska diagnoser utifrån underlag som uppfyller fastställda diagnoskriterier? Är det just det som undersökts? Resultatet från huvudstudien visar tydligt att föräldrar uppfattar att diagnoskriterier ej uppfyllts. Det finns också stöd hos socialstyrelsens inventering av barn och ungdomspsykiatri som behandlar hur diagnoser fastställs för att uppsatsen mäter diagnosers pålitlighet. Likaså i den första intervjun, som är en förälders beskrivning om diagnoskriterier var tillgodosedda vid två

diagnosutredningar. Så validiteten i uppsatsen är hög, den har mätt om föräldrar anser att diagnoskriterier uppfyllts .

I förstudien visar en icke-reliabel enkät att barn och ungdomspsykiatriska mottagningar själva angett att underlag för uppfyllande av diagnoskriterier inte uppfyllts. Det är konsekvent lägre frekvens på att beteendet varat under minst sex månader. Detta kan bero på att de flesta mottagningar har kö och om det finns en remiss så har det funnits ett beteende. Annars skulle helt enkelt inte barn stå i kö till barn och ungdomspsykiatriska mottagningar. Intervjuerna visar att föräldrar till barn med två neuropsykiatriska utredningar genomförda ej ansåg att underlag för uppfyllande av diagnoskriterier uppfyllts.

”Diagnoser ska ha en klinisk innebörd det är meningslöst att ställa en diagnos om inte beteendet inkräktar på något väsentligt i barnets liv eller omgivningen. Ett diagnossystem behöver ha en inre logik så att inte diagnoser grundar sig på olika saker.”

Sunna beskriver att vi kategoriserar människor med risken att normalitetsbegreppet krymper. Två verksamma psykoterapeuter inom BUP anser att allt fler psykiatriska tillstånd förklaras med neuropsykiatriska funktionshinder och att mer komplexa orsaksfaktorer trängs bort. Attentions ordförande hävdar att neuropsykiatriska funktionshinder inte utesluter att det kan finnas andra problem. Socialstyrelsens intervention av barn och ungdomspsykiatriens verksamhet menar att diagnostiken inom BUP använder för lite strukturerade intervjuer och att detta gör diagnostiken mindre reliabel. Inventeringen ger intrycket att både inom och mellan kliniker använder flera olika instrument vid samma tillstånd.

Under samtalen med föräldrar från Attention framkom att skolans bemötande och kunskaper om barn med problematik är avgörande för hur bra barnet mår. Flera föräldrar beskrev att det var en kamp att få hjälp till barnet i skolan. En del hade bott på olika ställen och kunde därför se skillnaden mellan en fungerande skolgång och en icke fungerande.

På en barn och ungdomspsykiatrisk mottagning föregick ett samtal angående ett barns diagnos. Under mötet närvarade föräldrarna, en överläkare, en psykolog och jag. Mamman till barnet ifrågasatte och ville få beskrivet hur de tänkte när de kom fram till diagnosen. Hon frågade om diagnoskriterier och hur de hade uppfyllts. Psykologen beskrev testerna och att barnet inte hade behövt göra vissa för att han verkade tycka det var för svårt. Testresultaten gick igenom och screeningformulär som föräldrarna själva fyllt i presenterades. Mamman var frustrerad över att barnets diagnos inte var relevant. Att ingen lyssnade på hennes beskrivning av barnet och vad hon hade att säga. Att hon inte någonstans kunde få fakta kring hur diagnoskriterier skulle uppfyllas. Att hennes barn varit en bricka i skolans spel. Psykologen beskrev och argumenterade för testerna och resultaten. Att det är så här man gör. Det är så det går till.

Många inom detta område far illa. Det är barn som kanske inte klarar skolan, har svårt att fungera med sociala relationer. Det är föräldrar till barn som i vissa fall får kämpa för att få en diagnos, få bort en diagnos eller få hjälp. I samtalen med föräldrar och även under observationen hos BUP slogs jag av hur mycket skolans bemötande betyder. En skola är till för alla elever och det handlar om att hitta en lösning när problem uppstår. Men ofta vill ingen ta på sig ansvaret. Det är inte skolans ansvar att det inte fungerar för eleven, det är något fel. Det är inte BUPs ansvar att skolan inte vill ta ansvaret. Där står föräldrarna och vet inte vilket ben de ska stå på.

Det är uppenbarligen så att generaliserbarhet av diagnostisering hos barn och ungdomspsykiatri i dagsläget är svårt att uppnå. Däremot kan vi förbättra kommunikation mellan skola, föräldrar och barn och ungdomspsykiatri.

Det finns studier som skulle kunna göras för att förbättra kommunikation mellan skola, föräldrar och bup. Exempelvis, en kartläggning av hur föräldrar upplever kommunikation med skola och en vidare kartläggning av hur föräldrar upplever kommunikation med bup. Det skulle kunna genomföras en jämförelse mellan föräldrar till barn med neuropsykiatriska diagnoser och barn utan diagnos och upplevelse av kommunikation med skola. En möjlig studie är också att en grupp föräldrar får stöd att utveckla kommunikation med skolan och en annan inte. En annan studie kan tänkas där föräldrar och skola får stöd att förbättra kommunikation med bup och en jämförande grupp inte. Ett annat förslag är inventering av ett antal skolor och en jämförelse av hur kommunikationen fungerar genom analys av åtgärdsprogram och överenskommelse mellan föräldrar och skola. Åtgärder som vidtas emot föräldrars önskemål borde indikera brister i kommunikation. En möjlighet är en beskrivande och kartläggande studie av hur barn och ungdomspsykiatri upplever kommunikation med skolan. Slutligen skulle en kartläggning av hur väl skolor integrerar barn med neuropsykiatriska diagnoser, samt hur utarbetat stödet är (inom detta område finns en del forskning gjord) kunna genomföras.

Referenser

Bauermeister, J.J, Shrout, P.E, Chávez, L, Rubio-Stipec, M, Ramirez, R, Padilla, L, Andersson, A, Garcia, P, Canino, G.(2007). ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:8, pp 831-839.

Cederblad, M.(2001). *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm:Liber.

Edbom, T. (2009). *Self-esteem, sense of coherence and attention deficit hyperactivity disorder: A longitudinal study from childhood to adulthood*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet. Stockholm.

Engström, I.(2009).Om normalitet i psykiatriska sammanhang. http://www.svenskpsykiatri.se/document/s/2009/SP4_2009.pdf *Tidskriften för svensk psykiatri nr 4:39- 40*.

Frith, Utah. (1998). *Autism och aspergers syndrom*. Stockholm. Liber.

Frydman,D.(2009).Klockrikevägen in i vår tid. [http:// www .svenskpsykiatri. se/documents/2009/SP4_2009.pdf](http://www.svenskpsykiatri.se/documents/2009/SP4_2009.pdf) *Tidskriften för svensk psykiatri nr 4:21-22*.

Gillberg, C. ,& Hellgren, L. (2000). *Barn- och ungdoms-psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gillberg, C. (1996): *Ett barn i varje klass. Om DAMP MBD ADHD*. Stockholm: Cura

Gunnarsson, B, Westlund, A (2009). Oroande tendenser inom bup. *I psykologförbundet debatt* http://www.psykologforbundet.se/Psykologtidningen/Debatt/Oroande%20tendenser%20inom%20BUP%20av%20Bo%20Gunnarsson%20och%20Anders%20Wesslund_091113.pdf www.psykologforbundet.se

Hellqvist, E-L. (2009). *När elev och vårdnadshavare blir-de andra*. C-uppsats, sociologi. Blekinge Tekniska Högskola. Karlskrona.

Persson, S. R. (2009). *Särbegåvning*. <http://www.hlk.hj.se/doc/3553>. Linköping universitet. Hemsida.

Sandberg, A-C. (2009). Ensidig och missvisande kritik av adhd-vården. I *psykologförbundet debatt*.<http://www.psykologforbundet.se/Psykologtidningen/Debatt/Svar%20av%20Anki%20Sandberg%20Ensidig%20och%20missvisande%20kritik%20av%20adhd-varden%20091215.pdf>

Shtayermman, O. (2009). An exploratory Study of the Stigma Associated With a Diagnosis of Asperger`s Syndrome: The Mental Health Impact on the Adolescents and Young Adults Diagnosed With a Disability With a Social Nature. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 19:298-313.

Socialstyrelsen. (2002). *ADHD hos barn och vuxna*. Stockholm: Modin- Tryck.

Socialstyrelsen. (2009). *Barn och ungdomspsykiatrins metoder- en nationell inventering*. Stockholm:Strömberg.

Socialstyrelsen.(2009).*Diagnoskoder*. www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder

Sunna, G.(2009). Vår kärlek att kategorisera. *Psykologtidningen nr 14:24*.

Tiger, M.(2009).Vem får vara normal? http://www.svenskpsykiatri.se/documents/2009/SP4_2009.pdf.
Tidskriften för svensk psykiatri nr 4:13.