



Ungdomar med ADHD – välmående, relationer och missbruk

Adolescent with ADHD – wellbeing, relationships and substance abuse

Charlotte Agergård Kareliusson

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskaper

Folkhälsovetenskap

Examensarbete i Folkhälsovetenskap, 15hp

Handledare: Maria Unenge Hallerbäck

Examinator: Carl-Gustaf Bornehag

Datum: 2017-12-12

Sammanfattning

Diagnosen Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) är en av de vanligaste diagnoserna inom sitt område. ADHD är en riskfaktor för flera folkhälsoproblem såsom missbruk, kriminalitet och psykisk ohälsa, varför diagnosen bör mötas av tidiga, hälsofrämjande och preventiva insatser samt stöttning till både individen och individens närstående.

Det övergripande syftet för den föreliggande studien är att undersöka mående, relationer och missbruk (rökning, alkohol och narkotikabruk) hos ungdomar med diagnosen ADHD med ungdomar utan ADHD som referensgrupp.

Data för 4112 stycken ungdomar som, läsåret 2015/2016, gick i årskurs 7 eller årskurs 1 på gymnasiet erhöles ur Elevhälsodatabasen (ELSA) i Värmland, Sverige. Samtlig data baserades på den enkät som, av ungdomen, ifylls i samband med obligatorisk hälsoundersökning. Data innehöll information om diagnos, mående, relationer samt missbruk och analyserades genom deskriptiv statistik och logistisk regression. Av samtliga hade 269 personer diagnosen ADHD.

Resultatet visade att ungdomarna med ADHD hade generellt sämre mående (aOR = 6,7), sämre relationer (aOR = 4,94) samt att de i högre utsträckning nyttjade tobak (aOR = 3,49), narkotika (aOR = 10,66) och alkohol (aOR = 1,35).

Den föreliggande studiens resultat var i linje med tidigare utländska studier och visade att ungdomar med ADHD är en riskgrupp för flera av de stora folkhälsoproblemen. Resultatet visar vikten av tidiga insatser för målgruppen för att främja hälsa samt förebygga ohälsa och riskbeteende senare i livet.

Nyckelord: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Elevhälsovård, Relationer, Mående, Missbruk

Abstract

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common diagnosis in its area. ADHD is a risk factor for several public health problems such as substance abuse, crime and mental illness and that's why the diagnosis should be met with early, health promoting, preventing and supportive interventions to both the individual and his/her relatives.

The over all aim of the present study is to examine well-being, relationships and substance abuse among adolescent with the diagnosis ADHD with adolescent without ADHD as reference.

Data of total 4112 adolescent who, in the school year 2015/2016, were attending 7th grade or 1st grade in high school were obtained d from the Pupil Health Database in the county of Värmland, Sweden. Data included information about diagnosis, well-being, relationships and substance abuse and data were based on the questionnaire, filled out by the adolescent in connection with the mandatory health examinations. Data were analyzed by descriptive statistics and logistic regression and of all the adolescent 269 had the diagnosis ADHD.

The adolescent with ADHD generally had lower well-being (aOR = 6,7), poorer relationships (aOR = 4,94) and they used more tobacco (aOR = 3,49), narcotics (aOR = 10,66) and alcohol (aOR = 1,35).

The result of the present study confirmed earlier studies done in other countries and showed that adolescent with ADHD is a risk group for several major public health problems. The result shows the importance of early interventions for the target group to promote health and to prevent illness and risky behavior later in life.

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Pupil health database, well-being, substance abuse, Relationships

Tack till...

Jag vill tacka min handledare Maria Unenge Hallerbäck och Lisbet Engh Kraft för hjälp med data.

Dessutom vill jag även rikta ett stort tack till Louise Persson
och framförallt ett jättetack till Carolina Jernbro för all hjälp och stöttning



Den här uppsatsen är till min Mormor Eivor Engström

&

till minne av min Morfar Karl Engström

Innehåll

1. Introduktion.....	1
1.1 Bakgrund	2
1.1.1 Hemmet som arena	2
1.1.2 Skolan som arena.....	4
1.1.3 Missgynnande arenor och relationer som kan leda till missbruk.....	6
1.2 Problemformulering	6
2. Syfte	7
2.1 Frågeställningar	7
3. Centrala begrepp	7
3.1 Attention-deficit/Hyperactivity-Disorder (ADHD)	7
3.2 Mående	7
3.3 Positiva och goda relationer	8
3.4 Missbruk	8
4. Teoretisk referensram	8
4.1 Det utvecklingsekologiska perspektivet	8
4.1.1 Mikronivå.....	9
4.1.2 Mesonivå	9
4.1.3 Exonivå.....	9
4.1.4 Makronivå.....	9
4.2 Det salutogena perspektivet	9
4.2.1 KASAMs tre delar.....	10
4.2.2 Generell motståndskraft (GMR)	11
4.2.3 Copingstrategier	11
4.2.4 Empowerment	11
5. Metod	12
5.2 Datamaterial	12
5.2.1 5 till 15 (Fem till femton-formuläret)	12
5.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	13
5.2.3 Övriga frågor i ELSA-enkäten	13
5.3 Urval.....	13

5.4 Variabler	13
5.5 Analysmetod.....	14
5.6 Reliabilitet och validitet.....	14
5.7 Etiska överväganden.....	14
6. Resultat.....	15
7. Diskussion	17
7.1 Ungdomar med ADHD mår sämre än ungdomar som inte har ADHD	17
7.2 Bristande relationer både i hemmet och skolan för ungdomar med ADHD	18
7.3 Missbruk vanligare bland ungdomar med ADHD	20
7.4 Förebygga negativa konsekvenser och främja en god hälsa för barn med ADHD	21
7.5 Metoddiskussion	23
7.6 Konklusion	23
7.7 Framtida forskning.....	24
8. Referenser	25

1. Introduktion

ADHD är en diagnos med globalt hög prevalens och år 2013 beräknades prevalensen i världen vara 5,5 % för barn mellan 5 och 17 år, detta är emellertid en beräkning som kan anses vara starkt begränsad och mycket tyder på att dess prevalens är avsevärt högre (Erskine et al., 2013). ADHD är en riskfaktor för framtida missbruk, kriminalitet, riskfullt sexuellt beteende samt annat skadligt beteende och psykisk ohälsa (Lambert & Hartsough, 1998). Dessutom är det vanligt att livet för individer med ADHD präglas av allmänt dåligt mående, trasiga relationer och en svår skolgång vilket gör att ADHD är en diagnos som bör tas på största allvar (Andershed & Andershed, 2015). Då ADHD kan utgöra en riskfaktor för flera stora folkhälsoproblem bör det tidigt ges hälsofrämjande och förebyggande insatser till målgruppen, detta för att främja individernas styrkor samt för att ge extra stöttning både till individen med ADHD samt till individens omgivning. Studier visar även att individer med ADHD löper tre gånger så hög risk för att orsaka en bilolycka samt att de har dubbelt så stor risk att drabbas av andra olyckor som en konsekvens av deras impulsivitet och kick-sökande. Studier visar inte bara att individer med ADHD är mer belastande för hälso- och sjukvården än genomsnittet utan också att dessa individer är belastande för samhällets andra insatser såsom kriminalvården och socialförvaltningen, vilket i slutändan blir kostsamt på samtliga samhällsnivåer.

Det beräknas att det finns minst två till tre elever i varje klass i den svenska grundskolan och gymnasiet som har diagnosen vilket motsvarar 5 – 10 % och Socialstyrelsen (2015) beskriver diagnosens prevalens som ständigt ökande. ADHD är en neuropsykiatrisk beteendediagnos som karakteriseras av signifikant högre nivå av ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet jämfört med normalindividen i samma ålder (Socialstyrelsen, 2015; American Psychiatric Association, 2013). Symtomen för ADHD påverkar dessutom inte bara den drabbade utan påverkar även personer i dennes närhet samt personer i dennes yttre omgivning såsom klass- och arbetskamrater.

Socialstyrelsen (2015) beskriver dagens samhälle som mycket missgynnande för ungdomar (och individer i stort) med ADHD, vilket innebär att ADHD är en funktionsnedsättning men som i relation till den miljö som dagens samhälle utgör blir ett funktionshinder.

Vidare beskriver FNs barnkonvention (2009) tydligt att barn och ungdomar har rätt till att må bra och vara trygga, rätt till utbildning, rätt att vara den de är och att alla barn och ungdomar är lika mycket värda, varför det kan ifrågasättas varför Sverige idag har ett samhälle som Socialstyrelsen (2015) beskriver som missgynnande för en så pass stor andel av innevånarna.

1.1 Bakgrund

ADHD är en neuropsykiatrisk beteendediagnos och för att uppfylla kraven för diagnosen skall diagnosen påverka minst sex områden inom området hyperaktivitet-impulsivitet och/eller sex symtom inom området ouppmärksamhet (American Psychiatric Association, 2013). Symtomen skall dessutom vara kontinuerligt återkommande under minst sex månaders tid samt att svårigheterna skall förekomma på flera av de arenor som individen är en del av såsom hemmamiljö, skolmiljö och/eller arbetsmiljö (Socialstyrelsen, 2015; American Psychiatric Association, 2013). Ett handikapp eller funktionsnedsättning kan emellertid beskrivas som att själva handikappet inte ligger på individnivå utan uppstår när individen och samhället möts på arenor som är ojämlika. Samma synsätt återfinns i International Classification of Function, Disability and Health – Children and Youth (ICE-CY) (WHO, 2007). ICF-CY beskriver även vikten av en fungerande vardag samt utvecklad delaktighet som två komponenter för individens hälsa.

ADHD är den mest förekommande neuropsykiatriska diagnosen men trots detta är den fortfarande svårdiagnosticerad vilket beskrivs beror på att det är en diagnos som enbart kan diagnosticeras genom olika former av beteendetest och rapportering från till exempel föräldrar och lärare. Det finns idag inget annat reliabelt sätt att utreda en individ för ADHD. Ytterligare försvårande är det faktum att diagnosen ofta förekommer i kombination med annan förekommande diagnos såsom autism. Nyare studier visar dock att det finns både en genetisk orsak till ADHD och en påverkande miljöfaktor (Rowland, Lesesne & Abramowitz, 2002) vilket torde öppna upp för alternativa diagnosmetoder i framtiden.

1.1.1 Hemmet som arena

Trots att det kan tyckas att hemmet skall vara varje individs trygghet och borg visar studier att ungdomar med ADHD vanligen inte är av den uppfattningen. Jämfört med ungdomar utan diagnosen lever ungdomar med ADHD i större utsträckning i splittrade familjer där både föräldrabråk är frekvent förekommande (Blantz, Schmidt & Esser, 1991; Rutter, Cox, Tupling, Berger & Yule, 1975). Dessutom visar studier att *parental alienation* (PA) är vanligt förekommande i dessa familjer. PA definieras som ett beteende som medvetet eller omedvetet leder till störning i relationen till den andre föräldern (Darnell, 1997).

Familjer där barnet har diagnosen ADHD tenderar också att tillhöra en svag socioekonomisk grupp. Att dessa familjer vanligen tillhör en svag socioekonomisk grupp kan ha flera orsaker, dels kan diagnosen ADHD hos ett barn leda till att en eller båda föräldrarna inte kan förvärvsarbeta i lika stor utsträckning vilket gör att inkomsten minskar och studier har visat att om barnet har ADHD är det en förhöjd risk för

att en eller båda föräldrarna också har diagnosen (Kos, 2004). Då ADHD även är en riskfaktor för psykisk ohälsa kan detta medföra att föräldrarna inte kan förvärvsarbeta och ha en god inkomst. Vidare lever barn med ADHD också i stor utsträckning med ensamstående föräldrar vilket också kan drabba familjen ekonomiskt (Blantz, Schmidt & Esser, 1991).

Att ha ett barn med ADHD gör att familjelivet och dess relationer ofta blir ansträngda då mycket av föräldraansvaret handlar om att sätta gränser och begränsa olika beteenden som egentligen är symptom för diagnosen (Mash & Johnson, 1990).

Syskon till barn med ADHD vittnar om att det stundtals är ansträngande och att de upplever både oro och sorg som är relaterad till syskonets diagnos. Dessutom beskriver syskon även att de upplever det som att föräldrarna ofta förväntar sig att de ska passa sitt syskon samt skydda syskonet i utsatta situationer vilket gör att relationen mellan syskonen och ungdomen med ADHD inte blir en naturlig syskonrelation (Kendall, 1999).

Barn med ADHD har ofta ett problematiskt sömnmönster och får ofta inte den nattsömn som de egentligen är i behov av, detta leder i sin tur till att ADHD-symtomen dagtid blir värre och det hela blir till en ond cirkel där inte heller föräldrarna får den återhämtning de behöver (Harpin, 2005).

Som framgår ovan är det många faktorer som påverkar familjerelationerna och ofta leder dessa till att familjen upplever en mycket stor stress. Studier visar att den upplevda stressen är lika stor oavsett om symtomen är utåtagerande eller den inbundenhet som ofta är symptom för flickors ADHD (Fischer, 1990; Podolski & Nigg, 2001). Föräldrarnas stress kan även vara relaterad till den sömnproblematik som beskrivs ovan (Harpin, 2005). Att försöka minska den stress som dessa familjer utsätts för är av yttersta vikt då studier visar att föräldrarnas stress och frustration över situationen ofta tar sig uttryck i både icke-fysisk disciplinering (men som fortfarande i studien räknades som misshandel) samt fysisk och psykisk misshandel av barnet (Ghanizadeh, Yazdanshenas, Nasab, Firoozabadi & Farrashbandi, 2014). För att kunna stävja detta föreslår Socialstyrelsen (2015) att både landstinget och kommunen bör få ett utvidgat ansvar för den här gruppen av individer samt deras familjer samt att ansvaret ska fortgå ända till dess att ungdomen fyller 18 år.

Vidare beskriver Kjellman och Tideman (2010) att risken är stor att barnen, på grund av sina svårigheter att knyta adekvata relationer till sina föräldrar, hamnar i social avskildhet vilket leder till känslan av både direkt och indirekt ensamhet. Studier visar även att framtiden för ungdomar med ADHD oftast upplevs som skrämmande både för ungdomen och föräldrarna, vilket ytterligare adderar till den redan stora stressen. Framtiden beskrivs som extra skrämmande av ungdomar som ibland är delaktiga i olika specialanpassade aktiviteter (Lindqvist & Weidner, 2012) och frågan de ställer sig är; *vad kommer hända när de är för stora för att delta i dessa specialanpassade aktiviteter?*

Trots att flertalet studier visar att hemförhållandena för ungdomar med ADHD ofta inte är tillfredställande kan det ändå antas att de flesta föräldrar är kompetenta i sin föräldraroll. I rapporten *Barns Behov i Centrum (BBIC)* (Socialstyrelsen, 2015) beskrivs föräldrar, tillsammans med skolpersonal, som bäst lämpade för att tidigt upptäcka symtom på ADHD samt som bäst lämpade att kunna avgöra vilka åtgärder som bör vidtas. Därför det är oroande att många föräldrar vittnar om att deras uttryck av oro inför sitt barn inte tas på allvar inom vården och att de uppfattar det svårt att göra sin röst hörd.

1.1.2 Skolan som arena

Som nämnts beräknas prevalensen för ADHD i Sverige vara 5–10 % för barn i grundskolan och på gymnasiet, vilket motsvarar i genomsnitt minst två till tre elever per klass (Socialstyrelsen, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2014) är det två till tre gånger vanligare att pojkar har diagnosen i jämförelse med flickor, dock visar studier att det finns skillnader i hur ADHD uttrycker sig för pojkar och flickor vilket skulle kunna förklara varför prevalensen är högre för pojkar (Biederman, Faraone, Mick, 1999). Flickor med ADHD tenderar att vara mindre impulsiva och ha en lägre nivå av utåtagerande beteende samt att flickor med ADHD är mer kognitivt välfungerande i jämförelse med pojkar med samma diagnos (Biederman, Faraone, Mick, 1999; Sharp, Walter, Marsh, Richie, Hamburger & Castellanos, 1999; Carlson, Tamm & Gaub, 1997). Vidare visar även studier att skolpersonalen är betydligt mer benägna att slå larm till exempelvis skolsköterskan för de symtom som är kopplade till pojkars ADHD vilket också kan förklara varför fler pojkar blir utredda och får diagnosen (Kos, 2004). Ungdomar med ADHD tillhör den kategori som tenderar att misslyckas akademiskt och har vanligen färre vänner i skolan (Richman, Rademacher & Maitland, 2014; Rudsill, Gallagher & White, 2010; Kos, 2004). Ungdomarnas bristande koncentration gör att skolarbetet blir lidande samt att deras bristande impulskontroll skapar konflikter i klassrummet både med vuxna och jämnåriga (Lambek et al., 2011). Vidare är individer med ADHD ofta icke-flexibla i sitt agerande vilket kan medföra svårigheter i klassrumssituationer när oförutsedda händelser uppstår, vilket också kan skapa oreda och irritation som riktas mot ungdomen (Blair & Razza, 2011). ADHD är en diagnos som även präglas av hyperaktivitet, vilket innebär att individens aktivitet kan pendla mycket snabbt mellan hyperaktivitet till oönskad passivitet. Denna snabba förändring av beteendet kan skapa en känsla av att beteendet är viljestyrt vilket studier visat skapar frustration hos många av de lärare som ungdomen möter (Porrino et al., 1983; Barkley, 1997). Individer med ADHD lider vanligen dessutom av psykosomatiska besvär såsom återkommande huvudvärk och trötthet, vilket också kan påverka studieresultatet (Genizi et al., 2013). Enligt Richardson och Puri (2002) blir dessa psykosomatiska symtom ännu värre för de som inte använder någon form av ADHD-medicin.

Trots att studier visar att lärares kunskap är nära sammankopplat med ett gott bemötande av ungdomar med ADHD är kunskapsnivån för dagens lärare anmärkningsvärt låg (Agergård-Kareliusson, 2015;

Sciutto, Terjesen, & Bender-Frank, 2000). Anmärkningsvärt är att de flesta lärarutbildningar i Sverige tagit bort de kurser som tidigare var en del av utbildningen och som just behandlade bemötande av elever med ADHD samt andra neuropsykiatriska diagnoser (Holmberg & Bölte, 2012). Vidare står det även i den läroplan som Skolverket (2011, s. 1 & 2) tagit fram att *"undervisningen skall anpassas till varje elevs förutsättningar och behov"* samt att skolan skall *"främja alla elevers utveckling och lärande"*, detta till trots så tenderar den svenska skolan att mer och mer innefatta aktiviteter som innebär stora utmaningar för elever med ADHD såsom mycket självständigt arbete, eget ansvar och grupparbeten (Skolverket, 2011). Detta strider också mot FNs barnkonvention (2009) som stadgar att alla barn och ungdomar har rätt till utbildning. Vidare är även den bristande lärartätheten som finns i dagens svenska skola missgynnande för ungdomar med ADHD då studier visar att dessa fungerar bäst om de får individuellt anpassat stöd av skolpersonal vilket i dagsläget oftast inte är möjligt (Socialstyrelsen, 2002).

Även i retrospektiv beskriver individer med ADHD sin skolgång som kantad av konflikter, misslyckanden samt utanförskap och dåliga relationer både till klasskamrater och skolpersonal (Lokvancic & El-Ghariri, 2014). Vidare visar studier att en bristande relation till läraren och annan skolpersonal skapar en otrygghet som kan leda till dålig självkänsla, sämre självförtroende och ökad risk för psykisk ohälsa hos eleven (Barkley, 2006). Lokvancic och El-Ghariri (2014) understryker även att eleverna från början hade en positiv inställning till skolan och en förhoppning om att få kompisar och bli omtyckt men att denna föreställning snabbt krossades av oförståelse och okunskap från både skolpersonal och klasskompisar. ADHD är också en riskfaktor för ogiltig skolfrånvaro (Jonsson, 2014).

En stark bidragande faktor för ett gott liv och framtida hälsa är just att klara av skolgången, dock innebär inte detta att skolan måste avslutas med ett gott studieresultat och höga betyg. De relationer som, under rätt förhållanden, kan utvecklas under skoltiden är i sammanhanget en skyddsfaktor (Socialstyrelsen, 2015). Trots de brister som nämnts beskrivs skolan som en skyddande arena för ungdomar med ADHD (Socialstyrelsen, 2015). I rapporten nämns även skolans möjlighet att verka som en relationsskapande brygga mellan eleven och dennes familj som ytterligare en möjlig skyddsfaktor. Förutom att verka skyddande nämns även skolpersonalen som en stor tillgång för att tidigt uppmärksamma dessa barn och medverka till att en utredning sker i ett tidigt skede, vilket också är gynnsamt.

Sammantaget gör ADHD-symtomen att barnen ofta beskrivs ha stora svårigheter när det gäller relationen till klasskamrater och svårigheter i övriga delar som skolgången innefattar (Loe & Feldman, 2007; Lokvancic & El-Ghariri, 2014) och för att främja möjligheten till en god skolgång krävs ett tätt samarbete mellan rektorer, lärare, elevhälsan och familjen. Ett steg i detta är de hälsosamtal som skolsköterskan regelbundet ska ha med eleverna under deras skolgång (Skolverket, 2016).

1.1.3 Missgynnande arenor och relationer som kan leda till missbruk

I ett längre perspektiv så är ADHD en riskfaktor för brottslighet, alkohol- och drogmissbruk och enligt Socialstyrelsen (2015) är detta en risk som avser både individer som tar medicin för sin ADHD och individer som är omedicinerade. Emellertid finns andra studier som beskriver att omedicinerad ADHD ytterligare ökar risken för att utveckla ett drogberoende (Biederman, Wilens, Mick, Spencer & Faraone, 1999). Studier visar även att ungdomar med ADHD i tidig ålder börjar röka och rökning är vanligen en riskfaktor för kommande missbruk (Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones, 1997).

Ungdomar med ADHD hamnar ofta i missgynnsamma kompisgäng vilket i sig är en risk för kommande missbruk. Studier visar att även i dessa missgynnande kompisgäng löper individer med ADHD större risk för att utveckla ett missbruk än andra i samma gäng (Marshall, Molina & Pelham, 2003). Att ungdomar med ADHD oftare hamnar i dessa kompisrelationer beror på deras impulsiva och icke-normativa beteende. Studier visar att många av ungdomarna med ADHD dessutom beskrivs som ”bråkmakare” och dessa grupper tenderar att vara betydligt mer tillåtande när det gäller missbruk än andra mer välfungerande grupperingar (Henker & Whalen, 1999). Ungdomar med ADHD blir emellertid vanligen inte insläppta i välfungerande grupper varför de automatiskt söker sig till dessa icke-fungerande grupper av kompisar (Hinshaw & Melnick, 1995).

1.2 Problemformulering

Ovanstående bakgrund visar vilka stora konsekvenser diagnosen ADHD medför därför bör ADHD mötas som ett folkhälsoproblem, trots att själva diagnosen inte utifrån dagens kunskap går att förebygga går flertalet av dess konsekvenser att förebygga. Genom tidig upptäckt, tidiga insatser som fokuserar på individens styrkor samt tidig stöttning både till individen och nätverk samt ett gott bemötande kan konsekvenser såsom missbruk, kriminalitet och psykisk ohälsa förebyggas och undvikas. Studier visar dock att föräldrars uppfattning om barnets problem inte alltid speglar barnets uppfattning om det egna måendet och den egna situationen varför första steget blir att undersöka hur ungdomar med ADHD egentligen uppfattar sin situation. Att barn och ungdomar själva ska få uttrycka sin åsikt och mening är också något som tydligt framgår av FNs barnkonvention, i konventionen står det också att barn och ungdomar ska få vara med och bestämma i frågor som rör dem själva.

Studier likt den föreliggande studien har gjorts i utlandet emellertid har, utifrån en litteratursökning, har inga stora svenska populationsbaserade studier hittats inom området varför den föreliggande studiens syfte är att undersöka hur ungdomar med ADHD i Sverige uppfattar sin egen situation.

2. Syfte

Det övergripande syftet för den föreliggande studien är att undersöka mående, relationer och missbruk hos ungdomar med diagnosen ADHD.

2.1 Frågeställningar

- Hur mår ungdomar med ADHD i jämförelse med ungdomar i samma ålder som inte har ADHD?
- Hur skattar ungdomar med ADHD sina relationer i jämförelse med ungdomar i samma ålder som inte har ADHD?
- Använder ungdomar med ADHD i större utsträckning, tobak, narkotika och alkohol jämfört med ungdomar i samma ålder som inte har ADHD?

3. Centrala begrepp

3.1 Attention-deficit/Hyperactivity-Disorder (ADHD)

ADHD sammanfattas i DSM-5 som en neuropsykiatrisk diagnos och innebär ett ihållande mönster av ouppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som påverkar individens vardagliga funktion och utveckling. För barn och ungdomar ska minst sex olika symtom inom respektive huvudkategori (ouppmärksamhet och hyperaktivitet-impulsivitet) uppfyllas och fortgå under minst sex månader medan det för ungdomar och vuxna (17 år och äldre) krävs att fem av dessa symtom är uppfyllda inom respektive område. Symtomen ska också stå för sig själv och inte förekomma endast i kombination med till exempel missbruk eller i kombination med psykisk ohälsa såsom schizofreni (APA, 2013).

3.2 Mående

Mående är ett begrepp som beskriver en individs subjektiva uppfattning om sitt eget mående med fokus på psykisk, fysiskt, materiellt, socialt och känslomässigt välmående. Enligt Nationalencyklopedin (2016) är definitionen av välmående *en känsla av att må bra*, vilket skiljer sig från definitionen av välbefinnande som enligt samma ordbok innebär att individen upplever kroppsligt må bra. Enligt Hagberg (2000) är välmående ett begrepp som innefattar positiva relationer, autonomi och möjligheten att kontrollera och hantera sin vardag.

I socialtjänstlagen innebär känslan av välmående att individen har ett värdigt liv som innefattar möjligheten att upprätthålla intressen och vanor samt rättigheten till sin egen personlighet och identitet (prop. 2009/10:116 s.26). Individens livssituation skall vara utformad så att individen upplever välmående vilket enligt socialtjänstlagen syftar till att individen ska ge möjlighet att känna mening och sammanhang i den miljö den befinner sig i, möjlighet att ha en relation till sin familj och nära vänner samt god hälsa och en trygg miljö att vistas i. Enligt ovanstående resonemang kan det uttryckas som att välmående är ett begrepp som har olika innebörd för olika individer men som ändå är sammankopplat

med både KASAM (Antonovsky, 2005), empowerment samt ett socialt nätverk av både familjemedlemmar och vänner.

3.3 Positiva och goda relationer

Inom forskningen är det svårt att hitta en samstämmig definition för vad en god relation är, de definitioner som finns skiljer sig beroende på vilket typ av relation det handlar om. Människan är dock en social varelse och forskningen visar att relationer till andra människor och grupptillhörighet är ett grundläggande psykologiskt och biologiskt behov (Baumeister & Leary, 1995). Vidare menar Baumeister och Leary (1995) att just relationer är den enskilt viktigaste faktorn för både vårt psykiska och mentala mående. Studier visar även att goda och positiva relationer främjar hälsa och enligt Furrer och Skinner (2003) leder goda och positiva relationer till ökad prestationsförmåga, ökad psykisk hälsa medan motsatsen kan leda till både psykisk och fysisk ohälsa. Enligt Johnson (2016) präglas en sund, god och positiv relation av ömsesidig respekt, rättvis fördelning och ömsesidigt förtroende samt respekt, ärlighet, rättvisa och icke-hotande beteende.

3.4 Missbruk

I DSM-5 definieras missbruk enligt diagnosen *substance use disorder* och innebär att ordet *substance* byts ut till det beroendet avser såsom till exempel *alcohol use disorder* och definitionen omfattar både missbruk och beroende, vilket i tidigare DSM-versioner varit skilt åt. Vidare definieras sjukdomen genom att minst två av elva kriterier skall vara uppfyllda. I den föreliggande studien definieras emellertid missbruk enligt regeringens riktlinjer för den nya ANDT-strategin (2015/16:86) och innefattar därför alkohol, narkotika och tobak.

4. Teoretisk referensram

Den teoretiska ramen för den föreliggande studien kommer ha sin utgångspunkt i Bronfenbrenners utvecklingsekologiska perspektiv (Bronfenbrenner, 1979) samt Antonovskys salutogena perspektiv (Antonovsky, 2005). Det utvecklingsekologiska perspektivet är en förklaringsmodell över hur en individ utvecklas i enlighet med den miljö den befinner sig i och det salutogena perspektivet beskriver hur en individ hanterar motgångar genom meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet. Båda perspektiven har sin grund inom folkhälsovetenskapen.

4.1 Det utvecklingsekologiska perspektivet

Den rysk-amerikanska psykologen Urie Bronfenbrenner (1917 – 2005) utvecklade en utvecklingsekologisk modell där utvecklingen från barn till ungdom till vuxen ses som ett samspel mellan det sociala och kulturella sammanhang i vilket individen ingår och där egenskaperna hos individen och omgivningen samspelar (Klefbeck & Ogden, 2003).

Bronfenbrenner delar upp miljön i olika delar kallade mikro-, meso-, exo- och makronivå.

4.1.1 Mikronivå

På mikronivå återfinns barnets aktiviteter och delaktighet i dess närmiljö såsom hemmet och skolan, relationerna är mellanmänskliga och ska i bästa fall upplevas som trygga och välbekanta. Ju äldre barnet blir desto större blir närmiljön för att till slut även omfatta olika typer av grupperingar såsom kompisgäng, idrottslag, grannskapet och även till exempel en partner och dennes familj (Bronfenbrenner, 1979). Hur väl eller icke-väl mikrosystemet fungerar påverkar barnets utvecklingsmöjlighet. Emellertid ska mikronivån ses som ett samspel mellan barnet och övriga i nivån, det är alltså inte så att barnet enbart ska ses som en produkt utav sin mikronivå utan barnet ska vara en aktiv del av dessa aktiviteter och relationer (Bronfenbrenner, 1979).

4.1.2 Mesonivå

På mesonivå pågår ständig interaktion mellan de aktiviteter som återfinns på mikronivå och även en viss överföring till nästkommande nivå (exonivå). För att mesonivån skall anses som välfungerande bör det finnas nära aktivitet mellan de olika aktiviteterna och relationerna som finns på mikronivån såsom till exempel mellan hemmet och skolan (Bronfenbrenner, 1979). Mesonivån kan beskrivas som att det växer så fort en ny aktivitet eller relation uppstår i mikronivån.

4.1.3 Exonivå

Till skillnad från mikrosystemet så har individen (barnet, ungdomen eller den vuxna) ingen aktiv roll i denna nivå, trots detta påverkar nivån individens utvecklingsmöjlighet. Till exempel så ingår föräldrarnas arbetsplats, syskon till personer som ingår i mikrosystemet (såsom klasskamraters syskon) och vänners föräldrar i exonivån samt för ungdomar med ADHD ingår till exempel Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Individen är alltså inte närvarande i exonivån men dess aktiviteter påverkar ändå, till exempel så kan arbetsplatsen påverka föräldrarnas humör eller så kan en klasskamrats syskon påverka klasskamratens beteende i skolan (Bronfenbrenner, 1979).

4.1.4 Makronivå

Makronivån påverkar och genomsyrar samtliga ovannämnda nivåer och samhällsförhållanden. Makronivån avgränsas genom indirekta samhällsnormer och värderingar samt regleras genom lagar och politiska beslut. Makronivån kan därmed skiljas sig åt beroende på vart man bor och vilket samhälle individen är en del av (Bronfenbrenner, 1979).

4.2 Det salutogena perspektivet

Det salutogena perspektivet utvecklades av Aaron Antonovsky (1996) och har fokus på det friska istället för det sjuka. Antonovsky (1996) undersökte vad det är som gör att en del individer håller sig friska under svåra förhållanden medan andra individer under samma eller värre förhållanden blir sjuka.

Antonovskys salutogena perspektiv utgör idag grunden i det folkhälsovetenskapliga hälsofrämjande arbetet. I motsats till det salutogena finns det patogena som beskriver och fokuserar på sjukdomsorsaken, Antonovsky (1991) menar dock att en individs *upplevelse* av sin hälsa inte har fokuset på ”frisk eller sjuk” utan en individs hälsa skall ses som ett kontinuum där hälsa – och – ohälsa är ytterligheterna. Därmed kan en individ uppleva hälsa trots sjukdom eller uppleva ohälsa trots avsaknad av sjukdom. Antonovskys salutogena perspektiv gav sedan upphov till teorin Känsla av sammanhang (KASAM) som delas in i delarna meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet, vilken av dessa tre beståndsdelar som är viktigast har inte framkommit tydligt inom litteraturen och i princip kan alla tre delar antas vara lika viktiga dock kan det uttydas av det Antonovsky beskriver att fattas meningsfullheten så är situationen svår att se som hanterbar och begriplig.

4.2.1 KASAMs tre delar

Meningsfullhet avser hur väl individen kan identifiera situationen som meningsfull utifrån tillhörigheten i ett större sammanhang och gemenskap samt hur väl individen själv upplever situationen som påverkbar. Meningsfullhet avser också hur väl individen kan identifiera situationen som meningsfull utifrån den sociala kontext som individen är en del av. Meningsfullhet är också förknippad med begrepp som delaktighet och engagemang. För att en situation ska upplevas som meningsfull bör den vara både intressant, engagerande och motiverande (Antonovsky, 1991).

Hanterbarhet avser hur väl individen själv upplever situationen som hanterbar. Vid situationer med hög grad av hanterbarhet så upplever individen att hen kan effektivt hantera situationen antingen genom inneboende resurser eller genom resurser som individen med lätthet kan införskaffa. Att ha en hög grad av hanterbarhet utgör en viktig faktor för att balansen i den stressfulla situationen skall upplevas som balanserad, en obalans leder till sämre mående och en känsla av hopplöshet. Antonovsky (2005) betonar också vikten av att individen ska uppleva en känsla av rätt till medbestämmande vilket gör att individen även upplever en känsla av kompetens inför sin egen situation.

Begriplighet avser hur väl individen har förståelse för varför varje situation uppstår och vad situationen innebär och kräver av individen, begripligheten ökar om individen har förmågan att se sin egen roll som en växelkommunikation med omvärlden och att omvärlden upplevs som sammanhängande och välstrukturerad. Begripligheten ökar också om individen har förmågan att bedöma sin verklighet på ett adekvat sätt och varken överdriva eller underdriva sin egen roll i detta samspel. En hög grad av begriplighet gör att individen lättare kan ta till sig och sortera om informationen är betydelsefull eller inte (Antonovsky, 2005).

Uppfylls samtliga tre delar av KASAM, vilket innebär att individen har en hög grad av KASAM, beskriver Antonovsky (2005) detta som den främsta framgångsfaktorn för individens möjlighet till att

skapa ett gott liv. Hög grad av KASAM ger individen känslan av självbestämmande och förmågan att styra över sitt eget liv. Teorin innebär emellertid inte att individer ska sträva efter att leva ett liv helt utan stressfulla händelser och svårigheter. Att uppleva svårigheter i livet är oundvikligt men med ett högt KASAM kan individen alltså sortera i dessa händelser och förstår vad som händer (begriplighet) och vet hur de på bästa sätt kan lösa situationen (hanterbarhet) och de kan även förstå varför situationen uppstod och kan placera den i sin kontext och se situationen ur en objektiv och rationell synvinkel (meningsfullhet). Detta sätt att hantera stress ska även leda till en starkare och ljusare tro på framtiden (Iwarsson, 2007).

4.2.2 Generell motståndskraft (GMR)

GMR är de faktorer som varje individ, mer eller mindre, har som verkar som motståndskraft för att bekämpa de situationer som upplevs som stressande (Antonovsky, 2005). GMR kan till exempel vara hög grad av självkänsla eller stöd från omgivningen (socialt stöd). GMR utgörs av psykosociala, fysiska eller materiella faktorer som underlättar för individen att strukturera sin omvärld och se den på ett objektivt sätt. GMR är starkt kopplat till KASAM och en hög grad av GMR leder till en hög grad av KASAM.

4.2.3 Copingstrategier

En copingstrategi kan beskrivas som förmågan att på ett bra sätt välja att hantera de stressfulla och påfrestande situationer som oundvikligen uppstår i en livssituation (Andresen, 2002) och har en nära relation till både GMR och KASAM (Hanson, 2004).

Copingstrategier är något som växer fram och stärks genom bland annat livserfarenhet. Det är dock inget som används vid vanlig vardaglig stress utan är en strategi som används när situationen är på gränsen till för mycket för att kunna hanteras. Emellertid bör det påpekas att en copingstrategi inte är en *lösning på en situation* utan att det innebär att individen helt enkelt tar sig igenom situationen (Antonovsky, 2005). Om en individ har låg grad av KASAM är en tänkbar copingstrategi att fly från den stressfulla situationen medan en individ med hög grad av KASAM kan anpassa sig utifrån vad situationen kräver. Hög grad av KASAM innebär också att individen har förmågan att välja rätt copingstrategi utifrån rådande situation, till exempel så är det möjligt att en del stressfulla situationer kräver flykt (om man till exempel möter ett lejon) medan andra situationer kräver en helt annan copingstrategi (Andresen, 2002).

4.2.4 Empowerment

Empowerment är ett begrepp med flera betydelser men innebär i grunden att individen själv ska kunna påverka sin livssituation genom att ha politisk, ekonomisk och personlig makt över sitt eget liv. Empowerment leder till att individens känsla av självbestämmande, självkänsla och självförtroende ökar samt att individen har en känsla av att de själva kan styra och förändra sin livssituation (Brunt & Hansson, 2005).

5. Metod

5.1 Val av metod

Den föreliggande studien är en kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie (Borg & Westerlund, 2012) vilket innebär att insamlandet av data skett vid en enda tidpunkt, dock innebär det för den föreliggande studien att denna tidpunkt var olika för varje enskild individ då enkäten ifylldes i samband med en hälsoundersökning (Polit & Beck, 2016). Enligt Polit och Beck (2016) är det passande att använda en deskriptiv tvärsnittsdesign då studien inte är tidsberoende utan mätningen görs vid just ett unikt tillfälle, detta tillfälle behöver heller inte vara samma för varje enskild individ utan kan göras vid till exempel en viss ålder. Vidare var syftet med studien att möjligen kunna dra slutsatser för en hel population varför en kvantitativ ansats var adekvat. Resultatet för den föreliggande studien ger emellertid endast en bild av populationen vid den tidpunkt enkäten besvarades (Borg & Westerlund, 2012).

5.2 Datamaterial

Elevhälsan i svenska skolor är enligt lag ålagda att erbjuda samtliga elever regelbundna hälsobesök under skolåren (Lgr11, 2012). Elevhälsodatabasen ELSA är en databas som upprättades år 2009 och omfattar samtliga skolor och samtliga elever i Värmland (Engh et al., 2017). ELSA-materialet ger en inblick i hälsoläget för Värmlands barn samt en möjlighet att både identifiera riskfaktorer och skyddsfaktorer. Den kan även verka som grund i hälsofrämjande arbete.

Materialet i ELSA är insamlat vid elevhälsosamtal som sker i förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet. Då dessa frågor i förskoleklass och årskurs 4 vanligen besvaras av vårdnadshavarna medan de i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet besvaras av ungdomen valdes de två senare årskurserna ut som dataunderlag i den föreliggande studien. Totalt omfattar databasen cirka 65.000 elever. Frågorna som ingår i enkäten har en salutogen ansats och behandlar områden såsom hälsa, levnadsvanor, trivsel, oro/ängslan, sömnvanor, relationer, utveckling med mera.

Enkäten är baserad på de två validerade instrumenten 5 – 15 samt Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman & Goodman, 2009).

5.2.1 5 till 15 (Fem till femton-formuläret)

Fem till femton-formuläret är ett instrument som används för bedömning av utveckling och beteende hos barn och ungdomar mellan 5 och 15 år. Ursprungsformuläret bestod av 181 frågor grupperade inom de åtta områdena motoriska färdigheter, exekutiva funktioner, perception, minnesfunktion, språk, inlärningsförmåga, sociala färdigheter och emotionella svårigheter/beteendeproblem. Områdena är i sin tur sedan indelade i mindre subområden (Socialstyrelsen, 2017). Detta är även ett instrument som används vid till exempel utredningar av neuropsykiatriska diagnoser såsom ADHD.

5.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

SDQ är ett instrument som används för att screena barns och ungdomars eventuella psykiska ohälsa. Det är ett välanvänt och validerat instrument som beskrivs kunna fyllas i av både föräldrar, skolpersonal samt barnet själv om barnet är över 11år (Goodman & Goodman, 2009).

5.2.3 Övriga frågor i ELSA-enkäten

Övriga frågor är inhämtade från olika elevhälsoenkäter som tidigare använts vid hälsosamtal i Värmland, Västernorrland och Göteborg. Instrumentet är validerat av skolsköterskor runt om i Värmland i direkt samtal med eleven, det har alltså uppmärksammats att elevens svar i hälsoenkäten reflekterar det mående som eleven uppvisar under samtalet. Vidare har enkäten använts under ett flertal år utan revideringsbehov varför den nu är att anses som väl utprovad och anpassad. Vidare kan datan anses som tillförlitlig då skolsköterskan har möjlighet att korrigera enkätsvaren ifall han/hon upptäcker att eleven missuppfattat någon fråga och om eleven inte fyllt i samtliga uppgifter så kan detta göras muntligen vid hälsobesöket. Ytterligare validering ger även det faktum att enkäten använts för cirka 65.000 elever och av cirka 90 skolsköterskor.

5.3 Urval

Urvalet för den föreliggande studien är de elever som läsåret 2015/2016 gick i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet och som hade valt att fylla i enkäten i samband med elevhälsoundersökningen och därmed hade registrerade hälsouppgifter i databasen ELSA.

Bortfall för studien går inte att fastställa mer än att det omfattar de ungdomar som går i särskolan, de ungdomar som inte går på gymnasiet och de ungdomar som valde att inte fylla i enkäten i samband med hälsoundersökningen. Eventuellt finns det även ett fåtal ungdomar som inte genomförde hälsoundersökningen av annan orsak.

5.4 Variabler

Studiens oberoende variabel var *"Har Du någon diagnostiserad funktionsnedsättning eller sjukdom (t ex. Epilepsi, diabetes, ADHD, dyslexi, astma eller migrän)?"* och därmed de som kryssat i att de hade diagnosen ADHD. De bakgrundsfrågor som inkluderades i den föreliggande studien var; *Kön (pojke, flicka)*, *Vilken årskurs går Du i? (Årskurs 7 eller årskurs 1 på gymnasiet)*, *Jag bor tillsammans med? (båda föräldrarna, en förälder, växelvis boende, familjehem, annan vuxen och för gymnasieeleverna även eget boende)*, *Vilket land är Du född i? (Sverige, övriga Norden, Europa, Asien, Övriga världen)*. Vidare användes följande variabler för att mäta "mående"; *"Jag mår bra"*, *"Jag är nöjd med mig själv"* och *"Jag är positiv inför framtiden"*. För att mäta "relationer" användes följande variabler; *"Jag har vänner i skolan"*, *"Vuxna i skolan är vänliga mot mig"* och *"Jag trivs hemma"*. För att mäta "missbruk" användes följande variabler; *"Röker Du?"*, *"Dricker Du alkohol?"* och *"Använder Du narkotika?"*.

För att kunna genomföra logistisk regression omkodades också variablerna för att bli binära vilket innebär att svarsalternativen sattes samman till två möjliga svarsalternativ.

För frågorna kring mående innebar det att alternativen *varje dag / ofta* blev ett svarsalternativ och *sällan / aldrig* blev ett svarsalternativ. För frågorna kring relationer blev alternativen *stämmer mycket bra / ganska bra* ett alternativ och *stämmer dåligt / inte alls* blev ett svarsalternativ samt för området missbruk blev *aldrig / har provat* ett svarsalternativ och *några gånger i veckan / varje dag* ett svarsalternativ. För frågan kring användandet av narkotika fanns enbart svarsalternativen *ja / nej*.

5.5 Analysmetod

Samtliga statistiska analyser gjordes i statistikprogrammet IBM SPSS version 22.0. I ett första steg gjordes en deskriptiv kartläggning över alla bakgrundsvariabler såsom kön, boendesituation och eventuell diagnos, se tabell 1. I steg två kontrollerades data så att den uppfyllde villkoren för att genomföra logistisk regressionsanalys genom att göra samtliga svarsalternativ binära. Den oberoende variabeln var i samtliga fall ADHD medan de beroende variablerna var frågorna som berörde mående, relationer och missbruk.

5.6 Reliabilitet och validitet

Validitet och reliabilitet är begrepp som, när det gäller kvantitativa studier, avser studiens trovärdighet. Reliabiliteten beskriver hur väl studiens analys är möjlig att repetera av annan forskare, det vill säga att om studien görs igen under andra förhållanden så ska resultatet i princip bli det samma som i den föreliggande studien. Validiteten i studien avser hur väl studien mäter det som från början avsågs att mätas (Hayes, 2000). Vidare är data och att anses som tillförlitligt då grunden för insamlat data är den tidigare validerade enkät som under flera år använts och utvärderats av skolsköterskor i hela Värmland.

5.7 Etiska överväganden

Samtlig data som använts i den föreliggande studien var avidentifierad och innehöll därmed inga namn eller personnummer. All data var även sammanställd på länsnivå vilket gjorde att data inte kunde härledas till enskilda skolor, skolområden eller kommuner. I samband med hälsosamtalen godkände eleverna i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet att data kunde användas till forskning. Utifrån data var det således enbart möjligt att analyseras på gruppnivå vilket även gör att resultatet enbart presenteras på gruppnivå och därmed är identifiering av enskilda individer inte heller möjligt i resultatet.

Avslutningsvis kan det även anses att studiens nytta överväger den eventuella skada som skulle kunna uppstå.

6. Resultat

Tabell 1. Sociodemografisk data (n = 4112)

	Total % (n)	Har ADHD % (n)	Har inte ADHD % (n)
Kön			
Pojkar	51,7 (2126)	8,8 (188)	91,2 (1938)
Flickor	48,3 (1986)	4 (81)	96 (1905)
Boende			
Båda föräldrarna	61,2 (2517)	41,6 (112)	62,6 (2405)
En förälder	19,7 (809)	33,8 (91)	18,7 (718)
Växelvís boende	13 (537)	15,2 (41)	12,9 (496)
Familjehem	1,4 (57)	5,6 (15)	1,1 (42)
Annan vuxen	0,6 (24)	0,7 (2)	0,5 (22)
Eget boende	4,1 (168)	3 (8)	4,2 (160)
Antal Syskon			
0	5,9 (238)	9,8 (26)	5,6 (212)
1 – 2	71 (2884)	57,5 (153)	72 (2731)
3 – 4	18,4 (748)	25,9 (69)	17,9 (679)
5 – fler	4,7 (191)	6,8 (18)	4,6 (173)
Ursprungsland			
Sverige	89,7 (3686)	9,4 (253)	89,3 (3433)
Övr. Norden	1,8 (72)	1,8 (5)	1,7 (67)
Övr. Europa	2,5 (101)	1,5 (4)	2,5 (97)
Afrika	1,2 (50)	0,3 (1)	1,2 (49)
Asien inkl. Mellanöstern	4,5 (187)	1,5 (4)	4,8 (183)
Övr. världen	0,3 (15)	0,7 (2)	0,3 (13)

Av tabell 1 framgår det att könsfördelningen är jämn 51,7% pojkar och 48,3% flickor, av flickorna hade 4% (81 personer) ADHD och av pojkarna hade 8,8% (188 personer) ADHD. Vidare levde barnen med ADHD i större utsträckning i splittrade familjer samt att de hade fler antal syskon än gruppen som inte har diagnosen. Av samtliga deltagare i studien var cirka 90 % födda i Sverige, av andelen utlandsfödda var det något vanligare med diagnosen ADHD.

Tabell 2 Samband mellan ungdomar med diagnosen ADHD och mående, relationer och missbruk uttryckt som justerat odds ration (aOR*) med 95% konfidensintervall (CI) med ungdomar utan diagnosen ADHD som referensgrupp, totalt antal ungdomar 4112.

Variabler	Har ADHD % (n) aOR ¹ (95% CI)	Har inte ADHD % (n)
Mående		
Jag mår inte bra	10,5 (28) 6,7 (3,37 – 13,2) ^{***}	3,7 (143) ref
Jag är inte nöjd med mig själv	18 (48) 2,16 (1,16 – 3,05) ^{***}	12,2 (464) ref
Mina tankar om framtiden är negativa	7,1 (19) 2,4 (1,44 – 3,99) ^{***}	3,2 (122) ref
Relationer		
Jag har inga/få vänner i skolan	5,6 (15) 4,94 (2,69 – 9,06) ^{***}	1,4 (53) ref
Vuxna i skolan är inte/aldrig vänliga mot mig	4,1 (11) 2,58 (1,33 - 5) ^{***}	1,7 (64) ref
Jag trivs inte hemma	6 (16) 4,7 (2,61 – 8,46) ^{***}	1,5 (57) ref
Missbruk		
Jag röker	17,9 (48) 3,49 (2,44 – 4,99) ^{***}	5,4 (207) ref
Jag dricker alkohol	22,6 (60) 1,35 (0,99 – 1,87)	15,7 (595) ref
Jag tar narkotika	7,5 (20) 10,66 (5,76 – 19,7) ^{***}	0,8 (30) ref

aOR¹ = Justerade oddskvoter, analysen är justerad för kön, boendeform och ursprungsland

*** = $p < 0,000$, ** = $p < 0,01$

I tabell 2 visar samtliga variabler att ungdomarna med diagnosen ADHD signifikant skattat sitt mående sämre än ungdomarna utan ADHD. Analysen av variabeln ”jag mår inte bra” (aOR = 6,7) visar att det var betydligt fler med ADHD som inte mådde bra jämfört med referensgruppen. Vidare visar övriga variablers resultat på sämre skattning för både nöjdheten med sig själv samt för framtidstro vilket indikerar att ADHD eventuellt leder till sämre mående än genomsnittet för ungdomar i samma ålder.

Analysen för de variabler som ingår i ”relationer” visar att gruppen med ADHD anser sig ha signifikant sämre kvalitet på de relationer som avses i frågorna. De har färre eller inga kompisar i skolan (aOR = 5,6) samt att färre trivs hemma (aOR = 4,7). Bakgrundsanalysen visade även att gruppen med ADHD tenderade att leva med bara en förälder samt i olika former av familjeboenden. Vidare visar även

analysen att gruppen med ADHD i uppfattade det som att de vuxna i skolan inte var vänliga mot dem (aOR = 4,1).

Analysen i den föreliggande studien visade att ungdomar med ADHD signifikant i större utsträckning använder narkotika (aOR = 10,66) och vilket indikerar att ungdomar med ADHD lättare kan hamna i missbruk. Resultatet visade även att det finns en tendens att ungdomar med ADHD dricker alkohol i större utsträckning än ungdomar utan ADHD. Trots att resultatet inte var statistiskt signifikant finns det anledning att tro att ungdomar med ADHD oftare nyttjar alkohol, detta speciellt då studier visar att alkohol ofta är en inkörsport till narkotikaanvändande. Möjligen kan det icke-signifikanta resultatet bero på att gruppen ungdomar med ADHD var så pass liten i jämförelse med referensgruppen.

7. Diskussion

7.1 Ungdomar med ADHD mår sämre än ungdomar som inte har ADHD

Resultatet visar att ungdomar med ADHD skattar sitt mående lägre än ungdomar utan diagnosen i åldersgruppen, de ser även mindre positivt på framtiden samt att de är mindre nöjda med sig själva. Detta överensstämmer också med studier gjorda av Barkley (2006) som beskriver hur barn och ungdomar med ADHD ofta under skolgången börjar må dåligt och utveckla ett lågt självförtroende, detta trots att de från början såg skolstarten som något positivt, vilket innebär att något bör ha skett under skolåren som förändrat deras synsätt och påverkat deras mående. Studier visar även att barn med ADHD vanligen har ett lågt KASAM samt att låg grad av KASAM kan leda till lågt självförtroende samt låg självkänsla (Edbom, Malmberg, Lichtenstein, Granlund & Larsson, 2010). Detta kan ses som att barn med ADHD saknar sammanhang och meningsfullhet i det de gör. Att de har lågt KASAM kan bero på olika saker men att förtydliga samband mellan olika aktiviteter samt att tydliggöra olika livssituationer för barnen torde vara gynnsamt.

Vidare är resultatet för den föreliggande studien även i linje med tidigare forskning gjord av Lindqvist och Weidner (2012) som visar att framtiden uppfattas som skrämmande av barn och ungdomar med ADHD och även av deras föräldrar. Detta kan bero på att när barnen är små är mycket av de sammanhang som de deltar i anpassade för barnens individuella skillnader. Ju äldre barnen sedan blir desto mer krav ställs på deras anpassning till rådande normer i det sammanhang de deltar i.

I många fall skulle ADHD kunna upptäckas i tidig ålder då det beskrivs att dessa barn tidigt upplevts som ”onormalt” trotsiga, studier visar även att tidiga interventioner och behandling av detta trotsbeteende kan komma att förebygga och lindra kommande ADHD-symtom samt hindra utveckling av psykisk ohälsa (Stepp et al., 2011). Just föräldrarna beskrivs i studier som de bästa för att upptäcka psykisk ohälsa hos sina barn och ungdomar, detta kan dock i praktiken bli problematiskt dels på grund

av det faktum att många föräldrar själva lider av psykisk ohälsa och dels för att studier visar att föräldrar till barn med ADHD upplever en ökad föräldrastress. Föräldrar till barn och ungdomar med ADHD beskriver att när deras uppfostringsmetoder inte fungerar såsom önskat blir relationen mellan barn och föräldrarna inte den kärleksfulla relation som är önskvärd (Glatz et al., 2011). Detta gör att vardagen blir en utmaning både för föräldrarna och för barnet, att genomföra enklare saker såsom att hjälpa till hemma och läsläsning kan bli en faktor till stress varför det vore önskvärdt att både föräldrar till barn med ADHD och barnet får stöttning (Socialstyrelsen, 2002).

Resultatet visar att ungdomarnas dåliga mående både återfinns i hemmet samt i skolan vilket gör situationen än mer komplex. Både hemmet och skolan ingår enligt det utvecklingsteoretiska perspektivet i ungdomens mikronivå vilket gör att mikronivån blir dysfunktionell och därmed även skapar dysfunktion på andra nivåer då till exempel en balanserad mesonivå kräver en välfungerande, integrerad och kommunikativ mikronivå. Barnet utvecklas i relation till kvalitén på sin mikronivå och skulle mikronivån ha brister, vilket studier visar att det ofta har för dessa ungdomar i form av trasiga familjer fyllda med konflikter, leder detta till en missgynnsam utveckling.

7.2 Bristande relationer både i hemmet och skolan för ungdomar med ADHD

Resultatet för den föreliggande studien visar att ungdomar med ADHD skattar lägre kvalitet på sina relationer. Detta är i linje med studier genomförda av Mash och Johnson (1990). Den föreliggande studiens resultat visar att ungdomarna med ADHD trivs sämre hemma jämfört med referensgruppen. Analysen av bakgrundsdata i den föreliggande studien visar att det är vanligare att gruppen med ADHD bara lever tillsammans med en förälder samt i olika typer av familjehem. Detta är något som också stöds av annan forskning. Tidigare forskning visar, som nämnts, också att barn och ungdomar med ADHD oftare kommer från splittrade familjer där det förekommer mycket bråk (Blantz, Schmidt & Esser, 1991; Rutter, Cox, Tupling, Berger & Yule, 1975), detta kan bero på den extra stress som diagnosen leder till samt det faktum att det inte är ovanligt att även en eller båda vårdnadshavarna lider av egen psykisk ohälsa. Möjligen skulle det vara gynnsamt för dessa barn om föräldrarnas egen psykiska ohälsa skulle ses som en riskfaktor vilket då skulle kunna leda till att barnens psykiska ohälsa uppmärksammades tidigare. Emellertid kan det tänkas att splittrade familjer och familjebråk är jobbiga uppväxtvillkor för alla barn, oavsett om de har en diagnos eller inte.

Vidare beskriver ungdomarna med ADHD i den föreliggande studien en missgynnsam skolsituation med färre vänner och där de anser att lärarna inte är vänliga mot dem. Studier visar att skolpersonal med hög kunskap om diagnosen bemöter målgruppen på ett bättre vis än skolpersonal med låg kunskap om ADHD varför det återigen kan påpekas att just skolpersonalens kunskapsnivå bör inventeras (Agergård-Kareliusson, 2015). Vidare visar studier att barnens impulsiva beteende ofta leder till konflikter med klasskamrater, även detta torde kunna stävjas om kunskapsnivån om diagnosen höjdes både bland

personal och kamrater (Lambek et al., 2011). Studier visar även att den otrygghet som dessa ungdomar upplever i skolan på grund av dåligt bemötande och få vänner i sig kan leda till psykisk ohälsa, vilket gör att det hela blir en ond och svårbruten cirkel (Barkley, 2006).

Det faktum att barn med ADHD, i likhet med barn utan diagnosen, från början har en positiv inställning till skolan (Barkley, 2006; Lokvancic och El-Ghariri, 2014) kan tyda på att det är själva skolgången och hur den utvecklas som gör att ju äldre barnen blir desto sämre tycker de om skolan. Slutsatsen som kan dras av detta är att ju fler krav som ställs desto svårare blir det för dem att se skolan som något positivt, det faktum att kraven dessutom ökar med åldern kan ifrågasättas då ADHD-symtomen inte är regressiva (Kos, 2004). I skollagen står det att skolgången skall individanpassas och på så vis främja varje enskild individs hälsa och lärande. Att lyckas i skolan anses vara en skyddande faktor för individer med ADHD, dock verkar ofta *lyckas med skolgången* förknippas med studieresultat vilket för målgruppen inte är samma sak. Studier visar att det främst är kvalitén på de relationer som utvecklas under skolgången som är skyddande (Socialstyrelsen, 2015), varför det kan ifrågasättas varför skolan i mångt och mycket enbart fokuserar på betyg och provresultat.

Atterström och Persson (2000) menar att relationer bara kan gro och utvecklas under jämställda förhållanden och resultatet i den föreliggande studien samt andra studier vittnar om att den vardag som barnen möter inte är jämställd vilket leder till icke-funktionella relationer både till skolpersonal, klasskamrater och anhöriga.

Ungdomar med ADHD har ofta ett lågt KASAM. En hög grad av KASAM utvecklas när barnet eller ungdomen får vara delaktiga i beslutsfattande kring den egna personen, möjligen kan målgruppens låga KASAM alltså vara en konsekvens av de dåliga relationer som omger målgruppen vilka inte tillåter delaktighet i beslut som rör dem själva (Antonovsky, 2005).

Studier visar även att fritidsaktiviteter är gynnande för individer med ADHD, dock vittnar många med diagnosen om att de slutat med all typ av idrott då idrott för äldre barn och ungdomar är alltför prestationsinriktad och kravfylld (Steven, Evand & Axelrod, 2004). Möjligen skulle det vara gynnande för dessa ungdomar om det fanns idrott som var specialanpassad för dem och mer *på skoj*.

Studier visar att en trygg skolgång är värdefull som skyddsfaktor för individer med ADHD (Agergård-Kareliusson, 2015; Kos 2004) samt att lärare med hög kunskap om diagnosen är av yttersta vikt för barnet (Agergård-Kareliusson, 2015). De flesta lärarutbildningar idag har inga kurser som behandlar denna typ av NPF-problematik och de få lärare som har kunskap om ADHD har oftast tillskansats sig den genom egen erfarenhet av diagnosen eller genom att någon närstående har ADHD. Då ADHD är en diagnos med hög prevalens bör detta vara en del av lärarutbildningen (Agergård-Kareliusson, 2015). Resultatet i den föreliggande studien visar att kvalitén på de relationer som utvecklas inom skolans

värld, både med klasskamrater och skolpersonal, inte är tillfredsställande. Tidigare forskning visar emellertid, som nämnts, att skolgången börjar som något positivt med efterhand utvecklas till något negativt för gruppen med ADHD. Detta kan bero på en rad olika faktorer men det är lätt att tro att det främst handlar om det bemötande som ungdomarna får i skolan. Att inte få vara en del av gänget eller att inte bli vänligt bemötta av skolpersonalen kan även leda till lågt KASAM vilket i sin tur kan leda till både depression och annan psykisk ohälsa (Antonovsky, 2005).

När barnet börjar skolan kommer även den att ingå i barnets mikronivå och är därmed en viktig del i utvecklingen. För att makronivån skall anses som välfungerande krävs en god relation dels mellan barnet och de olika delar som ingår i barnets specifika mikronivå samt en god relation mellan de olika delar som ingår i mikronivån. Detta kan också antas vara problematiskt för gruppen med ADHD om det är så att även föräldrarna har någon form av psykisk ohälsa. Studier visar även att en icke-välfungerande föräldra-barn-relation kan leda till indirekt och direkt ensamhet vilket då även kan påverka barnets utveckling på mesonivå.

7.3 Missbruk vanligare bland ungdomar med ADHD

Resultatet för den föreliggande studien visar att ungdomar med ADHD i högre grad än ungdomar utan diagnosen använder narkotika och röker samt eventuellt nyttjar alkohol. Resultatet är i linje med tidigare forskning (Biederman, Wilens, Mick, Spencer & Faraone, 1999; Socialstyrelsen, 2015).

I den föreliggande studien finns dock ingen uppgift kring huruvida urvalet för gruppen med diagnosen ADHD är medicinerade eller inte. Studier visar att risken för pågående eller kommande missbruk är som allra störst för den grupp som är omedicinerad (Biederman, Wilens, Mick, Spencer & Faraone, 1999), vilket då kan ses som självmedicinering. Vidare visar även studier att det är gynnsamt med tidig diagnosupptäckt, varför det är viktigt att omgivningen är uppmärksamma på och har vetskap om riskfaktorer för ADHD (Kos, 2004).

Studier visar att på lång sikt är ADHD även en riskfaktor för ett allmänt destruktivt beteende. Som tidigare nämnts är det alltså av yttersta vikt att fånga upp dessa ungdomar i tidig ålder, detta för att förhindra att de söker sig till ogynnsamma relationer som främjar drogmissbruk. Studier visar att ungdomarna med ADHD oftare hamnar i dåliga kompisgäng just på grund av avsaknaden av *bra vänner*. Slutsatsen som kan dras av detta är att om skolan och övrig omgivning anpassas så att gruppen med ADHD får en förståelig omgivning som dels har en fungerande kommunikation samt att den utvecklas så att den blir förståelig skulle vara en skyddsfaktor. Emellertid bör det även påpekas att utvecklandet av missbruksbeteende kan också ses som en konsekvens av ADHD-symtomen såsom bristande impuls kontroll och bristande konsekvenstänk. Den föreliggande studien visade även att ungdomar med

ADHD oftare röker än andra ungdomar, då just rökning är en inkörsport till annat missbruk skulle det vara gynnsamt att med gruppen arbeta preventivt och hälsofrämjande. Mot bakgrund av ovanstående diskussion skulle ökad kunskap kring diagnosen och ökad stöttning till dessa familjer inte bara vara gynnsamt på individnivå utan även för samhället i stort.

7.4 Förebygga negativa konsekvenser och främja en god hälsa för barn med ADHD

Med tanke på den höga prevalensen för ADHD samt att de konsekvenser som diagnosen innebär för individen kan diagnosen i mångt och mycket beskrivas som ett folkhälsoproblem bör diagnosen mötas av tidiga och hälsofrämjande insatser.

En av de svårigheter som nämns är just den osäkerhet som omgärdar diagnosticeringen av ADHD, dock finns det studier som visar att det går att fastställa ADHD genom brain-mapping (Toga, Thompson & Sowell, 2006). Brain-mapping innebär att hjärnan scannas och att dess struktur är avvikande för individer med ADHD. Att börja diagnosticera genom säkrare metoder skulle möjligen kunna avhjälpa den stigmatisering som diagnosen fortfarande omges av samt stävja den *alla-får-ADHD-mentalitet* som finns.

ADHD kan ses som en funktionsnedsättning men som i samverkan med dagens samhälle blir ett funktionshinder och för att förhindra att dessa hinder uppstår samt utvecklas bör individen mötas av insatser som stöttar och av anpassning.

Då ADHD vanligen innebär att individen har svårt att kommunicera med sin omgivning på ett adekvat sätt kan diagnosen innebära att ungdomen inte klarar av skolgången eller slutar skolan med icke-fullständiga betyg, vilket i sin tur kan leda till uteslutande från arbetsmarknaden. Vidare visar studier att av de 7000 personer som år 2010 var intagna i svenska häkten och fängelser så uppfyllde 25 – 45% av dessa kriterierna för ADHD och upp till 15,1% av kvinnorna i häkte eller fängelse hade diagnosen (Kriminalvården, 2010). Att inte klara av skolgången eller hamna i fängelse drabbar inte bara individen utan även personer i hans omgivning samt att det är kostsamt för det svenska samhället varför det är av vikt att tidigt fånga upp dessa individer för att stävja denna utveckling.

Studier visar att de personer som är bäst lämpade att stötta ungdomar med ADHD är vårdnadshavare samt skolpersonal.

Dock visar studier att föräldrar till barn med olika funktionsnedsättningar behöver stöttning för att kunna hantera de olika situationer som kan uppstå på grund av barnets speciella behov (Lee et al., 2008; Estes et al., 2009). Studier visar även att barns funktionsnedsättning är en riskfaktor för barnmisshandel och att som barn tvingas utstå misshandel från en eller båda föräldrar är i sig en riskfaktor för psykisk ohälsa samt allmänt sämre mående varför det är extra viktigt att ge föräldrarna stöd för att kunna förstå sitt barn

samt för att få möjlighet utveckla copingstrategier för att möta barnet på rätt sätt (Svensson, Jernbro, Almqvist & Jansson, 2014), detta kan till exempel ske genom föräldrautbildningar. Stöttning för föräldrar kan med fördel göras genom att utgå från empowerment som syftar till att öka föräldrarnas delaktighet och stärka föräldrarnas resurser för att själv kunna hantera situationer som uppstår i vardagen. Det står även i barnkonventionen att föräldrar har ansvar för barnets utveckling och att föräldrarna ska se till att barnet får det som hen har rätt till varför det är extra viktigt att föräldrar till barn med ADHD får hjälp och stöttning i hur de ska kunna hjälpa sitt barn på bästa sätt.

Vidare visar studier att för skolpersonal så är kunskapen kring diagnosen låg och att kunskapsnivån speglar bemötandet av målgruppen (Agergård-Kareliusson, 2015; Sciutto, Terjesen, & Bender-Frank, 2000). Ju högre kunskap skolpersonal har om diagnosen, desto bättre kan de hjälpa, stötta och bemöta ungdomen.

För att hjälpa ungdomar med ADHD bör insatserna ha sin utgångspunkt i den salutogena teorin och fokusera på friskfaktorer och individens styrkor. Då ADHD inte har en homogen symtombild är mycket varierande är det viktigt att göra en individuell bedömning och sedan utgå från vilken typ av stöttning den enskilda individen behöver. Att utgå från individen är också viktigt inom Empowerment (Brunt & Hansson, 2005). Att stärka individen genom empowerment leder till att individen får makt och inflytande över sitt eget liv. Då bristande självförtroende och självkänsla är något som individer med ADHD beskriver så kan detta stärkas genom exempelvis gruppbaserad träning vilket i slutändan kan leda till en bättre livssituation.

Genom att jobba utifrån empowerment kan ungdomen stärkas och själv se sina starka sidor, lära sig att se och använda sina inneboende resurser och därigenom kunna ta makten över sitt eget liv och sin egen situation. Att skapa möjligheter för att utveckla copingstrategier är en viktig del i arbetet då det kan bidra till en bättre hälsa och vardag. Detta kan leda till att individens känsla av sammanhang stärks vilket är en viktig del i KASAM-begreppet. I barnkonventionen står det att varje barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling varför det är viktigt att ungdomar med ADHD får extra hjälp och stöttning för att kunna hantera sin vardag på ett bra sätt.

Mot bakgrund av ovanstående resonemang och den föreliggande studiens resultat kan det sammanfattningsvis sägas att det är av yttersta vikt att samhället sluter upp kring den här målgruppen, att skolpersonal och annat nätverk utbildas och att samhället i stort bör börja anpassas för att bli mer följsamt och gynnsamt för dessa individer. Dessutom är det viktigt att kunskap kring diagnosen sprids, detta för att skapa en attityds-förändring hos befolkningen, så att drabbade individer och familjer inte längre skuldbeläggs och att prognosen för individens hälsa ökar.

7.5 Metoddiskussion

I den föreliggande studien används självskattat data som grund för analysen. Självskattade enkätsvar innebär således ett visst mått av osäkerhet. Dels kan det innebära att deltagaren besvarar frågan utifrån vad som deltagaren tror är *rätt svar*. Många av frågorna kan eventuellt uppfattas som känsliga och därmed kan deltagaren fyllt i ett missvisande svar för att inte riskera att *få problem*, detta gäller till exempel frågor kring missbruk. Dock är resultatet av frågorna som rör missbruk i linje med tidigare forskning varför det kan antas att frågorna besvarats på ett adekvat och sanningsenligt sätt.

Vidare är enkäten omfattande vilket kan skapa svårigheter för då ett av de främsta symtomen för målgruppen är koncentrationssvårigheter dock har detta säkerställts genom att skolsköterskan muntligt ställt frågor till eleven ifall han/hon sett att det är flera frågor som är obesvarade, dessutom har enkätens resultat varit stabilt och likartat under många år varför detta inte torde påverkat resultatet.

Då den föreliggande studiens resultat helt baserats på data som omfattar i princip samtliga ungdomar för åldersgruppen i Värmland innebär det att resultatet dels speglar en unik vinkel av ungdomarnas egna åsikter och dessutom är generaliserbart vilket stärker studien validitet.

7.6 Konklusion

Resultatet för den föreliggande studien visade att ungdomar med diagnosen ADHD för samtliga områden skattar ett sämre mående än barn utan diagnosen. Detta innebär att samtliga undersökta områden skapar en ond och sammanhängande cirkel för ungdomar med ADHD. Detta innebär att de olika delar som undersöks i studien kan påverka varandra i olika riktningar och skapa ett generellt dåligt mående. Ungdomarnas dåliga mående och brist på framtidstro kan till exempel hänga samman med den lågt skattade kvalitén på relationer samt att missbruk kan bli en konsekvens av diagnosen och de destruktiva kompisrelationer som ofta utvecklas i brist på annat umgänge – eller – så kan det vara så att ungdomar med ADHD hamnar i fel sorts umgänge och därför utvecklar ett dåligt mående och får en bristande framtidstro. Som framgår av ovanstående resonemang så är ADHD en komplex diagnos som påverkar en individs liv på flera olika nivåer och arenor och därmed kan samtliga arenor för gruppen med ADHD bli destruktiva och i värsta fall bidrar till dåligt mående, lågt KASAM och i vissa fall även psykisk ohälsa.

Vidare är det oroande att samhället beskrivs som missgynnande för barn och ungdomar med ADHD, detta då FNs barnkonvention tydligt stadgar att samhället ska verka för allas lika värde och rätt till liv, trygghet och utbildning. Vidare finns andra paradoxala aspekter kring diagnosen. Till exempel så skriver Socialstyrelsen i de preliminära riktlinjerna kring medicinering av ADHD att medicin skall föreskrivas i samband med diagnostisering medan det i andra riktlinjer står att läsa att medicin endast ska föreskrivas då anpassning och stöd inte anses som tillräckligt för att hjälpa individen (Socialstyrelsen 2014; Socialstyrelsen, 2015). Då medicinförskrivning för ADHD-medicin ökat är det lätt att förutsätta att FNs

rekommendationer om att förskriva medicin med försiktighet inte efterföljs (2015). Vidare beskriver även regeringen att svensk sjukvård ska vara jämlik, jämställt och behovsanpassad utifrån individens enskilda behov och även detta kan ifrågasättas.

Emellertid kan det sägas att samtliga individer med ADHD skulle gynnas av ökad kunskap och förståelse. Ökad kunskap skulle leda till tidigare identifierande av diagnosen vilket är av yttersta vikt och ökad förståelse skulle bryta det stigma som omger diagnosen och skapa ett mer gynnsamt, öppet och tillåtande samhälle för individer med ADHD.

7.7 Framtida forskning

Enligt Biderman, Wilens, Mick, Spencer och Faraone (1999) så är samtliga områden kring ADHD att ses som utforskade varför omfattande studier bör genomföras. Områden som bör utforskas är till exempel kunskapsnivån bland skolpersonal, detta för att utveckla lärarutbildningen. Vidare bör även kliniska uppföljningar göras för den grupp individer som använder ADHD-medicin då dessa helt saknas.

Trots att ADHD, inom sitt spektrum, är den av de vanligaste diagnoserna för ungdomar i Sverige finns det fortfarande mycket lite svensk forskning kring dess förekomst avseende kön, ålder, härstamning och socioekonomisk bakgrund. Det fattas även forskning kring hur diagnosen och dess symtom kan förebyggas och underlättas.

Vissa studier beskriver ADHD som en catch-all-diagnos som beroende på hur diagnosen fastställs skulle kunna sättas på samtliga individer i ett samhälle och det är en diagnos vars existens fortfarande är starkt ifrågasatt (Weinberg & Brumback, 1992) varför fler och mer omfattande studier bör genomföras för att utveckla och förfina diagnostiseringsmetoden.

Annan forskning som också bör genomföras är miljöns inverkan för utvecklandet av diagnosen. Studier visar att den är vanligare i socioekonomiskt lågt stående grupper, emellertid finns ingen specifik förklaring till detta.

Den föreliggande studien visade tydligt att ungdomar med ADHD mår sämre, har sämre kvalité på sina relationer samt har ökad risk för missbruk än andra barn i samma åldersgrupp varför det vore gynnsamt att följa upp resultatet med en kvalitativ studie. En kvalitativ studie skulle ge möjlighet att få en fördjupad kunskap om hur ungdomar med ADHD tänker och känner inför frågeställningarna.

8. Referenser

- Agergård-Kareliusson, C. (2016). *Lärares kunskap om ADHD - Finns det ett samband mellan kunskap, attityder inför och bemötande av elever med diagnosen?* Examensarbete, Karlstads universitet, Institutionen för psykologi.
- Andresen, R (2002) *Perspektiv på arbete med kollektiv och sammanhang. I Sociala nätverk, grupper och organisationer.* red. Andresen, R. Stockholm: Natur och Kultur
- Andershed, H., & Andershed, A-K. (2015). *Normbrytande beteende i barndomen, vad säger forskningen?* Gothia Förlag.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium.* Lund: Natur & Kultur Akademisk.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).* American Psychiatric Association: Washington, DC.
- Atterström, H., & Persson, R-S. (2000). *Brister eller olikheter? Specialpedagogik på alternativa grundvalar.* Lund: Studentlitteratur.
- Baumeister, R. & Leary, M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(497-529).
- Barkley, R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder- A Handbook for Diagnosis and Treatment.* New York: Guilford.
- Biederman, J., Faraone, S-V., & Mick, E. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of American Children and Adolescent of Psychiatry*, 38(966-975).
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., & Faraone, S-V. (1999). Pharmacotherapy of

Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder.

Pediatrics, 104(2)

Blantz, B., Schmidt, M., & Esser, G. (1991). Familial adversities and child psychiatric disorders.

Journal of Child Psychology and Psychiatry 32: 939–950.

Blair, C., & Razza, P. (2011). Relating Effortful Control, Executive Function, and False Belief

Understanding to Emerging Math and Literacy Ability in Kindergarten. *Child*

Development, 78(647 - 663).

Borg, E., & Westerlund, J. (2012). Statistik för beteendevetare. Liber: Malmö.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*.

Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.

Brunt, D & Hansson, L. (2005). Att leva med psykiska funktionshinder- livssituation och effektiva vård-

och stödinsatser. Lund: Studentlitteratur

BRÅ-rapport 2001:15. Kriminell utveckling – tidiga riskfaktorer och förebyggande insatser.

Brottsförebygganderådet. ISBN 91-38-31889-X.

Carlson, C-L., Tamm, L., & Gaub, M. (1997), Gender differences in children with ADHD, ODD and co

occurring ADHD/ODD identified in a school population. *Journal of American Children*

and Adolescent of Psychiatry, 36(1706–1714).

Darnall, D. (1997). New Definition of Parental Alienation What is the Difference Between Parental

Alienation (PA) and Parental Alienation Syndrome (PAS)?

Edbom, T., Malmberg, K., Lichtenstein, P., Granlund, M., & Larsson, J-O. (2010). High sense of

coherence in adolescence is a protective factor in the longitudinal development of ADHD

symptoms. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24(541–547).

Engh, L., Janson, S., Svensson, B., Borenhag, C-G., & Eriksson, U. (2016). Swedish population-based

study of pupils showed that foster children had increased risk for ill-health, negative

lifestyle and school failure.

Erschine H-E., Ferrari, A-J., Nelson, P., Polanczyk, G-V., Flaxman A-D., Vos, T., ... Scott, J-G. (2013).

Research review: epidemiological modelling of attention-deficit/ hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1263–1274).

Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Xiao-Hua, Z. (2009). Children with autism and developmental delay Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool Autism, 13(375).

Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 4: 337–346

FN:s barnrättskommitté ger Sverige stark kritik för den ökade utskrivningen av ADHD-droger till barn,

den 6 februari, 2015. Hämtad: 2017-11-26:

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fSWE%2fCO%2f4%20ADVANCE%20UNEDITED%20VERSION&Lang=en

FN: s barnrättskommitté, concluding observations on the fifth periodic report of Sweden adopted by the

Committee at its 68th session (12 – 30 January 2015), 4 februari 2015. Hämtad 2017-11-

26:[http://www.mynewsdesk.com/se/kommitten_for_manskliga_rattigheter/pressreleases/fn-s-barnraettskommitte-ger-sverige-stark-kritik-foer-den-oekade-utskrivningen-av-adhd-droger-till-barn-](http://www.mynewsdesk.com/se/kommitten_for_manskliga_rattigheter/pressreleases/fn-s-barnraettskommitte-ger-sverige-stark-kritik-foer-den-oekade-utskrivningen-av-adhd-droger-till-barn-1114689?utm_campaign=send_list&utm_medium=email&utm_source=sendgrid)

[1114689?utm_campaign=send_list&utm_medium=email&utm_source=sendgrid](http://www.mynewsdesk.com/se/kommitten_for_manskliga_rattigheter/pressreleases/fn-s-barnraettskommitte-ger-sverige-stark-kritik-foer-den-oekade-utskrivningen-av-adhd-droger-till-barn-1114689?utm_campaign=send_list&utm_medium=email&utm_source=sendgrid)

Furrer, C., & Furrer, E. (2003). Sense of Relatedness as a Factor in Children's Academic Engagement and Performance. *Journal of Educational Psychology*, 95(148-162).

Genizi, J., Gordon, S., Kerem, N-C., Srugo, I., Shahar, E., & Ravid, S. (2013). Primary headaches,

attention deficit disorder and learning disabilities in children and adolescents. *The Journal of Headache and Pain*, 14:54.

Ghanizadeh, A., Yazdanshenas, P. & Masoud, M, Firoozabadi, A. & Farrashbandi, H. (2014). Effects of

violence on children and adolescents Parental Abuse Towards Their Children with ADHD in Iran. Springer Science, Business Media New York 2014 Journal of fam Viol, (29)269–276 DOI.

Glatz, T., Kerr, M., & Stattin, H. (2011). Parents' Reactions to Youths' Hyperactivity, Impulsivity, and Attention Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(8), 1125-1135.

Goodman, R., & Goodman, R. (2009). Strengths and Difficulties Questionnaire as a Dimensional Measure of Child Mental Health. *Journal of American Acad. Child Adolesc. of Psychiatry*, 48(400-403).

Hagberg, B. (2000). *Det goda åldrandet*. I: Dehlin, Ove (red.) (2000). *Gerontologi: åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Harpin, V. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(2–7).

Hayes, N. (2000). *Doing psychological research: Gathering and analyzing data*. Buckingham: Open University Press.

Hinshaw, S-P. & Melnick, S-M. (2016) Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology*, 7(627–647).

Henker, B & Whalen, C. (1999). The Child with attention-deficit/hyperactivity disorder in school and peer settings. *Quay HC, Hogan AE, editors. Handbook of disruptive behavior disorders*, (157–178)

Holmberg K., & Bölte, S. (2014). Do symptoms of ADHD at ages 7 and 10 predict academic outcome at age 16 in the general population? *Attention Disord* 2014;18(8):635-45

Iwarsson, P. (2007). *Samtal med barn och ungdomar: erfarenheter från arbetet på BRIS*. Göteborg: Gothia.

Jonsson, M. (2014). *Skolfrånvaro hos värmländska elever; Samband med familjestruktur, sociala*

relationer och delaktighet. Examensarbete, Karlstads universitet, Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskaper.

- Kendall, J. (1999). Siblings accounts of attention deficit hyperactivity disorder. *Family Proc.*, 38(117-36).
- Kjellman, C., & Tideman, M. (2010). *Funktionshinder och hälsa – om att ta plats och makt. i Hallberg, R.-M. (Red.) (2010). Hälsa och Livsstil – Forskning och praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (2003). Barn och nätverk: ekologiskt perspektiv på barns utveckling och nätverksterapeutiska metoder i behandlingsarbete med barn. (2., [omarb.] uppl.) Stockholm: Liber.
- Kos, J. (2004). *Primary school teachers' knowledge, attitudes and behaviors toward children with attention-deficit/ hyperactivity disorder*. The Selected Works of Dr. Julie Kos, http://works.bepress.com/julie_kos/9 Hämtad 9 november, 2015.
- Kriminalvården. (2010). Bättre sent än aldrig. En utvärdering av ADHD-projektet på Norrtäljeanstalten. Norrköping: Kriminalvården.
- Lambert, N-M., & Hartsough, C-S. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *Journal of Learning Disability*, 31(533–544).
- Lee, L-C. Harrington, RA. Louie, BB. Newschaffer, CJ. (2008). Children with Autism: Quality of Life and Parental Concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(1147-1160).
- Lindqvist, M., & Weidner, M. (2010). *Bojen verksamheten som håller dig flytande tills du simmar själv*. Examensarbete, Högskolan i Halmstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle.
- Loe, I-M., & Feldman, H-M. (2007). Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD.

Journal of Pediatric Psychology, 32(643–654).

Lokvancic, A., & El-Ghariri, S. (2014). *Hur var min skoltid? Sju individers egna berättelser om sin skoltid med diagnosen ADHD*. Examensarbete, Linnéuniversitetet, Institutionen för specialpedagogik. Från;

<http://www.divaportal.org/smash/get/diva2:767629/FULLTEXT01.pdf> (170130)

Mash, E., & Johnson, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology* (19)313–328.

Marshall, P., Brooke, S-G., Molina, Pelham., & Pelham, E. (2003). Childhood ADHD and Adolescent Substance Use: An Examination of Deviant Peer Group Affiliation as a Risk Factor. *Psychol. Addict Behav*, 17(293–302).

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S-V., Chen, L. & Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *Journal of American Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 36(37-44).

Nationalencyklopedin [NE]. (2011). Kontext. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/kontext/229447>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2016). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th eds.). Philadelphia: Wolters Kluwer

Porrino, L., Rapaport, J., Behar, D., Scerry, W., Ismond, D., & Bunny, W. (1983). A naturalistic assessment of the motor activity of hyperactive boys. *General Psychiatry*, 4(681–687).

Richardson, A-J., & Puri, B-K. (2002). A randomized double-blind, placebo-controlled study of the effects of supplementation with highly unsaturated fatty acids on ADHD-related symptoms in children with specific learning difficulties. *Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, (26)233–239.

Richman E., Rademacher, K., & Maitland, T. (2014) Coaching and College Success. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 27(1), 33 – 52:33.

- Rudsill, K.M., Gallagher, K.C., & White, J.M. (2010). Temperamental attention and activity, classroom emotional support, and academic achievement in third grade. *Journal of School Psychology, 48*(2), 113-134.
- Rutter, M., Cox, A., Tupling C, Berger M, Yule W (1975), Attainment and adjustment in two geographical areas, 1: the prevalence of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry* 126: 493–509
- Sciutto, M., Terjesen, M., & Bender-Frank, A. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools, 37*(115–22).
- Sharp, W.S., Walter, J-M., Marsh, W-L., Ritchie, G-F., Hamburger, S-D., & Castellanos, F-X. (1999). ADHD in girls: clinical comparability of a research sample. *Journal of American Children and Adolescent of Psychiatry, 38*(40–47).
- Skolverket, Lgr11 - Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011-2.pdf
Hämtad 29 december 2015.
- Socialstyrelsen. (2002). *ADHD hos barn och vuxna*. Tryck: Modin-Tryck, Stockholm maj 2002.
Artikelnr 2002-110-16
- Socialstyrelsen. (2004). *Kort om ADHD hos barn och vuxna; En sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt*. Tryck: Edita Bobergs, Falun. Artikelnr. 2004-110-7.
- Socialstyrelsen. (2015). *Barns behov i Centrum; Grundbok i BBiC*. Tryck: Edita Bobergs, Falun.
Artikelnr. 2015-10-7.
- Socialstyrelsen. (2014). *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med ADHD - Ett kunskapsstöd*. ISBN 978 91-7555-229-3. Hämtad 2017-11-27:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19582/2014-10-42.pdf>
- Socialstyrelsen & Skolverket. (2016). *En vägledning för elevhälsan*. ISBN 978-91-7555-404-4. Hämtad

2017-11-26: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20394/2016-11-4.pdf>

Stepp, S., Whalen, D., Pilkonis, P., Hipwell, A., & Levine, M. (2011). *Methodological Challenges in Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention; Commentary on Stepp et al (2011)*. *Personal Disorder*, 8:95

Svensson, B., Jernbro, C., Almqvist, K., & Jansson, S. (2014). *Barns liv och hälsa i Värmland*.

Toga, A., Thompson, P., & Sowell, E. (2006). Mapping brain maturation. *Trends Neurosci.*, 29(148-159).

Regeringen/Socialdepartementet. (2016). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopings- och tobakspolitiken*. Skr. 2015/16:86

Rowland, A., Lesesne, A., & Abramowitz, A. (2002). The epidemiology of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 8(162-170).

Steven, Evand, & Axelrod. (2004). Efficacy of a School-Based Treatment Program for Middle School Youth With ADHD. *Behavior modification*, Vol. 28 No. 4(528-547).

UNICEF Sverige (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.

Weinberg., & Brumback. (1992). The Myth of Attention Deficit- Hyperactivity Disorder: Symptoms Resulting from Multiple Causes. doi: 10.1177/088307389200700420.

Wilens., Adamson., Sgambati., Whitley., Santry., Monuteaux., & Biederman. (2002). Do Individuals with ADHD Self-Medicate with Cigarettes and Substances of Abuse? Results from a Controlled Family Study of ADHD. *Research Reviews*, (8:162–170).

