

Behandlares kunskap om ADHD

– en studie om SiS:s behandlingspersonals upplevda och uppskattade ADHD-kunskaper

Institutionen för pedagogik/IKM
Pedagogik med inriktning mot
ungdoms- och missbruksvård
MB2333

Mars 2009
Caroline Andersson
Carolina Nässing

ABSTRAKT

Växjö universitet
Institutionen för pedagogik
Pedagogik med inriktning mot ungdoms -
och missbruksvård, Examensarbete 15hp

Titel	Behandlares kunskap om ADHD - en studie om SiS:s behandlingspersonals upplevda och uppskattade ADHD-kunskaper
Engelsk titel	Professional caregivers knowledge about ADHD – a study about SiS:s professional caregivers experienced and estimated ADHD-knowledge
Författare	Caroline Andersson, Carolina Nässing
Handledare	Maria Alm
Datum	Mars 2009
Antal sidor	23
Nyckelord	ADHD, SiS, kunskap, behandling, prevalens

Studiens syfte var att belysa kunskapsläget om ADHD hos behandlare inom SiS samt hur de arbetar med elever/klienter som har ADHD eller ADHD-liknande symtom. Ett ytterligare syfte med studien var att undersöka prevalensen av ADHD inom SiS. För att mäta kunskapsläget har upplevd och uppskattad kunskap undersökts. En kvantitativ metod med strukturerade telefonintervjuer användes. De mest framträdande resultaten var att behandlarna har god kunskap om ADHD men att de ej upplever att kunskapen är tillräcklig. Resultatet visade även att behandlarna i relativt liten utsträckning använder specifika behandlingsmetoder för personer med ADHD samt att personer med ADHD är överrepresenterade inom SiS:s klientel.

SiS skriver att de strävar efter att ge elever/klienter kunskapsbaserad vård och behandling som utgår från individens behov och slutsatsen blir därför att SiS med fördel kan satsa på utbildning/vidareutbildning av behandlingspersonal för att ge dem fördjupad kunskap om ADHD och de behandlingsmetoder som har visat god effekt.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	2
<i>Statens institutionsstyrelse.....</i>	<i>2</i>
<i>Bakomliggande faktorer till utvecklandet av ADHD.....</i>	<i>2</i>
<i>Diagnostisering av ADHD.....</i>	<i>3</i>
<i>ADHD och missbruk.....</i>	<i>5</i>
<i>AHDH ur ett socioekonomiskt perspektiv.....</i>	<i>5</i>
<i>ADHD och behandling</i>	<i>6</i>
<i>ADHD-prevalens inom SiS</i>	<i>7</i>
SYFTE OCH PROBLEMFÖRMULERING	7
METOD	8
METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER	8
<i>Kvantitativ metod.....</i>	<i>8</i>
PLANERING OCH GENOMFÖRANDE	8
<i>Urval.....</i>	<i>8</i>
<i>Testinstrument</i>	<i>9</i>
<i>Datainsamling</i>	<i>10</i>
<i>Databearbetning och analys.....</i>	<i>10</i>
RESULTAT.....	12
<i>Undersökningsgrupp</i>	<i>12</i>
<i>Utbildning.....</i>	<i>12</i>
<i>ADHD-prevalens inom SiS.....</i>	<i>13</i>
<i>Upplevd kunskap</i>	<i>14</i>
<i>Uppskattad kunskap.....</i>	<i>14</i>
<i>Behandling och stödinsatser.....</i>	<i>16</i>
SAMMANFATTNING AV RESULTAT	17
DISKUSSION	18
METODDISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION.....	19
<i>ADHD-prevalens inom SiS.....</i>	<i>19</i>
<i>Upplevd kunskap</i>	<i>20</i>
<i>Uppskattad kunskap.....</i>	<i>21</i>
<i>Behandling och stödinsatser.....</i>	<i>22</i>
SLUTSATSER	22
REFERENSER	24
INFORMATIONSBREV	I
ENKÄT	II

INLEDNING

ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, är det vanligast förekommande neuropsykiatriska funktionshindret bland barn i Sverige idag. Den rådande uppfattningen är att 3-5 % av Sveriges barn lever med ADHD vilket innebär att i en klass på 25-30 elever beräknas minst ett barn ha funktionshindret (Rodriguez, Ginsberg, Fernholm & Nyberg, 2007). ADHD är en kontroversiell diagnos som under flera år tagit stor plats i media där man diskuterat allt ifrån diagnosens existens till behandling med centralstimulerande medel. På senare tid har bland annat Sveriges television även uppmärksammat de långa väntetider som ofta är förenade med en diagnosutredning. I samband med debatten om de långa väntetiderna har man även lyft fram hur viktigt det är att personer med ADHD får diagnos och rätt behandling eftersom ADHD och de symtom som är förknippade med funktionshindret kan leda till misslyckanden i skola, på arbetet, i relationer och i andra sociala sammanhang. Risken för att misslyckas i bland annat sociala sammanhang ökar när diagnostisering och därav även behandling uteblir eftersom personen då inte får möjlighet att lära sig att hantera sina symtom (Socialstyrelsen, 2002).

Misslyckanden som är direkt eller indirekt kopplade till funktionshindret kan resultera i bland annat känslor av utanförskap och dåligt självförtroende (Woodard, 2006). Vidare menar Woodard (2006) att ADHD och framför allt oupptäckt och obehandlad sådan i värsta fall kan leda till missbruk och kriminalitet. Att Kriminalvården (2009) uppskattar att minst 25 % av de intagna på Sveriges kriminalvårdsanstalter har ADHD och att Anckarsäter m.fl. (2007) påvisar att personer med ADHD även är överrepresenterade inom SiS konfirmerar att ADHD förhöjer risken för missbruk och kriminalitet. Det finns de som hävdar att följsjukdomar som depression, allmän ångest och allvarliga ätstörningar är mer en regel än ett undantag vid oupptäckt och obehandlad ADHD (Jensen, 2004). Socialstyrelsen (2002) och Woodard (2006) nämner även arbetslöshet, självmord och alkohol- och narkotikamissbruk som inte bara möjliga utan vanliga konsekvenser när en person med ADHD inte får rätt behandling.

Om oförmågan för en person att hantera sina ADHD-symtom är en av orsakerna till att han/hon befinner sig på institution är det rimligt att stor vikt i behandlingen läggs vid just symtomhantering. Vid många av SiS:s institutioner arbetar psykologer och psykoterapeuter med god ADHD-kunskap men de har ej möjlighet att träffa eleverna/klienterna dagligen (Anckarsäter, m.fl. 2007). ADHD är ett funktionshinder som i varierande grad påverkar den drabbades vardagliga liv och det är således viktigt att personer med ADHD, som är inskrivna vid SiS:s behandlingsavdelningar, ständigt omges av personal som har god kunskap om funktionshindret. Det är således av behandlingspedagogiskt intresse att ta reda på hur kunskapsläget gällande funktionshindret ser ut bland behandlingspersonal inom SiS, hur de arbetar med elever/klienter som har ADHD eller ADHD-liknande symtom samt hur hög ADHD-prevalensen är vid SiS:s behandlingsavdelningar och det är vad studien kommer att belysa.

Bakgrund

Statens institutionsstyrelse

SiS (Statens institutionsstyrelse) är en statlig myndighet som grundades 1993 och har till uppgift att bedriva vård och behandling för barn/ungdomar med tung psykosocial problematik samt vuxna personer med missbruksproblematik. Vården ges främst efter beslut i förvaltningsdomstol. SiS har valt att kalla de personer som är placerade på de särskilda ungdomshemmen för *elever* och de personer som är placerade på LVM-hemmen kallas för *klienter*. En del elever/klienter placeras inom SiS frivilligt enligt SoL 6:3 (Socialtjänstlagen), vanligast är dock att elever/klienter tvångsplaceras enligt främst LVU och LVM. De barn/ungdomar som enligt LVU tvångsplaceras på § 12-hem, som inom SiS kallas särskilda ungdomshem, är mellan 12 och 21 år och de placeras först när den vård som behövs inte kan tillgodoses på frivillig väg. Barn/ungdomar placeras enligt LVU antingen på grund av att deras föräldrar inte kan ge det stöd som krävs för en bra uppväxt eller på grund av att de själva lever ett destruktivt liv med exempelvis missbruk och kriminalitet. Vistelsetiden för ungdomar på de särskilda ungdomshemmen varierar mellan några veckor vid akutplaceringar till flera år vid behandlingsplaceringar. Målsättningen med vården är att barnet/ungdomen ska kunna återvända till sitt eget hem eller eget boende och socialnämnden omprövar därför vården var sjätte månad för att se om den fortfarande behövs eller om den ska upphöra. Vuxna personer med missbruksproblematik som enligt LVM tvångsplaceras på SiS LVM-hem, även kallade § 23-hem, gör det först när deras missbruk har gått så långt att de utsätter sin psykiska eller fysiska hälsa för allvarlig fara eller när de kan befaras att allvarligt skada sig själva eller någon närstående och när vårdbehovet ej kan tillgodoses på frivillig väg. Vistelsen på ett LVM-hem pågår under högst sex månader och målet är att klienten så snart som möjligt övergår till behandling i öppnare former (Statens institutionsstyrelse, 2009).

Vid flera av SiS:s institutioner bedrivs förutom behandling även utredning och avgiftning, detta för att eleven/klienten ska kunna vårdas inom en och samma institution. SiS policy är att flickor och pojkar, kvinnor och män, som behandlas vid SiS:s institutioner ska få kunskapsbaserad vård och behandling som utgår från deras individuella behov. SiS använder sig av behandlingsmodeller som exempelvis miljöterapi, KBT (Kognitiv beteendeterapi), ART (Aggression Replacement Training) och MST (Multisystemic Therapy) som är tänkta att rusta eleven/klienten för att bättre klara livet efter institutionsvistelsen (Statens institutionsstyrelse, 2009).

Bakomliggande faktorer till utvecklandet av ADHD

Trots att många forskningsresultat talar för att det finns en ärftlig/genetisk förklaring till uppkomsten av ADHD saknas det dock konkreta belegg för att det endast är genetiken som har betydelse för om man utvecklar funktionshindret. I Socialstyrelsens kunskapsöversikt från 2002 kan man läsa att ärftlighetens bidrag till utvecklandet av ADHD är 80 % och således den enskilt viktigaste orsaksförklaringen till utvecklandet av funktionshindret. Gillberg (2005) menar även han att den främsta orsaken till ADHD är just ärftliga faktorer och enligt honom har det funnits liknande problem hos en nära släkting till den drabbade i 40-70 % av fallen. Den näst vanligaste bakomliggande faktorn, enligt Gillberg (2005), är att fostret har en hjärnskada. Det finns även andra

ickegenetiska förklaringar till utvecklandet av ADHD. Det har bland annat visat sig att ADHD-symtom som hyperaktivitet och ouppmärksamhet har varit vanligare hos barn som inte har fått tillräckligt med syre under graviditeten. Andra ickegenetiska faktorer som kan inverka på utvecklandet av ADHD är att modern har rökt under graviditeten, att barnet har utsatts för stora mängder bly samt att barnet fötts för tidigt med en kroppsvikt på cirka 1500-2500 gram (Mattox & Harder, 2007).

Ljungberg (2008) menar att den ärftliga/genetiska förklaringsmodellen givits en alltför stor plats och han anser att ickegenetiska faktorer så som uppväxtmiljö och psykosocial omgivning i större utsträckning förtjänar att uppmärksammas. Orsaken till utvecklandet av funktionshindret ADHD är enligt Ljungberg (2008) multifaktoriell och bör med andra ord inte ses som ett antingen-eller förhållande utan snarare som en två-dimensionell stress-sårbarhetsmodell. Vad Ljungberg (2008) menar är att man kan födas med en större sårbarhet för att utveckla ADHD men att den omgivande miljön, med eventuell stress, spelar stor roll för om funktionshindret faktiskt utvecklas. Han ger ett exempel på två individer som föds med identiska genetiska egenskaper, däribland hög aktivitet. Barnen växer sedan upp i skilda miljöer, den ena i en trygg miljö och den andra i en miljö med påtaglig psykosocial belastning. Barnet som växer upp i den otrygga miljön löper större risk att i skolåldern uppvisa en högre grad av överaktivitet, kanske så pass hög att han/hon uppfyller diagnoskriterierna för ADHD. Man kan följaktligen inte ärva ADHD men man kan däremot ärva vissa sårbarhetsegenskaper (Ljungberg, 2008).

Diagnostisering av ADHD

Det finns idag två allmänt använda diagnostiseringssystem, DSM-IV och ICD-10, med bestämda kriterier som ska uppfyllas för att diagnosen ADHD ska kunna ställas. Enligt amerikanska DSM-IV, framtaget av American Psychiatric Association 1994, finns det tre undergrupper av ADHD; den ouppmärksamma gruppen, den hyperaktiva-impulsiva gruppen och den kombinerade gruppen. Den ouppmärksamma gruppen utmärks av personer som främst har svårt att fokusera och organisera samt att de kan vara glömska och dagdrömmande. Personer av den hyperaktiva-impulsiva ADHD-typen karaktäriseras av att de bland annat är otåliga, rastlösa och har svårt att styra sina impulser. Personer som tillhör den kombinerade gruppen har, precis som namnet avslöjar, en kombination av de symtom som de två föregående grupperna utmärks av. Världshälsoorganisationen, WHO, tog år 1992 fram ett europeiskt diagnostiseringssystem, International Classification of Diseases (ICD-10), där man i stället har valt att kalla det till ADHD nästan identiska funktionshindret för Hyperkinetic Disorder (HKD) (Schlachter, 2008).

ICD-10s diagnoskriterier för HKD är enligt Biederman och Faraone (2005) mer restriktiva än DSM-IVs kriterier för ADHD vilket innebär att har man fått diagnosen HKD enligt ICD-10 uppfyller man även kraven för DSM-IVs diagnoskriterier för ADHD. Att det finns två olika klassificeringssystem för att diagnostisera de nästan identiska funktionshindren ADHD och HKD har i vissa fall lett till att förekomsten av ADHD har misstolkats i Europa (Biederman & Faraone, 2005).

För att det ska vara aktuellt att ställa en ADHD-diagnos ska en läkare först utesluta att det finns andra medicinska förklaringar till symtomen. För att kunna ställa diagnosen ADHD ska en psykologisk utredning genomföras av en barnpsykolog eller psykiater där kliniska intervjuer är huvudinstrumentet som kompletteras med frågeformulär och observationer (Socialstyrelsen, 2002). Det har dock visat sig att funktionshindret bland annat förändras över tid och att symtomen kan yttra sig väldigt olika från individ till individ och det är därför, då man ställer diagnosen ADHD, viktigt att ta hänsyn till bland annat personens ålder, kön och kulturella bakgrund (Mattox & Harder, 2007). Många barn uppvisar vid något tillfälle ADHD-liknande symtom och vissa livssituationer kan öka förekomsten av dessa. För att undvika att ställa en felaktig diagnos är det därför viktigt att vid en ADHD-utredning undersöka om det kan finnas andra förklaringar som kan orsaka de ADHD-liknande symtomen, till exempel dödsfall i familjen, skilsmässa eller missbruk (Woodard, 2006).

Könsskillnader vid diagnostisering av ADHD

Kunskapen om flickor med ADHD är bristfällig eftersom ADHD-forskningen i huvudsak har varit fokuserad på pojkar. Av de uppskattningsvis 3-5 % som har diagnosen ADHD beräknas fördelningen vara ungefär en flicka på tre till fyra pojkar och vissa forskare menar att detta beror just på att flickor är underdiagnostiserade (Socialstyrelsen, 2002; Nadeau, Littman & Quinn, 2002). Till skillnad från pojkar med ADHD, som i de flesta fall uppvisar extroverta beteenden i form av bland annat aggressivitet och hyperaktivitet, är flickors ADHD-symtom mer introverta och visar sig bland annat i form av ouppmärksamhet och glömska. Det finns bland dagens forskare främst tre orsaksförklaringar till att flickor är underdiagnostiserade. Den främsta orsaken är att diagnoskriterierna i första hand är utformade efter de symtom pojkar uppvisar. Den andra orsaken är att extroverta symtom, som främst förekommer hos pojkar, är lättare att identifiera än flickors mer introverta symtom och den tredje orsaken är att flickors symtom ofta visar sig vid en senare ålder än pojkars (Nadeau, m.fl. 2002; Mattox & Harder, 2007).

Diagnostisering av vuxna med ADHD

Det saknas idag nationella riktlinjer i Sverige för hur en neuropsykiatrisk utredning ska gå till när man tror att vuxna har ADHD (Socialstyrelsen, 2002). I Rodriguez m.fl. (2007) kan man läsa om vissa svårigheter med att ställa diagnosen ADHD hos vuxna. En av de främsta svårigheterna har varit, som nämnts ovan, att de symtomkriterier som tagits fram enligt DSM-IV har varit utformade för barn, och då främst pojkar. Det är enligt samma artikel vanligt att de symtom man kan se hos barn med ADHD klingar av eller tar annan form under vuxen ålder. Wadsworth och Harper (2007) menar att ungefär 40 % av de vuxna som fick diagnosen ADHD som barn uppfyller diagnoskriterierna för ADHD även i vuxen ålder och att de resterande 60 % växer ur diagnosen men behåller vissa av symtomen. Även Wasserstein (2005) menar att man kan växa ur diagnoskriterierna för ADHD men inte själva funktionshindret.

WHO har tagit fram ett instrument, som följer DSM-IVs symtombeskrivning för ADHD, kallat Adult ADHD Self-Report Scales (ASRS) för att mäta ADHD-symtom hos vuxna. För att diagnosen ADHD överhuvudtaget ska kunna ställas krävs dock att symtom ska ha uppvisats före sju års ålder och därför görs i samband med ASRS en

noggrann anamnes samt en klinisk intervju. Läkare och psykologer arbetar, precis som när diagnosen ställs för barn, i team under utredningen (Rodriguez, m.fl. 2007).

Det finns i dagsläget få studier om ADHD-prevalens bland vuxna men Rodriguez m.fl. (2007) och Brar och Flyckt (2006) menar att 4,5 % av den svenska vuxna befolkningen beräknas ha ADHD. Wasserstein (2005) belyser att det är mer troligt att vuxna med ADHD som saknar diagnos främst representeras av kvinnor och/eller den ouppmärksamma ADHD-typen eftersom de med större sannolikhet inte har uppmärksammats under barndomen.

ADHD och missbruk

Både ungdomar och vuxna med ADHD löper en större risk att utveckla ett missbruk eller beroende av både narkotika och alkohol jämfört med normalbefolkningen, framförallt om man redan i tidig ålder har uppvisat sociala anpassningssvårigheter (Socialstyrelsen, 2002). Ljungberg (2008) menar dock att det ej är helt klarlagt om den ökade risken för missbruk eller beroende av alkohol och narkotika beror på ADHD:n i sig eller om det beror på problem kopplade till funktionshindret såsom uppförandestörning och/eller psykosocial belastning. Vidare skriver Socialstyrelsen (2002) att flera studier visar att prevalensen av ADHD är hög i grupper med missbruksproblematik. En studie visar bland annat att 20 % av patienter med alkoholproblem har eller har haft ADHD samt att funktionshindret, eller snarare problem kopplade till funktionshindret, förhöjer risken för återfall i missbruk. Roy, (2008) har sammanställt 15 studier som tillsammans visar ett starkt samband mellan uppvisande av hyperaktivt beteende i barndomen och problematiskt droganvändande i vuxen ålder. Yewers, Hay och Barton (2005) menar att ADHD vanligen återfinns hos manliga vuxna med missbruksproblematik samt att deras missbruk är av ett tyngre slag. Sartor, Lynskey, Heath, Jacob och True (2006) påvisar även att personer med ADHD tenderar att ha en tidigare alkoholdebut och ju tidigare debutålder desto högre risk löper personen att utveckla ett missbruk eller beroende av alkohol och/eller narkotika (Ellickson, Tucker & Klein, 2003).

AHDH ur ett socioekonomiskt perspektiv

Den främsta och kanske viktigaste aspekten som talar för vikten av diagnostisering och behandling av ADHD är att livskvaliteten höjs för individen. En annan aspekt som kan tyckas nog så viktig ur ett samhällsperspektiv är de socioekonomiska kostnaderna förknippade med funktionshindret. Det finns få studier gjorda som beräknar just dessa kostnader. Bernfort, Nordfeldt och Persson (2008) har dock gjort en översikt gällande ungefärliga socioekonomiska kostnader förenade med ADHD. Studien belyser bland annat att personer med ADHD oftare är lågutbildade och i högre grad har missbruksproblematik och psykisk ohälsa vilket bland annat leder till att de i större utsträckning drabbas av arbetslöshet. Personer med ADHD beräknas även uppsöka hälso- och sjukvården i större utsträckning än normalbefolkningen dels på grund av psykiska besvär kopplade till funktionshindret och dels på grund av att de är mer benägna att råka ut för till exempel trafikolyckor. Personer med ADHD är också överrepresenterade i brottsstatistik, både gällande antal anmälda brott och även antalet

fällande domar. Samtliga ovannämnda konsekvenser eller problem är förenade med stora kostnader för samhället (Bernfort, m.fl. 2008).

ADHD och behandling

Trots att det idag inte finns något sätt att helt förhindra uppkomsten av ADHD kan man ändå med hjälp av tidig upptäckt och behandling förebygga många av de problem som är förknippade med funktionshindret (Mattox & Harder, 2007). ADHD kan inte heller botas utan de olika behandlingsformerna är tänkta att mildra symtomen och på så sätt höja livskvaliteten för människor med funktionshindret.

ADHD-symtom yttrar sig på olika sätt och visar sig i olika stor utsträckning från person till person och det är därför viktigt att individanpassa behandlingen för att uppnå bästa resultat (Resnick, 2005). Enligt Socialstyrelsen (2002) finns det förhållandevis få specifikt utformade behandlingsprogram för personer med ADHD. De vanligaste behandlingsformerna är dock, enligt van der Oord, Prins, Oosterlaan och Emmelkamp (2008), medicinering i form av centralstimulerande medel och beteendeterapi.

Centralstimulerande medel

Att centralstimulerande medel bör vara det farmakologiska förstahandsvalet vid behandling av ADHD, såvida inte kontraindikationer som missbruk föreligger, råder det idag internationell konsensus om menar Socialstyrelsen (2002). Centralstimulerande medel har, enligt Biederman och Faraone (2005), använts som huvudbehandling av ADHD i närmare 40 år och medlet sägs bland annat öka dopaminhalten i hjärnan. De dokumenterade positiva effekter som finns av behandling med centralstimulerande medel är bland annat ökad uppmärksamhet, ökad impuls kontroll och ökad inlärningsförmåga samtidigt som centralstimulerande medel även minskar motorisk aktivitet, störande beteende och aggressivitet (Socialstyrelsen, 2002). Medicinering verkar kortsiktigt och är följaktligen ingen helhetslösning. Behandling med centralstimulerande medel bidrar bland annat till att man på bättre sätt kan tillgodogöra sig psykosociala interventioner eftersom bland annat koncentrations- och inlärningsförmågan höjs (Jensen, 2004; Brar & Flyckt, 2006).

Centralstimulerande medel är narkotikaklassat enligt Läkemedelsverket (2008) men i de små doser som ges vid ADHD-behandling finns ingen nämnvärd risk för missbruk av substansen menar Socialstyrelsen (2002). De centralstimulerande medlen har en likartad positiv effekt för både yngre och äldre barn samt ungdomar av båda könen (Wolraich, m.fl. 2005).

Psykosocial behandling

Socialstyrelsen (2002) menar att det finns en mycket liten erfarenhet av specifikt utformade behandlingsmetoder för personer med ADHD. De former av psykosociala interventioner som dock visat sig vara effektiva vid behandling av ADHD är kognitiv beteendeterapi riktad till barnet, föräldrautbildning och familjerådgivning. För att uppnå bästa effekt bör samtliga insatser erbjudas parallellt i kombination med medicinering med centralstimulerande medel till barnet. Flera forskare däribland Jensen (2004) menar att just kognitiv beteendeterapi riktad till barnet har visat sig vara den mest

effektiva metoden vid ADHD-behandling men endast i kombination med centralstimulerande medel. Både Socialstyrelsen (2002) och Jensen (2004) påtalar att beteendeterapin bör kombineras med centralstimulerande medel och detta för att medicineringen bland annat höjer barnets koncentrations- och inlärningsförmåga vilket är en förutsättning för att barnet ska kunna tillgodogöra sig beteendeterapin. Den viktigaste faktorn för att psykosociala interventioner ska ge önskad effekt är att de har en mycket strukturerad uppläggningsmetod med noggrann uppföljning (Socialstyrelsen, 2002).

ADHD-prevalens inom SiS

Det finns idag förhållandevis lite forskning gällande ADHD-prevalens inom SiS:s institutionsvård. Anckarsäter m.fl. (2007) har dock genomfört en prevalensstudie vid två av SiS:s särskilda ungdomshem och den visar att 39 % av de totalt 130 ungdomar som ingick i studien hade ADHD. Anckarsäter m.fl. (2007) menar att deras studie precis som andra publicerade studier pekar på att det överlag behövs adekvata behandlingsmetoder för att tillgodose behov hos personer med ADHD inom institutionsvården. Det finns dock inom SiS:s ungdomsvård endast två behandlingsavdelningar som kan erbjuda specialbehandling för ungdomar som vid sidan av sociala problem, som kriminalitet och missbruk, även har ett neuropsykiatriskt funktionshinder (Statens institutionsstyrelse, 2009).

Syfte och problemformulering

Syftet med studien är att belysa kunskapsläget om ADHD hos behandlare anställda vid SiS:s institutioner samt hur de arbetar med elever/klienter som har ADHD eller ADHD-liknande symtom. Ett ytterligare syfte med studien är att undersöka prevalensen av ADHD-diagnoser bland elever/klienter placerade inom SiS. Nedan följer våra frågeställningar;

- Vilka ADHD-kunskaper upplever behandlare inom SiS att de har?
- Är det någon skillnad i kunskaper om funktionshindret ADHD beroende på om behandlaren arbetar vid särskilda ungdomshem eller LVM-hem, om behandlaren arbetar med manliga eller kvinnliga elever/klienter samt vilken utbildningsnivå behandlaren har?
- Hur arbetar behandlare inom SiS med elever/klienter som har ADHD eller ADHD-liknande symtom?
- Hur hög är ADHD-prevalensen inom SiS?

METOD

I metodavsnittet redogörs för studiens empiriska underlag, tillvägagångssätt och genomförande. Det redogörs även för urval, instrument samt hur data har bearbetats och analyserats. Även etiska överväganden uppmärksammas.

Metodologiska utgångspunkter

Kvantitativ metod

Studien har som syfte att belysa hur kunskapsläget ser ut bland behandlare anställda inom SiS samt hur de arbetar med elever/klienter som har ADHD eller ADHD-liknande symtom. Ytterligare syftar studien till att undersöka ADHD-prevalensen inom SiS. För att på bästa sätt uppfylla det ändamålet är en kvantitativ metod att föredra eftersom metoden främst används när stora populationer ska undersökas, vilket här krävs för att kunna uttala sig om hur kunskapsläget ser ut. Den kvantitativa metoden används i huvudsak även när intresset ligger i att mäta förekomsten av någonting eller när man vill mäta samband och orsakförhållanden mellan olika variabler samt när kvantifierbara data önskas (Bryman, 2002). Eftersom studiens syfte är att just undersöka förekomsten av ADHD och att mäta samband mellan olika variabler var valet av metod således relativt enkelt. En utgångspunkt för kvantitativa studier är att världen är objektiv och mätbar och att det finns en möjlighet till sanning genom observation och erfarenhet (Bryman, 2002). Kunskapsunderlaget i en kvantitativ studie baseras följaktligen på empirisk fakta som inhämtas via sinnen genom mätning och observation. Enkät var det testinstrument som tidigt fastslogs vara bäst för att uppfylla studiens syfte eftersom den kan förse forskaren med mät- och kvantifierbar data.

Planering och genomförande

Urval

Studien innefattar samtliga av SiS:s 13 LVM-hem och 28 av SiS:s 31 särskilda ungdomshem och anledningen till att tre av de särskilda ungdomshemmen är bortvalda är att de saknar behandlingsavdelningar. Det finns en mängd personer anställda vid SiS:s behandlingsavdelningar och studiens tidsram gav ej utrymme för att genomföra en undersökning av den totala populationen. Målet blev därför att en personal vid varje behandlingsavdelning skulle svara på enkäten för att få ett så brett perspektiv som möjligt. Studiens population är således behandlingspersonal anställda vid SiS:s behandlingsavdelningar. Det fanns, när studien genomfördes, 91 behandlingsavdelningar och 85 av dessa är representerade i studien, följaktligen innefattar studien 85 respondenter. Svarfrekvensen är 93 % vilket innebär att studien har ett externt bortfall på 7 % som kan förklaras med att respondenter och intervjuare inte har kunnat avtala en tid för intervju inom den tidsram som avsatts för datainsamling. Valet av vilka behandlare vid respektive avdelning som skulle medverka i studien gjordes av antingen institutionschef, alternativt biträdande institutionschef, eller avdelningsföreståndare och kan liknas vid vad Bryman (2002) beskriver som ett

bekvämlighetsurval. Därav är urvalet ej slumpmässigt och resultatet kan således inte generaliseras, däremot kan resultatet förhoppningsvis bidra till fortsatt forskning. För att uppfylla konfidentialitetskravet anges varken namn på institution eller respondent i studien vilket innebär att medverkan är helt anonym.

Testinstrument

Datainsamlingen baseras på en surveyundersökning i form av strukturerade intervjuer per telefon med en enkät som underlag, (se Bilaga 2). Eftersom undersökning av en stor population är en förutsättning för att uppfylla studiens syfte valdes att enkäter skulle användas. Valet att genomföra strukturerade intervjuer istället för att dela/skicka ut enkäten gjordes efter att ha läst Bryman (2002) som menar att strukturerade intervjuer är att föredra framför enkäter när risken för bortfall vill minimeras. Eftersom tidsramen för studien var begränsad gjordes valet att genomföra de strukturerade intervjuerna per telefon eftersom det tar mindre tid i anspråk jämfört med att utföra direkta intervjuer. Utmärkande för strukturerade intervjuer är enligt Bryman (2002) att samtliga respondenter får svara på identiska frågor med givna svarsalternativ som ställs i en specifik ordning, detta för att reliabiliteten ska vara hög, med andra ord ska svaren kunna sammanställas på ett jämförbart sätt och studien ska kunna replikeras.

Frågorna i enkäten utformades, med stöd av Bryman (2002) och Ejlertsson (1996), utifrån studien syfte och problemformuleringar. Enkäten innehåller bakgrundsfrågor, frågor om behandlingsmetoder och frågor som rör respondentens kunskap om ADHD. Att mäta faktisk kunskap är förhållandevis svårt såvida ett kunskapstest inte genomförs vilket ej kändes relevant på grund av etiska aspekter. I studien används därför begreppen *upplevd* och *uppskattad* kunskap. För att mäta den uppskattade kunskapen konstruerades frågor och påståenden utifrån tidigare forskningsresultat, vilket även stärker frågornas validitet. Den upplevda kunskapen undersöktes genom att formulera frågor om vad respondenten ansåg i olika frågor gällande upplevda kunskaper. De frågor i enkäten som användes för att mäta den uppskattade kunskapen har nummer 14, 15, 24, 26 och de frågor som användes för att mäta den upplevda kunskapen har nummer 17, 19, 20 och 21.

Bakgrundsfrågorna var tänkta att kunna ställas i relation till bland annat kunskapsfrågorna för att eventuella samband och skillnader skulle kunna utrönas. Främst konstruerades slutna frågor med givna svarsalternativ för att underlätta behandlingen av datamaterialet. I de få fall ett givet svarsalternativ inte kunde förutses lämnades frågan öppen. Frågorna som ställdes i enkäten är med hänsyn till nyttjandekravet utformade så att frågorna endast ger svar på det som studien har för avsikt att undersöka och datamaterialet kommer endast att användas i studiesyfte.

Innan datainsamlingen påbörjades genomfördes, som Bryman (2002) rekommenderar, pilotstudier. Pilotstudierna genomfördes av flera skäl. Först genomfördes en pilotstudie på en kamrat, detta bland annat för att ta reda på om frågorna upplevdes som kränkande eller generande och för att avgöra om enkätens struktur följde en logisk ordning. Därefter utfördes en andra pilotstudie på ett HVB-hem (Hem för vård och boende) där en behandlingsassistent besvarade frågorna. Tanken var att testa frågorna på en person som kunde tänkas representera populationen som studien ämnar undersöka för att se om

frågorna var konstruerade på rätt sätt eller om det fanns risk för missförstånd, med andra ord ville frågornas reliabilitet undersökas. Efter första pilotstudien gjordes några strukturella förändringar i enkäten. Behandlingsassistenten som medverkade i den andra pilotstudien gav endast positiv kritik och därför beslutades, efter samtal med handledare, att enkäten var färdig att användas. Ytterligare ett syfte med pilotstudien var att intervjuarna skulle vänja sig vid att ställa frågorna för att undvika känslor av osäkerhet vid intervjutillfällena.

Datainsamling

Innan arbetet med insamling av datamaterial inleddes kontaktades forsknings- och utvecklingsenheten vid SiS:s huvudkontor för att informera om att studien skulle genomföras. I datainsamlingens första steg gjordes ett utskick via e-post till samtliga institutionschefer inom SiS. I utskicket, innehållande ett informationsbrev (se Bilaga 1), delgavs institutionschefen syftet med studien, de forskningsetiska kraven samt en önskan om att de skulle vara delaktiga i valet av respondenter. I brevet tydliggjordes även att respondenterna inte behövde ha några särskilda kunskaper om ADHD. I ett andra steg togs en kontakt via telefon dels för att bekräfta att institutionschef, alternativt biträdande institutionschef, tagit del av informationen i brevet och dels för att se om intresse fanns för att delta i studien. Samtliga institutionschefer valde att låta sin behandlingspersonal medverka i undersökningen. Några av institutionscheferna valde själva ut de personer som skulle delta i studien medan andra vidarebefordrade den uppgiften till respektive avdelningsföreståndare. Därefter genomfördes, under loppet av två veckor, surveyundersökningen per telefon. Respondenterna delgavs vid varje intervjutillfälle brevet information där förtydliganden även gjordes gällande respondenternas frivillighet, detta för att uppfylla informations- och samtyckeskraven. Respondenterna upplystes således bland annat om att de under intervjuens gång kunde välja att inte svara på ställda frågor och att de när som helst under intervjutillfället kunde avbryta sin medverkan men att de dock, efter avslutad intervju, ej kunde ångra sin medverkan på grund av att enkäterna var helt anonyma. För att stärka reliabiliteten förhöll sig intervjuaren helt neutral och kommenterade följaktligen inte respondentens svar vid intervjutillfället.

Databearbetning och analys

För bearbetning och analys av datamaterialet har det databaserade statistikprogrammet SPSS 17.0, Statistical Package of Social Science, använts. Först gjordes en matris där omkodad data matades in och varje variabel gavs rätt skalnivå. För att enkelt kunna gå tillbaka och kontrollera att de data som matats in var korrekta numrerades varje enkät. Svaren på de slutna frågorna klassificerades och svaren på de frågor som lämnades öppna i enkäten, fråga 24 och 25, kategoriserades där ord med likvärdig betydelse komprimerades till ett samlingsbegrepp. För att exemplifiera hur kategoriseringen gick till kunde uttryck som ”svårt att sitta still” och ”kryp i benen” få samlingsbegreppet ”rastlöshet”. Uppskattningar och kategoriseringar har av författarna utförts gemensamt vilket innebär att samtliga respondenters svar har bedömts efter samma kriterier.

Enkätens avslutande del bestod av nio ja/nej-påståenden hämtade direkt ur tidigare forskningsresultat. För att kunna bearbeta resultatet utformades ett poängsystem där det

kunskapspåståendet som skattades som mest grundläggande ADHD-kunskap, påstående fem i fråga 26, gavs ett poäng medan övriga påståenden gavs två poäng. Påstående nummer nio togs efter noggrant övervägande bort i resultatet på grund av att det hade formulerats på ett sådant sätt att det lätt kunde misstolkas. Således bedömdes åtta påståenden och respondenten kunde som mest få arton poäng. På samma sätt bearbetades fråga 24 som gällde symtombeskrivning av ADHD och respondenten erhöll ett poäng för varje "rätt" symtombeskrivning, här kunde man högst få tre poäng. För att bedöma vilka symtom som var "rätt" användes DSM-IVs symtombeskrivning för ADHD för att stärka frågans reliabilitet. Slutligen genomfördes deskriptionsanalyser, som används för att beskriva resultatet, och så kallade Chi²-test, som används när eventuella samband mellan olika variabler ska undersökas och även t-test för att undersöka statistisk signifikans (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2003).

RESULTAT

I följande resultatredovisning redogörs i figurer och tabeller, samt i löpande text för hur respondenterna besvarat frågorna i enkätundersökningen. I vissa fall redovisas svaren som de är och i andra fall görs jämförelser för att visa på samband eller skillnader mellan olika variabler. De gånger svaren redovisas i procent har en avrundning till närmsta heltal gjorts.

Undersökningsgrupp

Studien innefattar samtliga av SiS:s 13 LVM-hem och 28 av de 31 särskilda ungdomshemmen, 26 respondenter representerade LVM-hemmen och 59 respondenter representerade de särskilda ungdomshemmen. Av de sammanlagt 85 respondenter som deltog i studien var könsfördelningen relativt jämn, 47 kvinnor och 38 män. Åldersspannet för respondenterna sträckte sig mellan 27 och 64 år med en medelålder på 43 år. Antal år respondenterna hade varit anställda varierade mellan 1 och 32 år med en genomsnittslängd på 8 år. Majoriteten av respondenterna var tillsvidareanställda, några vikarierade och endast ett fåtal hade en timanställning.

Utbildning

Utbildningsnivån mättes genom att respondenterna fick ange högst genomförda utbildning där alternativen var grundskoleutbildning, gymnasieutbildning eller studier vid högskola/universitet. Övervägande del av respondenterna (71 %) hade studerat vid högskola/universitet medan resterande respondenter angav att deras högst genomförda utbildning var gymnasial bortsett från 2 respondenter vars högst genomförda utbildning var grundskolan. Det ska tilläggas att den utbildningsnivå som efterfrågades ej visar om utbildningen är yrkesadekvat samt att studier vid högskola/universitet inte behöver betyda att respondenten har examina.

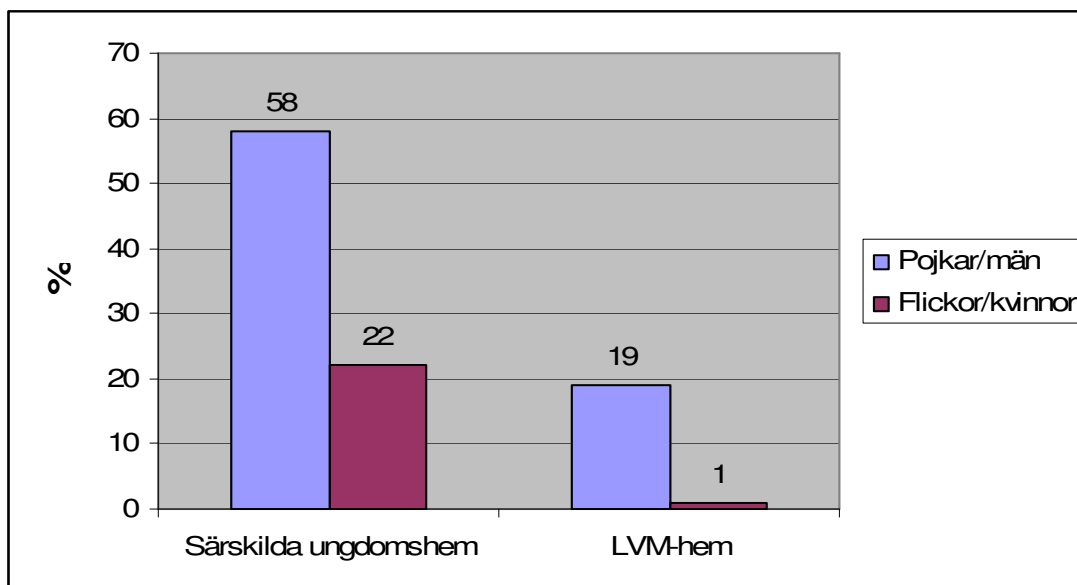
Eventuell yrkesutbildning efterfrågades även och det visade sig att 59 stycken (69 %) av respondenterna hade en adekvat yrkesutbildning där utbildningar som behandlingsassistent, socialpedagog, undersköterska och socionom var vanligast förekommande. I resultatet framkom att den vanligaste yrkestiteln var behandlingsassistent, (79 %). Andra titlar som förekom var behandlingssekreterare (6 %) och behandlingspedagog (3 %), övriga titlar utgjorde 12 %. Samtliga respondenter arbetar dock med behandling och respondenterna kommer därför fortsättningsvis att benämnas behandlare i studien.

På frågan om behandlarna hade fått någon utbildning eller information om funktionshindret ADHD genom sina nuvarande arbetsgivare svarade 53 stycken (62 %) att de hade fått antingen utbildning eller information om funktionshindret medan 31 stycken (37 %) ej hade fått någon information eller utbildning inom ämnet, 1 behandlare (1 %) svarade "vet ej" på frågan

ADHD-prevalens inom SiS

Samtliga 85 behandlare menar att de i sitt arbete träffar elever/klienter med ADHD. Behandlarna fick uppge antal inskrivna elever/klienter samt antal elever/klienter med fastställd ADHD-diagnos. Vid intervjutillfället fanns sammanlagt 548 elever/klienter inskrivna vid de behandlingsavdelningar som är representerade i studien och av dessa hade, enligt behandlarna, 91 stycken elever/klienter (17 %) en fastställd ADHD-diagnos. Det bör nämnas att 10 behandlare inte visste hur många av deras elever/klienter det var som hade en fastställd ADHD-diagnos och valde därför att svara "vet ej" på frågan. I resultatet behandlas och beräknas endast fastställda ADHD-diagnoser men det bör nämnas att hela 60 behandlare (71 %) trodde att det fanns elever/klienter på deras avdelning som hade funktionshindret ADHD men som saknade fastställd diagnos. En skillnad i antalet ADHD-diagnoser framkom mellan de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. Vid de särskilda ungdomshemmen fanns, när undersökningen genomfördes, 318 elever varav 72 stycken (23 %) hade en fastställd ADHD-diagnos medan endast 19 stycken (8 %) av de 230 klienter som var inskrivna på LVM-hemmen hade en ADHD-diagnos.

Figur 1 visar fördelningen av 88 av de totalt 91 ADHD-diagnoserna. Att tre diagnoser saknas beror på att kön ej kunnat utläsas. Figuren visar att de flesta diagnoser återfinns inom de särskilda ungdomshemmen och då främst på avdelningar som tar emot pojkar.



Figur 1. Fördelning av fastställda ADHD-diagnoser.

Resultatet visade att det fanns stora procentuella skillnader i könsfördelningen av diagnosen ADHD både inom de särskilda ungdomshemmen och inom LVM-hemmen. Differensen var tydligast på LVM-hemmen där 17 stycken (13 %) av de sammanlagt 126 männen och endast 1 av de sammanlagt 88 kvinnorna (1 %) hade diagnosen ADHD. På de särskilda ungdomshemmen hade 51 av de 184 pojkarna (28 %) och 19 av de 113 flickorna (17 %) en fastställd ADHD-diagnos vilket visar på att det finns skillnader om än inte så stora som inom LVM-hemmen.

Upplevd kunskap

Av de 85 behandlare som svarade på enkäten ansåg 84 stycken (99 %) att de hade någon form av kunskap om ADHD som de erhållit främst genom utbildning och/eller arbetslivserfarenhet.

Tabell 1. Respondenternas upplevda kunskaper om ADHD. (n=85)

Upplevda kunskaper om ADHD	Ja	Nej	Vet ej	Total
Anser Du att Du har tillräcklig kunskap om ADHD?	16 (19 %)	68 (80 %)	1 (1 %)	85 (100 %)
Anser Du att Ni överlag har goda kunskaper om ADHD på Er avdelning?	45 (53 %)	37 (44 %)	3 (3 %)	85 (100 %)

Tabell 1 visar att majoriteten (80 %) av behandlarna ej anser att de har tillräckliga kunskaper om ADHD. Även om majoriteten av behandlarna, både inom de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen, ansåg att de inte hade tillräckliga kunskaper om ADHD var det dock procentuellt sett fler av dem som arbetade på ungdomshemmen som ansåg sig ha tillräckliga kunskaper om funktionshindret än de som arbetade på LVM-hemmen. På frågan om behandlarna anser att de överlag har goda kunskaper om ADHD på avdelningen de representerar är svaren inte lika entydiga, drygt hälften svarar att avdelningens ADHD-kunskaper är goda medan knappt hälften ej anser att avdelningens ADHD-kunskaper överlag är goda.

Behandlarna fick även möjlighet att svara på hur de ansåg att deras kunskap om ADHD var i jämförelse med deras arbetskamrater och 28 stycken (33 %) ansåg sig ha mer kunskap än sina arbetskamrater, 49 stycken (57 %) ansåg att deras kunskap om ADHD var likvärdig arbetskamraternas kunskap och 8 stycken (10 %) ansåg att de hade mindre ADHD-kunskap än sina arbetskamrater.

Uppskattad kunskap

Svaren på de frågor och påståenden som ställdes för att uppskatta behandlarnas kunskap om ADHD poängsattes för att kunna bedömas. Samtliga behandlare svarade på samtliga påståenden, bortsett en behandlare som valde att ej svara på ett av påståendena. Av de totalt 18 poäng behandlarna kunde erhålla var det lägsta resultatet 4 poäng och det högsta resultatet 17 poäng och medelvärdet låg på 10,6 poäng. När Chi²-tester och t-tester genomfördes för att se om det fanns några samband och statistiskt signifikanta skillnader i kunskaper om ADHD beroende på om man arbetade på särskilda ungdomshem eller på LVM-hem eller om man arbetade med pojkar/män eller flickor/kvinnor framkom att skillnaderna ej var statistiskt signifikanta. Inte heller utbildningsnivå visade på någon statistisk signifikant skillnad för hur mycket ADHD-

kunskap behandlaren besitter, i samtliga fall låg medelvärdet runt 10 poäng. Frågorna sågs dessutom över var och en för sig och sattes även de i relation till variablerna institutionstyp, elev/klientkön samt utbildningsnivå och även här visade sig skillnaderna vara mycket små. De små kunskapsskillnader som fanns var enligt t-test inte statistiskt signifikanta och kan därför inte med säkerhet härledas till just den nämnda variabeln utan kan likväl bero på andra faktorer. Något som resultatet dock visade var att på de påståenden som rör diagnostisering och behandling, nummer 3, 4, 6 och 8, valde behandlarna i större utsträckning att svara ”vet ej” än vad de gjorde på övriga påståenden, (se Tabell 2). Det visade sig inte heller här ha någon nämnvärd betydelse vilken utbildningsnivå behandlaren hade och inte heller om behandlaren arbetade på ungdomshem eller LVM-hem eller om han/hon arbetade med manliga eller kvinnliga elever/klienter.

Tabell 2. Påståenden som visar behandlarnas ADHD-kunskap.

Påståenden	Ja (%)	Nej (%)	Vet ej (%)
1. Personer med ADHD löper större risk att utveckla ett missbruk/beroende av alkohol och narkotika jämfört med normalbefolkningen.	81	10	9
2. Personer med ADHD löper större risk att utveckla ett asocialt beteende jämfört med normalbefolkningen.	85	9	6
3. ADHD yttrar sig på samma sätt hos pojkar som hos flickor.	12	53	35
4. Det är svårare att diagnostisera vuxna än barn.	47	25	28
5. ADHD är ett neuropsykiatriskt funktionshinder som påverkar den drabbades beteende.	99	0	1
6. Medicinering med centralstimulerande medel bör vara det farmakologiska förstahandsvalet vid behandling av ADHD.	36	34	29
7. Centralstimulerande medel bör alltid kombineras med någon form av beteendeterapi.	87	7	6
8. Beteendeterapi har visat bättre effekter än centralstimulerande medel vid behandling av ADHD.	20	9	71

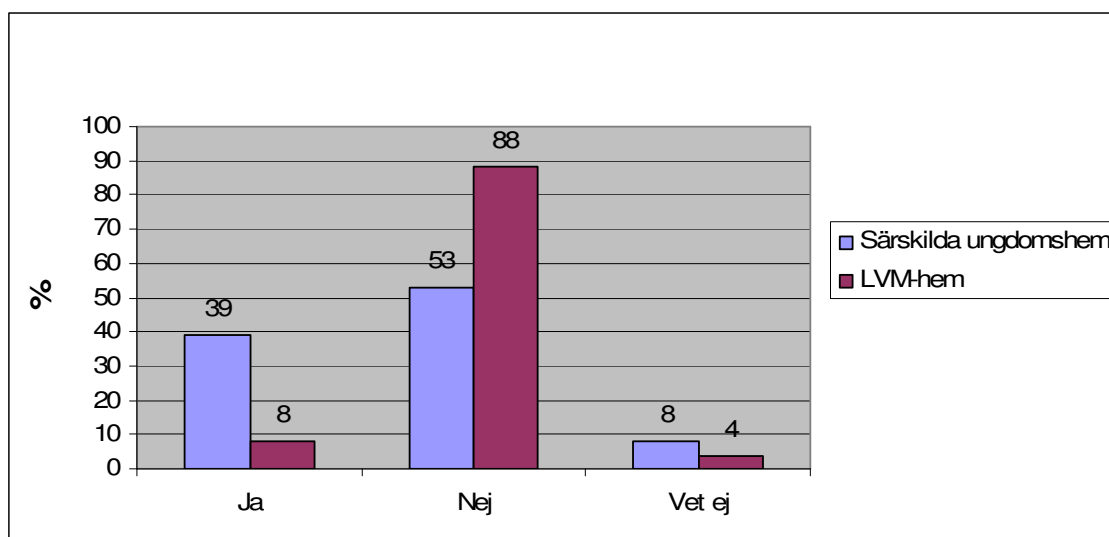
För att uppskatta behandlarnas kunskaper efterfrågades även vilka symtom de ansåg vara typiska för en person med ADHD. Samtliga behandlare svarade på frågan och de allra flesta kunde nämna symtom som finns beskrivna i DSM-IVs symtombeskrivning för ADHD. De symtom som nämndes mest frekvent var koncentrationssvårigheter och bristande impuls kontroll, vilket antyder att behandlarna i stor utsträckning känner till huvudsymtomen för ADHD.

I enkäten efterfrågades även om behandlaren hade någon uppfattning om hur många procent av Sveriges befolkning samt hur många procent av elever/klienter placerade inom SiS det är som har funktionshindret ADHD och uppfattningarna gick brett isär. Det var totalt 38 behandlare (45 %) som hade en uppfattning om hur många procent av Sveriges befolkning det är som har funktionshindret ADHD där behandlarna skattade att prevalensen låg mellan 1 och 50 %. Då frågan ställdes om behandlaren hade någon uppfattning om hur många procent av elever/klienter placerade inom SiS det är som har funktionshindret ADHD hade 55 behandlare (65 %) en uppfattning men deras svar

varierade kraftigt. Behandlarna uppskattade att alltifrån 5 till 90 % av SiS:s elever/klienter har funktionshindret ADHD. Det som kan skönjas av resultatet är att det inte finns någon tydlig enhetlig uppfattning om hur många personer som har funktionshindret ADHD, varken inom Sveriges befolkning eller inom SiS. Det som dock framkommer relativt tydligt är att de allra flesta uppskattar att ADHD-prevalensen är högre inom SiS än vad den är i Sveriges totalbefolkning, även om några skattade motsatsen.

Behandling och stödinsatser

Behandlarna hade möjlighet att besvara frågan om de anser att personer med ADHD behöver särskilt stöd på grund av problematik kopplad till funktionshindret vilket 82 behandlare (97 %) ansåg, 2 behandlare svarade "vet ej" och 1 behandlare valde att inte svara på frågan. De behandlare som ansåg att personer med ADHD behöver särskilt stöd fick kort beskriva vilket typ av stöd de menade att dessa personer behöver. Det mest frekventa svaret (39 stycken) var att behandlarna ansåg att personer med ADHD behöver struktur och ett annat återkommande begrepp var tydlighet vilket 21 av behandlarna ansåg att personer med ADHD kan vara behjälpliga av. Andra vanligt förekommande stödåtgärder som nämndes var små grupper, kortare möten och enskilt stöd i vardagen.



Figur 2. Användandet av specifika behandlingsmetoder för personer med ADHD eller ADHD-liknande symtom.

Figur 2 visar på procentuella skillnader i användandet av specifika behandlingsmetoder mellan de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. Resultatet visade att majoriteten, både av ungdomshemmen samt LVM-hemmen, ej använde specifika behandlingsmetoder för personer med ADHD eller ADHD-liknande symtom. Av de 59 behandlare som representerade de särskilda ungdomshemmen svarade 23 stycken (39 %) att de använde specifika behandlingsmetoder medan endast 2 av de 26 behandlare (8 %) som företrädde LVM-hemmen svarade ja på samma fråga. Sammanlagt uppgav alltså totalt 29 % av behandlarna att de använder sig av specifika behandlingsmetoder. I figuren kan även utläsas att 8 respektive 4 % av behandlarna, ej

kunde svara på om det användes specifika behandlingsmetoder för personer med ADHD eller ADHD-liknande symtom.

De behandlare som svarade att de använde specifika behandlingsmetoder fick även svara på vilken eller vilka behandlingsmetoder som i så fall användes. En behandlare valde att ej beskriva vilka behandlingsmetoder som användes och de övriga behandlarna nämnde metoder som ART, KBT, Teckenekonomi, Belöningssystem, MI (Motiverande samtal), Block och tecken, En sak i taget samt Beteendestyrd mall. Behandlarna fick även frågan om någon eller några av de elever/klienter som hade en fastställd ADHD-diagnos behandlades med centralstimulerande medel. Resultatet visade att fler än hälften, 53 av de totalt 91 elever/klienter med fastställd ADHD-diagnos behandlades med centralstimulerande medel. Fördelningen av de sammanlagt 53 elever/klienter som behandlades med centralstimulerande medel var 19 % inom LVM-hemmen och 81 % inom ungdomshemmen.

Sammanfattning av resultat

Resultatet av enkätundersökningen visar att personer med ADHD är överrepresenterade inom SiS och även att det finns procentuella skillnader i fördelningen av diagnosen både om man ser till kön och institutionstyp. Majoriteten av de behandlare vid SiS som medverkade i studien upplever sig ha någon form av kunskap om ADHD som de erhållit främst genom utbildning och/eller arbetslivserfarenhet och fler än hälften hade fått utbildning eller information om ADHD genom sin nuvarande arbetsgivare. På frågan om behandlarna ansåg att de överlag hade god kunskap om ADHD på deras avdelning svarade drygt hälften att de ansåg att de hade god kunskap medan knappt hälften ej ansåg att kunskapen om ADHD överlag var god på avdelningen. Behandlarna fick uppskatta hur deras ADHD-kunskap var i jämförelse med deras arbetskamrater och en tredjedel ansåg sig ha mer kunskap, hälften ansåg sig ha likvärdig kunskap och resterande behandlare ansåg att deras kunskap om ADHD var mindre än kollegornas. De flesta behandlare upplever dock att deras ADHD-kunskaper inte är tillräckliga.

De kunskapsskattningar som har gjorts visar att behandlarna överlag har grundläggande kunskap om funktionshindret ADHD. Behandlarnas kunskap om funktionshindret verkar inte ha något samband med huruvida man arbetar på särskilda ungdomshem eller LVM-hem, om behandlaren arbetar med manliga eller kvinnliga elever/klienter. Inte heller utbildningsnivån verkar ha någon betydelse för vilken ADHD-kunskap behandlaren besitter. Huvudparten av behandlarna ansåg att personer med ADHD behöver särskilt stöd på grund av problematik kopplad till funktionshindret. De stödinsatser som flertalet av behandlarna nämnde som betydelsefulla var bland annat struktur och tydlighet. Användandet av specifika behandlingsmetoder för personer med ADHD eller ADHD-liknande symtom varierade mellan de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. Det visade sig att det är vanligare att det används specifika metoder för personer med ADHD eller ADHD-liknande symtom på de särskilda ungdomshemmen. Majoriteten av de behandlare som svarade på enkäten angav att de inte använde sig av specifika metoder, oavsett om de arbetade på ungdomshem eller LVM-hem. De metoder som behandlarna menade att de dock använder är främst ART och KBT. Majoriteten av de elever/klienter som hade en fastställd ADHD-diagnos behandlades med centralstimulerande medel.

DISKUSSION

Studiens syfte var bland annat att undersöka vad behandlare inom SiS har för kunskap om ADHD, även prevalensen av diagnosen bland elever/klienter placerade vid SiS:s behandlingsavdelningar ämnades undersökas. Studiens syfte anses vara uppfyllt. Av resultatet framgick att prevalensen av diagnosen är högre bland elever/klienter inom SiS än bland normalbefolkningen och att behandlarnas kunskap om funktionshindret var god men ej upplevdes vara tillräcklig.

I metoddiskussionen kommer upplevda styrkor respektive svagheter med det valda tillvägagångssättet att belysas. Vidare kommer, i resultatdiskussionen, resultatet av undersökningen att belysas i förhållande till studiens syfte och tidigare forskning.

Metoddiskussion

Fördelar som kan konstateras med att ha använt en kvantitativ metod är att en stor del av populationen har kunnat undersökas och att en upplevd positiv distans har kunnat hållas till respondenterna. Det framkom under arbetet med datainsamlingen att behandlarna vid flera tillfällen ville utveckla, diskutera och argumentera för svaren de gav vilket det inte fanns utrymme för eftersom frågorna i enkäten i huvudsak var slutna och eftersom den kvantitativa metoden förutsätter att forskaren förhåller sig objektivt till det som undersöks. Hade en kvalitativ metod istället använts hade behandlarna haft möjlighet att med fler ord beskriva till exempel vilka symtom de anser är typiska för personer med ADHD och resultatet hade förmodligen givit en djupare förståelse av behandlarnas kunskap och det hade även varit möjligt att vidare undersöka hur de implementerar kunskapen i det praktiska arbetet. Svaren som hade kunnat fås genom användandet av en kvalitativ metod hade varit intressanta men studiens egentliga syfte hade inte kunnat uppfyllas.

Valet att låta en behandlare vid varje behandlingsavdelning delta i studien är fördelaktigt med tanke på att det ger studien en bredd och en geografisk spridning medan nackdelen kan vara att den behandlare som medverkar inte är representativ för den behandlingsavdelning han/hon representerar. Att överlåta valet av vilken behandlare som skulle medverka i studien till respektive institutionschef skulle kunna ha betydelse för resultatet. Det kan till exempel tänkas att de personer som har blivit utvalda att delta i studien har blivit utvalda på grund av att de har goda kunskaper om ADHD och således kan tänkas besvara "kunskapsfrågorna" i enkäten bättre än sina kollegor.

Även i efterhand upplevs enkät vara det testinstrument som lämpade sig bäst för att uppfylla studiens syfte. Enkätens frågor är överlag genomtänkta och ger svar på det som ämnades undersökas, dock upplevs att en del frågor kunde ha formulerats annorlunda och att vissa frågor med fördel hade kunnat bytas ut mot andra, mer relevanta, frågor. Det hade till exempel varit bra att i enkäten ställa frågan om behandlaren önskade mer utbildning om funktionshindret ADHD samtidigt som frågan om behandlaren arbetade vid en öppen eller låsbar avdelning i sammanhanget ej är relevant. De ja/nej-påståenden som återfinns i enkäten är positivt formulerade vilket kan tänkas ha påverkat resultatet. Positiva påståenden bjuder in till ett jakande svar och det kan därför finnas en risk för att fler valde att svara "ja" istället för "nej". Påståendenas styrka är att de ger en

möjlighet att uppskatta respondenternas teoretiska ADHD-kunskap men en svaghet kan vara att de säger föga om vilken nytta behandlaren har av den uppskattade kunskapen i praktiken. I efterhand kan konstateras att det hade varit önskvärt att genomföra större pilotstudier eftersom de hade kunnat generera i att fler sakfel i enkäten hade uppmärksammats tidigare så att frågornas validitet hade blivit högre.

Att genomföra de strukturerade intervjuerna per telefon visade sig vara förhållandevis tidskrävande men upplevs ändå i efterhand som ett korrekt beslut med tanke på att svarsfrekvensen blev väldigt hög, (93 %), precis som förutspått. Det externa bortfallet var således endast sju procent vilket enligt Bryman (2002) klassas som utmärkt. Att det externa bortfallet var så lågt som det var kan kanske också förklaras med att studien var förankrad vid SiS:s huvudkontor samt att kontakt med institutionschef togs både via e-post och per telefon. Även det låga interna bortfallet tros till stor del bero på att intervjuerna genomfördes per telefon men kan även tänkas bero på att frågorna i enkäten ej berör ett känsligt ämne och därför inte upplevs som varken kränkande eller svårbesvarade av respondenterna. Nackdelen med att genomföra strukturerade intervjuer per telefon istället för att skicka ut enkäterna är att färre respondenter får möjlighet att delta i studien. Hade enkäten skickats ut till hela populationen hade förmodligen fler svar erhållits men svarsfrekvensen hade troligen varit lägre. Fördelar med att genomföra telefonintervjuer istället för att intervjua respondenterna direkt är bland annat att respondenten i betydligt mindre utsträckning påverkas av olika faktorer hos intervjupersonen som i sin tur kan tänkas påverka respondentens svar. Det finns även nackdelar med att intervjua per telefon och en av dem är att intervjuaren ej kan se respondenten, vilket innebär att intervjuaren kan gå miste om ansiktstuttryck och kroppsspråk hos respondenten som signalerar osäkerhet och funderingar (Bryman, 2002).

När uppskattningar och kategoriseringar görs har den subjektiva bedömningen betydelse och risk finns att resultatet påverkas. Skulle andra forskare kategorisera och uppskatta samma svar kanske resultatet hade sett annorlunda ut. För att minimera risken för att den subjektiva bedömningen skulle påverka resultatet har DSM-IV använts som bedömningsunderlag.

Studiens resultat kan inte generaliseras men den höga svarsfrekvensen bidrar ändå till att man kan tala om någon form av giltighet för resultatet. Det kan följaktligen inte fastslås att resultatet kan överföras på hela populationen men det finns heller inte några egentliga skäl att tvivla på att resultatet är giltigt även för övriga behandlare som arbetar inom SiS.

Resultatdiskussion

ADHD-prevalens inom SiS

Resultatet visade att 17 % av de elever/klienter som vid undersökningstillfället var inskrivna vid de behandlingsavdelningar som ingick i studien hade en fastställd ADHD-diagnos. Det bör kanske förtydligas att prevalensen är baserad på den information behandlarna har angivit och att det därför kan finnas risk för att siffran kan vara både högre och lägre men det finns ingen anledning att tvivla på att de antal diagnoser som

uppgivits inte skulle vara korrekta. Sett till de uppskattningsvis 3-5 % som enligt Rodriguez m.fl. (2007) lever med ADHD kan det konstateras att det finns en klar överrepresentation av ADHD inom SiS. Att personer med funktionshindret är överrepresenterade kan rimligen tänkas bero på att ADHD, och framförallt oupptäckt och obehandlad sådan, kan leda till utvecklandet av missbruk och tung psykosocial belastning (Woodard, 2006), vilka är huvudanledningarna till varför elever/klienter placeras inom SiS. Det bör klargöras att de 17 % som presenteras i studien är fastställda ADHD-diagnoser medan de 3-5 % som Rodriguez m.fl. (2007) talar om snarare är en uppskattning av hur många som har funktionshindret och inte hur många som faktiskt har en fastställd diagnos. Att hela 71 % av behandlarna uppskattar att det finns elever/klienter vid deras avdelning med odiagnostiserad ADHD är intressant ur flera aspekter. Dels skulle det kunna innebära att behandlare på grund av bristande kunskap alltför lättvindigt sätter etiketten ADHD på elever/klienter som uppvisar ADHD-liknande symtom, men det skulle likväl kunna vara så att behandlarna har rätt och helt enkelt är bra på att uppmärksamma just de symtom som förknippas med funktionshindret.

I Socialstyrelsen (2002) och Nadeau m.fl. (2002) kan man dels läsa att ADHD tros vara vanligare hos pojkar men även att flickor är underdiagnostiserade. Studiens resultat visar på procentuella skillnader i antalet diagnoser för pojkar och flickor vid de särskilda ungdomshemmen där de diagnostiserade pojkarna var procentuellt sett fler än de diagnostiserade flickorna. Vid LVM-hemmen var de procentuella skillnaderna mellan män och kvinnor än mer tydliga, tretton procent av männen och endast en procent av kvinnorna hade en fastställd ADHD-diagnos. Resultatet visar även att ADHD-diagnos var vanligare vid de särskilda ungdomshemmen än vid LVM-hemmen. Detta kan med hjälp av Socialstyrelsen (2002) förklaras med att DSM-IVs diagnoskriterier är utformade för barn och då främst pojkar och Wasserstein (2005) belyser att det är mer troligt att fler vuxna kvinnor än män saknar ADHD-diagnos eftersom de uppvisar symtom som är svårare att upptäcka.

Slutligen kan konstateras att det forskningen säger stämmer väl överrens med studiens resultat.

Upplevd kunskap

Alla behandlare, bortsett en, ansåg sig ha någon form av kunskap om ADHD och med tanke på att samtliga behandlare uppgav att de i sitt arbete möter personer med funktionshindret var resultatet föga förvånande eftersom det torde vara en självklarhet att man erhåller kunskap om ADHD om man i sitt yrke i så stor utsträckning möter personer med funktionshindret. Drygt hälften av behandlarna hade dessutom fått information eller utbildning om funktionshindret ADHD genom SiS. Trots att så pass många ansåg sig ha kunskap om funktionshindret svarade övervägande del att de inte ansåg sig ha tillräcklig kunskap om ADHD. Det faktum att övervägande del av behandlarna ej ansåg sig ha tillräcklig kunskap om ADHD kan ge en antydning om att behandlarna anser att det är viktigt med kunskap. Den bristande kunskapen skulle kunna leda till att behandlarna känner sig otillräckliga i sin yrkesroll när de möter elever/klienter med ADHD, vilket i sin tur skulle kunna leda till att elever/klienter med ADHD inte får den behandling och/eller det stöd de faktiskt behöver och har rätt till.

Uppskattad kunskap

Även om några behandlares kunskaper om ADHD var knappa visar resultatet att behandlarna överlag har grundläggande kunskap om funktionshindret. Ett fåtal behandlare visade även på mycket goda kunskaper. Uppskattningen har gjorts utifrån att behandlarna tillsammans hade ett medelvärde som var högre än hälften av totalpoängen. Ett konstaterande som kan göras är att behandlarna i större utsträckning svarade "vet ej" på påståenden som rörde diagnostisering och behandling av ADHD. Ett av påståendena rörde könsskillnader i symtomyttring och att behandlarna i stor utsträckning svarade "vet ej" kan tänkas bero på att behandlare som arbetar med antingen pojkar/män eller flickor/kvinnor inte har någon erfarenhet av att arbeta med elever/klienter av det andra könet och därför känner att de ej kan uttala sig om ifall ADHD yttrar sig olika hos elever/klienter av det manliga respektive kvinnliga könet. Detta i sin tur kan tänkas ha mindre betydelse för en behandlare som arbetar uteslutande med pojkar. Behandlare som arbetar med pojkar kanske inte behöver känna till att ADHD generellt yttrar sig annorlunda hos flickor, däremot kan det vara viktigt att behandlare som arbetar med flickor känner till att de ofta uppvisar mer introverta symtom än pojkar och därför är svårare att upptäcka.

Med tanke på att diagnosen ADHD i större utsträckning förekommer bland barn och ungdomar och då främst pojkar kan det vara lätt att anta att kunskapsnivån därför skulle vara högre hos behandlare som arbetar på ungdomshem med pojkar som klientel. Resultatet visade dock att det endast var marginella skillnader i kunskap om ADHD beroende på om behandlarna arbetade vid särskilda ungdomshem eller LVM-hem och/eller om de arbetade med manliga eller kvinnliga elever/klienter.

Att resultatet visar att det inte finns några nämnvärda skillnader i kunskap mellan de olika variablerna är intressant och det kanske faktiskt är så, precis som behandlarna själva anger, att kunskap om ADHD främst har inhämtats genom arbetslivserfarenhet. Det är positivt att grundläggande kunskap om funktionshindret finns överallt inom SiS men det kan tyckas att behandlare som arbetar på särskilda ungdomshem borde ha mer än grundläggande kunskaper om ADHD, inte bara för att diagnosen är vanligare bland barn och ungdomar utan även för att de elever som behandlas vid ungdomshemmen i genomsnitt har en betydligt längre vistelsetid än klienter placerade på LVM-hem. Det är klart att kunskap om funktionshindret ADHD är viktigt även om behandlaren arbetar på ett LVM-hem men eftersom fokus då främst ligger på att hjälpa klienten att bryta ett missbruksmönster behöver man som behandlare kanske främst känna till dels hur ADHD kan komma till uttryck, vilka problem som ADHD kan ge upphov till men också att personer med ADHD kan vara behjälpliga av stödinsatser som till exempel tydlig struktur i vardagen vilket de flesta behandlare enligt resultatet redan verkar känna till.

Det fanns bland behandlarna ingen enhetlig uppfattning om hur många procent av Sveriges befolkning det är som har funktionshindret ADHD och uppfattningarna gick även brett isär vad gällde förekomsten av funktionshindret inom SiS. Den allmänna uppfattningen bland behandlarna var dock att ADHD är vanligare inom SiS än vad det är i Sveriges befolkning i stort, vilket studiens resultat och tidigare prevalensforskning styrker.

Behandling och stödinsatser

Trots att 97 % av behandlarna ansåg att personer med ADHD behöver särskilt stöd på grund av problematik kopplad till funktionshindret och även kunde ge bra exempel på sådant stöd var det endast 29 % som svarade att de använde specifika behandlingsmetoder för personer med ADHD eller ADHD-liknande symtom. Det kan finnas flera förklaringar till att en så pass stor andel av behandlarna uppgav att de inte använder specifika metoder men mest troligt är dock att de inte känner till att metoder som KBT har visat goda resultat vid behandling av ADHD. KBT är en behandlingsmetod som flertalet av behandlingsavdelningarna använder enligt SiS (2009) och sett till hur många som uppger att de använder metoden var det förhållandevis få som nämnde den som en behandlingsmetod lämplig för personer med ADHD. Ytterligare en indikator på att behandlarna inte vet vilka metoder som är lämpliga för personer med ADHD är att 7 % faktiskt svarade att de inte visste om de använde specifika metoder för personer med ADHD eller ADHD-liknande symtom. De skillnader i användandet av specifika behandlingsmetoder mellan de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen som gick att utläsa i resultatet var tydliga. Att användandet av specifika behandlingsmetoder för personer med ADHD eller ADHD-liknande symtom var mindre vanliga på LVM-hemmen kan troligen förklaras med att personer som vistas på LVM-hem gör det för att i första hand bryta ett missbruksmönster och det kan därför tänkas att annan behandling kommer i andra hand.

Behandlarna uppgav att mer än hälften av de elever/klienter som har en fastställd ADHD-diagnos behandlades med centralstimulerande medel och 81 % av de som medicinerades befann sig på särskilda ungdomshem medan endast 19 % befann sig på LVM-hem. Socialstyrelsen (2002) skriver att behandling med centralstimulerande medel bör vara det farmakologiska förstahandsvalet såvida inte kontraindikationer som missbruk föreligger och detta kan vara en förklaring till varför centralstimulerande medel i lägre grad används på LVM-hemmen där klienterna är placerade på grund av missbruksproblematik.

Slutsatser

De slutsatser som kan dras är att det finns en klar överrepresentation av personer (elever/klienter) med ADHD inom SiS, att behandlarna som ingick i studien har kunskap om funktionshindret, om än i varierande grad, men att de inte ansåg sig ha tillräckliga kunskaper samt att få behandlingsavdelningar använder specifika behandlingsmetoder för personer med ADHD eller ADHD-liknande symtom. Med tanke på att SiS skriver att de strävar efter att ge elever/klienter kunskapsbaserad vård och behandling som utgår från individens behov kan kanske utbildning/vidareutbildning av behandlingspersonal vara något för SiS att investera i för att ge personalen fördjupad kunskap om ADHD och de behandlingsmetoder som visat god effekt. Behandling i sig är förknippat med många etiska aspekter och när personer behandlas under tvång tillkommer ytterligare etiska dilemman. Det är inte etiskt försvarbart att vårda/behandla människor under tvång utan att man på bästa sätt tillgodoser deras behov.

De personer som behandlas inom SiS gör det för att de har tung psykosocial belastning och/eller missbruksproblematik men många av dessa personer har även någon form av

psykiska besvär. Det är således bra att det finns psykologer och psykoterapeuter knutna till SiS:s institutioner men de har inte möjlighet att träffa eleverna/klienterna dagligen. Det faktum att förekomsten av ADHD är hög inom SiS samt att det är ett funktionshinder som påverkar vardagen i hög grad förhöjer vikten av att god kunskap om funktionshindret finns även bland behandlingspersonal.

Studien ger ingen exakt bild av behandlarnas ADHD-kunskap men kan förhoppningsvis väcka tankar om kunskapens vikt samt utgöra underlag för vidare forskning.

REFERENSER

Anckarsäter, Henrik., Nilsson, Thomas., Ståhlberg, Ola., Gustafson, Mats., Saury, Jean-Michel., Råstam, Maria. & Gillberg, Christopher. (2007). Prevalences and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents. *Developmental Neurorehabilitation* vol. 10(1), s. 57-65.

Bernfort, Lars., Nordfeldt, Sam. & Persson, Jan. (2008). ADHD from a socio-economic perspective. *Acta Pædiatrica* vol. 97, s. 239-245.

Biederman, Joseph. & Faraone V, Stephen. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, vol. 366, s. 237-248. Hämtad 2009-02-02 från www.thelancet.com

Brar, Annika. & Flyckt, Lena. (2006). Vuxna med neuropsykiatrisk diagnos får inte tillräcklig hjälp. *Läkartidningen*, vol. 103, s. 1516-1518.

Bryman, Alan. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Djurfeldt, Göran., Larsson, Rolf. & Stjernhagen, Olle. (2003). *Statistisk verktyglåda-samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, Göran. (1996). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Ellickson L, Phyllis., Tucker S, Joan. & Klein J, David. (2003). Ten-year prospective study of public health and problems associated with early drinking. *Pediatrics*, vol. 111 no. 5, s. 949-955.

Gillberg, Christopher. (2005). *Ett barn i varje klass: om ADHD och DAMP*. Stockholm: Cura bokförlag och utbildning AB.

Jensen E, Cary. (2004). Medication for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Social Work Journal*, vol. 32, s. 197- 214.

Kriminalvården.(2009). Hämtad 2009-02-15 från:
http://www.kriminalvarden.se/templates/KVV_InfopageGeneral___4219.aspx

Ljungberg, Tomas. (2008) *AD/HD i nytt ljus*. Nyköping: Exiris.

Läkemedelsverket. (2008). <http://www.lakemedelsverket.se>

Mattox, Renee. & Harder, Jeanette. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Diverse Populations. *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol.24, s. 195-207.

Nadeau G, Kathleen., Littman B, Ellen. & Quinn O, Patricia. (2002). *Flickor med AD/HD*. Lund: Studentlitteratur.

- Resnick J, Robert. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Teens and Adults: They Don't All Outgrow It. *JCLP/In Session*, vol. 61, s. 529-533.
- Rodriguez, Alina., Ginsberg, Ylva., Fernholm, Angela. & Nyberg, Lilianne. (2007). ADHD svårt att diagnostisera hos vuxna. *Läkartidningen*, vol. 104, s. 1398-1400.
- Roy, Alastair. (2008). The relationships between attention-deficit/hyperactive disorder (ADHD), conduct disorder (CD) and problematic drug use (PDU). *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 15 (1), s 55-75.
- Sartor, E. Carolyn., Lynskey, T. Michael., Heath, C. Andrew., Jacob, Theodore. & True, William. (2006). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, vol. 102, s. 216-225.
- Schlachter, Sarah. (2008). Diagnosis, Treatment, and Educational Implications for Students With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the United States, Australia, and the United Kingdom. *Peabody Journal Of Education*, vol. 83, s. 154-169.
- Socialstyrelsen. (2002). *ADHD hos barn och vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2002/2131/2002-110-16.htm>
- Statens institutionsstyrelse. (2009). <http://stat-inst.se/>
- van der Oord, Saskia., Prins J.M, Pier., Oosterlaan, Jaap. & Emmelkamp M.G., Paul. (2008). Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children – Predictors of treatment outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 17, s. 73-81.
- Wadsworth S, John. & Harper C. Dennis. (2007). Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Assessment and Treatment Strategies. *Journal of Counselling & Development*, vol. 85, s. 101-109.
- Wasserstein, Jeanette. (2005). Diagnostic Issues for Adolescents and Adults With ADHD. *JCLP/In Session*, vol, 61, s. 535-547.
- Wolraich L, Mark., Wibbelsman J, Charles., Brown E, Thomas., Evans W, Stewen., Gotlieb M, Edward., Knight R, John. m.fl (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: A Review of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Implications. *Pediatrics*, vol. 115, s. 1734-1746.
- Woodard, Robert. (2006). The Diagnosis and Medical Treatment of ADHD in Children and Adolescents in Primary Care: A Practical Guide. *Pediatric Nursing*, vol. 32, s. 363-370.
- Yewers, T. M., Hay, D. A. & Barton, A. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and severity of drug use in a sample of adult male drug users. *Australian Psychologist*, vol.40 (2), s. 109-117.

Informationsbrev

Till institutionschef gällande medverkan i C-opsats

Hej!

Vi är två studenter som läser programmet "Pedagogik med inriktning mot ungdoms- och missbruksvård" 180p vid Växjö universitet och vi skriver till Dig med anledning av att vi tänker genomföra en studie bland Sveriges SiS-institutioner gällande behandlares kunskaper om ADHD. Resultatet av studien kommer att redovisas i en C-opsats vid Växjö universitet i mars, april -09 och för att studien ska kunna genomföras behöver vi Din hjälp. Vi tänker kontakta samtliga av Sveriges SiS-institutioner och vår förhoppning är att en behandlare vid varje behandlingsavdelning har möjlighet att medverka, så även vid Er institution. Undersökningen kommer att genomföras i form av en enkätundersökning som sker via telefon och samtalet beräknas ta ca 15 minuter. De vi vill tala med är behandlare och de behöver inte ha några särskilda kunskaper om ADHD.

Frivillighet och konfidentialitet

Det är naturligtvis frivilligt att välja om man överhuvudtaget vill delta i undersökningen eller ej. Väljer man att delta har man även möjlighet att välja att inte svara på vissa frågor och man kan när som helst, under intervjuens gång, välja att avbryta sin medverkan. Vid avslutad intervju kommer det däremot inte att vara möjligt att avbryta sin medverkan på grund av att samtliga enkäter saknar namn på både avdelning och respondent vilket innebär att alla enkäter är totalt anonyma och de är därför omöjliga att spåra. Materialet, det vill säga de svar vi får in, kommer endast att användas i studiesyfte.

Vi önskar nu att Du kan hjälpa oss genom att ge oss ett namn (och eventuellt telefonnummer till avdelningen) på en behandlare från varje behandlingsavdelning som kan medverka i vår undersökning och vi vill förtydliga att det inte spelar någon roll vem av behandlarna vi talar med, med tanke på att det är den allmänna kunskapen vi är intresserade av. Vi planerar att genomföra rundringningen vecka 5-7, 2009 och vi ber Dig därför att tala med någon/några ur Din behandlingspersonalgrupp så snart som möjligt så att de är förberedda på att vi ringer, exakt när vi ringer just Er institution vet vi dock inte.

Vi kommer att ringa till Dig inom några dagar för att dels försäkra oss om att Du har tagit del av informationen i detta brev och dels för att ta reda på om intresse finns att delta i vår undersökning och i så fall även få veta vilka behandlare vi kan kontakta. Har Du några frågor är Du mer än välkommen att höra av Dig till oss, vi nås på följande e-postadress: cnapu06@student.vxu.se

Vi vill avsluta med att tacka för att Du tagit Dig tid att läsa igenom detta informationsbrev. Vi är väl medvetna om att Era behandlares tid är mycket värdefull men det är vår förhoppning att Ni, precis som vi, ser vinsten i ny kunskap och att Du därför uppmuntrar någon/några ur Din behandlingspersonalgrupp att avsätta 15 minuter av sin tid för att svara på våra frågor.

Tack på förhand,

Vänligen/

Caroline Andersson & Carolina Nässing

Handledare: Maria Alm

Examinator: Idor Svensson

Kursansvarig: Marita Rosell

Enkät

1. Arbetar Du på ett särskilt ungdomshem eller på ett LVM-hem?

- Särskilt ungdomshem
LVM-hem
-

2. Födelseår?

19__

3. Kön?

- Man
Kvinna
-

4. Hur länge har Du varit anställd? (I hela år?)

__ år

5. Vad har Du för anställningsform?

- Tillsvidareanställning
Vikariat
Timanställning
Annat
-

6. Vilken är Din yrkestitel?

7. Vilken är Din högst genomförda utbildning?

- Grundskoleutbildning (folkskola eller liknande)
Gymnasieutbildning (realskola/folkhögskola)
Studier vid högskola/universitet
-

8. Har Du någon yrkesutbildning?

- Ja → Vilken? _____
Nej
-

9. Vilken typ av avdelning arbetar Du på?

- Öppen avdelning
Låsbar avdelning
-

10. Är eleverna/klienterna Du arbetar med...

- Pojkar/män
Flickor/kvinnor
Pojkar/män och flickor/kvinnor
-

11. Hur många elever/klienter har Ni för tillfället inskrivna på Er avdelning?

____st.

12. Träffar Du i Ditt arbete elever/klienter med funktionshindret ADHD?

- Ja
Nej
Vet ej
-

13. Hur många av Era nuvarande elever/klienter har en fastställd ADHD-diagnos?

____st.

- Vet ej

14. Har Du någon uppfattning om hur många procent av Sveriges befolkning det är som har funktionshindret ADHD?

Ja → Hur många procent? _____
Nej

15. Har Du någon uppfattning om hur många procent av elever/klienter placerade inom SiS det är som har funktionshindret ADHD?

Ja → Hur många procent? _____
Nej

16. Tror Du att det finns elever/klienter på Din avdelning som har funktionshindret ADHD men som saknar fastställd diagnos?

Ja
Nej
Vet ej

17. Anser Du att Du har någon kunskap om funktionshindret ADHD?

Ja → Hur? Personliga erfarenheter
Arbetslivserfarenhet
Utbildning
Nej

18. Har Du fått någon utbildning/information inom ämnesområdet ADHD genom Din nuvarande arbetsgivare?

Ja
Nej
Vet ej

19. Anser Du att Du har tillräcklig kunskap om ADHD?

Ja
Nej
Vet ej

20. Anser Du att Ni överlag har goda kunskaper om ADHD på Er avdelning?

- Ja
Nej
Vet ej
-

21. Anser Du att Du har mindre, likvärdig eller mer kunskap om ADHD i jämförelse med Dina arbetskamrater?

- Mindre
Likvärdig
Mer
Vet ej
-

22. Använder Ni på Er avdelning specifika behandlingsmetoder riktade till elever/klienter med ADHD eller ADHD-liknande symtom?

- Ja → Vilken/vilka? _____
Nej
Vet ej
-

23. Behandlas någon/några av Era elever/klienter, som har en fastställd ADHD-diagnos, med centralstimulerande medel?

- Ja → Hur många? ____st.
Nej
Vet ej
-

24. Vilka symtom anser Du är typiska för en person med ADHD?

Beskriv: _____

- Vet ej
-

25. Anser Du att elever/klienter med ADHD behöver särskilt stöd på grund av problematik kopplad till funktionshindret?

Ja → Beskriv: _____
 Nej
 Vet ej

26. Hur ställer Du dig till följande ja- och nej-påståenden?

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Personer med ADHD löper större risk att utveckla ett missbruk/beroende av alkohol och narkotika jämfört med normalbefolkningen. | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 2. Personer med ADHD löper större risk att utveckla ett asocialt beteende jämfört med normalbefolkningen. | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 3. ADHD yttrar sig på samma sätt hos pojkar som hos flickor. | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 4. Det är svårare att diagnostisera vuxna än barn. | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 5. ADHD är ett neuropsykiatriskt funktionshinder som påverkar den drabbades beteende. | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 6. Medicinering med centralstimulerande medel bör vara det farmakologiska förstahandsvalet vid behandling av ADHD. | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 7. Centralstimulerande medel bör alltid kombineras med någon form av beteendeterapi. | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 8. Beteendeterapi har visat bättre effekter än centralstimulerande medel vid behandling av ADHD. | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 9. ADHD kan växa bort. | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |