

BSOBAC_4 – Bacheloroppgave med forskningsmetode

Sammenheng mellom relativ alderseffekt og feildiagnostisering av
norske barn



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Bachelor i Sosialt Arbeid

UIS Mars 2023

Kandidatnummer: 4049

Antall ord: 9937

Forord

«Ikke alt som ligner på ADHD, er ADHD» (Øie, 2021)

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
1.0 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	5
1.3 BEGREPSAVKLARINGER	6
1.3.1 Feildiagnostisering.....	6
1.3.2 Relativ alderseffekt.....	6
1.4 FORMÅL MED OPPGAVEN	7
2.0 TEORETISK FORSTÅELESERAMME	7
2.2 ERVING GOFFMANS STIGMATEORI.....	8
2.2.1 Stigma.....	8
2.2.2 Avvik.....	8
2.2.4 Selvstigmatisering	9
2.3 STRUKTURELLE FORKLARINGER PÅ SOSIALE PROBLEMER	9
3.0 METODE	10
3.1 VALG AV METODE.....	10
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	10
3.3 DATAINNSAMLING	11
3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
3.4 OVERSIKTSTABELL SOM HJELPEMIDDEL I ANALYSEN	13
Tabell 1:	14
3.5 STUDIENS TROVERDIGHET.....	15
4.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	16
4.1 ADHD TREATMENT AND DIAGNOSIS IN RELATION TO CHILDREN'S BIRTH MONTH (2017).....	17
4.2 AGE LEVEL VS GRADE LEVEL FOR THE DIAGNOSIS OF ADHD AND NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS (2018).....	17
4.3 DIAGNOSTIKK AV HYPERKINETISK FORSTYRRELSE HOS BARN I NORGE (2018).....	18
5.0 DRØFTING.....	19
5.1 PROBLEMET SETT UT IFRA EN STRUKTURELL FORKLARING	19
5.1.1 Skolesystemet.....	20
5.1.2 Alternative forklaringer på atferd	21
5.1.3 Brukermedvirkning.....	22
5.2 HVA KAN SOSIALARBEIDEREN GJØRE?	23
5.2.1 Observasjon og tilrettelegging i skolen.....	24
5.3 IDENTITET OG STIGMA	25
5.3.1 Stigmatisering.....	25
5.3.2 Selvstigmatisering	26
6.0 AVSLUTNING.....	27
LITTERATURLISTE.....	28

Antall ord: 9937

1.0 Innledning

«Ikke alt som ligner på ADHD, er ADHD» er et sitat som understreker viktigheten av å undersøke om det kan ligge andre forhold bak, før man stiller en ADHD-diagnose (Øie, 2021). Temaet i denne oppgaven er å utforske det finnes en sammenheng mellom hvilken måned et barn er født i og diagnostisering av ADHD, og om dette kan føre til feildiagnostisering av barn i Norge. I norske skoler går barn fra samme årskull i samme klasse, der barna født i januar er eldst, og barna født i desember, er yngst. Noen av barna vil derfor risikere å være nesten 1 år yngre enn noen av sine medelever, men likevel bli plassert i samme klasse, og dermed også vurdert på lik linje. Men hva kan skje dersom barn som blir født i desember, sammenlignes med sine nesten 1 år eldre klassekamerater som er født i januar?

ADHD er en av de psykiatriske diagnosene som barn i Norge hyppigst diagnostiseres for (Surén et al., 2018). Det antas at omtrent 1-3% av norske barn og ungdom har hyperkinetisk forstyrrelse (Øie, 2021). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) eller Hyperkinetisk forstyrrelse som det heter på norsk, er en tilstand med kjernesymptomer som hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhetsvansker (ADHD Norge, 2021). Hovedårsaken som ligger til grunn for utvikling av ADHD er genetiske faktorer, som vil si at tilstanden er arvelig (ADHD Norge, 2021). Ofte er det også flere årsaksforklaringer, og det kan også ses i sammenheng med miljøfaktorer og alvorlige belastninger i oppveksten (Øie, 2021).

I utredningen av norske barn, kan det da hende at det er noen som får diagnosen, til tross for at de ikke egentlig har ADHD? Innledende i denne oppgaven skal jeg begrunne bakgrunn for valg av tema, og hvorfor dette er viktig å forske på. Deretter skal jeg presentere min problemstilling og gjøre rede for noen sentrale begreper. Videre vil jeg ta for meg teoriene jeg skal anvende for å svare på problemstilling og begrunne mitt valg av metode, etterfulgt av en presentasjon av funn fra mine valgte artikler. Til slutt skal jeg drøfte min problemstilling i lys av teoriene og funnene, før jeg avslutningsvis skal runde av med en oppsummering og konklusjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Årsaken til interessen for å undersøke dette temaet nærmere, startet først og fremst med en samtale jeg hadde med en av mine veiledere under mitt praksisopphold på barne-og ungdomsskole våren 2022. Vi diskuterte en klasse på mellomtrinnet vi begge kjente godt til, da vi kom i snakk om et av barna som hadde diagnosen ADHD. Hun uttrykte at hun stilte seg kritisk til diagnosen, og trodde ikke selv at eleven hadde ADHD. (Det skal poengteres at min veileder ikke har myndighet til å stille noen diagnoser, men dette var hennes oppfatning.) Veilederen min foreslo derfor dette som en god idé til bacheloroppgaven da det kunne være behov for å finne mer ut om temaet, og jeg har holdt meg til tanken siden. Interessen blusset opp på ny da temaet igjen ble satt på dagsorden i media rett før starten på vårsemesteret, og jeg gjorde da noen innledende søk i Oria.

I faglig sammenheng er dette viktig å forske på, da en feildiagnostisering av ADHD kan innebære flere ulike negative konsekvenser. Det er ingen biologiske markører som kan diagnostisere ADHD, som for eksempel en blodprøve, og diagnostiseringen foregår derfor stort sett på bakgrunn av forekomst av symptomer og observasjoner (Øie, 2021). Diagnosen kan også dekke over andre traumatiske livshendelser, som for eksempel overgrep og omsorgssvikt, som kan gi et lignende symptombilde (Øie, 2021). En eventuell feildiagnostisering kan ha store konsekvenser med tanke på feilmedisinering, utdanningsløp. I tillegg kan det oppstå faren for å ikke komme til bunns i og behandle de reelle problemene som egentlig ligger til grunn. På en annen side kan diagnosen påvirke identitet hos barnet, dersom de blir satt i en bås de ikke kjenner seg igjen i. Sosialarbeidere og lærere vil også tilrettelegge arbeid og undervisning i skolen for de som trenger det, og da kan en diagnose gi en pekepinn for hvordan opplegget muligens kan utformes.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Det er viktig å kunne se bak atferden og stille riktige diagnoser. Kunnskap på området blir derfor viktig for å identifisere barna med slik problematikk.

Følgende problemstilling blir derfor: Kan relativ alderseffekt bidra til en feildiagnostisering av ADHD hos norske barn?

I denne oppgaven vil jeg undersøke om det finnes en sammenheng mellom relativ alderseffekt og diagnostisering av barn i skolealder samt eventuelle konsekvenser. Jeg har avgrenset problemstillingen til barn i Norge med relativ alderseffekt som hovedfokus for feildiagnostisering.

1.3 Begrepsavklaringer

I denne delen ønsker jeg å avklare noen av de sentrale begrepene jeg kommer til å ta i bruk, for å tidlig skape en felles forståelse gjennom oppgaven. Dette er for å unngå misforståelser, og for å sørge for at det er klarhet i det jeg skriver om. Ofte kan like begreper ha forskjellig betydning i ulike kontekster, som for eksempel i forskjellige faggrupper eller situasjoner.

1.3.1 Feildiagnostisering

I denne betegnelsen av begrepet «feildiagnostisering», ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot de barna som mottar diagnosen, men som ikke nødvendigvis har den. Begrepet kan oppfattes som selvforklarende, «feil-diagnose», men det er likevel viktig å påpeke hvilken betydning begrepet har i forhold til hvilken kontekst det benyttes. I andre tilfeller kunne feildiagnostisering vært forklaring på situasjoner der barn har fått en feil diagnose, da det skulle vise seg at barnet egentlig hadde ADHD.

1.3.2 Relativ alderseffekt

Relativ alderseffekt omtales gjerne i tale om idrettsutøvere, da det kommer til uttrykk at de som er født tidlig på året er mer motorisk og fysisk utviklet enn de som er født sent på året, i samme fødselsår (Wojtaszek, u.å.). Like studier er blitt gjort på barn i skolealder for å måle akademiske prestasjoner og sannsynligheten for å bli henvist til diagnostisering for lære- og sosio-emosjonelle vansker (Brattebø, 2014, s.III).

I denne oppgaven ønsker jeg å se på sammenhengen mellom relativ alderseffekt og sjansen for å bli diagnostisert med tilstanden ADHD. Relativ alderseffekt kan forklares ved å se for oss en gruppe mennesker, i dette tilfellet en skoleklasse med barn. Den relative alderen vil da være hver enkelt elevs alder, i sammenligning med alderen til de andre barna i klassen (Brattebø, 2014, s. 1). I Norge er det barna som er født i samme årskull, som havner i samme klassetrinn. Ser man på den yngste og eldste eleven i klassen, kan det potensielt være 12 måneder i aldersforskjell. Den relative alderseffekten vil derfor

være betegnelsen på de effektvirkningene som oppstår ved denne typen bevisst eller ubevisst sammenligning, og konsekvensene av dette (Brattebø, 2014, s.1). Når det settes like forventninger og standarder til gruppen, kan de yngste elevene oppnå svakere resultater eller ulemper, og det kan derfor oppstå en relativ alderseffekt (Brattebø, 2014, s.1).

1.4 Formål med oppgaven

Det jeg ønsker å få frem i denne oppgaven er om det finnes en potensiell sammenheng mellom diagnostisering av ADHD, og det å være yngst i sitt klasstrinn. Jeg vil deretter forsøke å se om det er noe som tyder på at denne diagnostiseringen ikke er godt nok dokumentert, og om det kan gjøres endringer med tanke på retningslinjer og henvisning til utredning. I tillegg vil jeg også se på noen av konsekvensene som kan oppstå ved en eventuell feildiagnostisering av ADHD.

2.0 Teoretisk forståelsesramme

I denne delen av oppgaven vil jeg gå inn på hvilken faglig kunnskap jeg tar i bruk når jeg senere i oppgaven skal se funnene mine gjennom en teoretisk forståelsesramme. Jeg vil med hjelp av relevant faglig kunnskap sette oppgaven i en teoretisk kontekst, og svare på problemstillingen min i forhold til dette. Hvilke teorier jeg velger er helt avgjørende for hvordan jeg skal drøfte funnene mine, og hvilke «briller» jeg ser på de ulike resultatene gjennom (Sverdrup, 2020, s.37).

I sosialt arbeid er det sentralt å kunne forklare sosiale problemer ved hjelp av ulike teorier. I denne delen vil jeg se på to måter å forklare sosiale problemer på; en som baseres på menneskers subjektive definisjonsprosesser, og en strukturell forklaring på sosiale problemer (Ejrnæs & Kristiansen, 2014, s.79-80). Jeg skal gjøre rede for Erving Goffmans stigmatteori, som er en av teoriene jeg har valgt å anvende når det gjelder å drøfte funnene i oppgaven. Jeg vil deretter forklare teoriens sentrale begreper. Tilsvarende skal jeg gjøre med strukturelle forklaringer på sosiale problem.

2.2 Erving Goffmans Stigmatologi

For å gjøre rede for stigmabegrepet, er det nærmest essensielt å komme inn på Erving Goffmans studie «Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity» fra 1963. Erving Goffman var en samfunnsforsker fra Canada som hadde tanker om at samfunnet er bygget opp gjennom relasjoner mellom mennesker, og de situasjoner og interaksjoner som inngår (Tjora, 2022). Han har derfor blitt en viktig representant for interaksjonistisk sosiologi, som går ut på nettopp dette ved at samfunnet oppstår og formes via samhandling på individnivå (Tjora, 2022). Denne teorien fokuserer på menneskers subjektive definisjonsprosesser, der sosiale problemer oppfattes som en «etikett» (Ejrnæs & Kristiansen, 2014, s.80).

2.2.1 Stigma

Ordet «stigma» er opprinnelig gresk, og var betegnelsen på et merke som ble brent eller skåret inn i kroppen hos en person som skulle unngås i samfunnet – for eksempel en kriminell, slave, eller forræder (Hove, 2001, s.8). Slik fysisk merking er ikke normalt i vår tid. Goffman betegner heller begrepet som selve vanæren, altså det som gjør at et individ på negativ måte stikker seg ut i mengden (Hove, 2001, s.8). Å bli «stigmatisert» kan derfor forbindes med å bli «merket» eller «stemplet» i en sosial sammenheng. Dette kan være på bakgrunn av fysiske kjennetegn hos enkeltindividet, negative karaktertrekk eller identitet knyttet til rase, nasjon eller religion (Djupvik, 2001, s.8). Disse individene blir sett på som mindreverdige, og blir gjerne tildelt bestemte egenskaper av negativ betydning (Fangen, 2019, s.303). Teorien setter ord på hvordan mennesker kan behandle de som anses som «unormale» eller «avvik» i grupper eller i samfunnet (Ejrnæs & Kristiansen, 2014, s.81). Ut ifra om man ser på teorien fra objektivistisk eller subjektivistisk sosiologi, kan oppstandelsen av de sosiale problemene enten forklares ved at individets sosiale avvikelser er forårsaket av individuelle faktorer eller sosiale strukturer og prosesser, eller ved at stemplingen i seg selv er det som skaper de sosiale problemene (Ejrnæs & Kristiansen, 2014, s. 81).

2.2.2 Avvik

Avvik, i lys av stemplingsteori, er et produkt av sosial kontroll (Fangen, 2019, s.302). Det skyldes ikke av selve normbruddet eller handlingen i seg selv, men heller gjennom reaksjon på atferden, og det at den blir definert som avvikende av andre (Fangen, 2019, s.302). Å bli oppfattet som et «avvik» vil derfor si at handlingen, atferden eller tilstanden hos et individ oppfattes som å ikke ha en overenstemmelse med det som betraktes som «normalt».

Avvikelsen oppstår altså når individet går i mot samfunnets normer (Goldberg, 2010 sitert i Meeuwisse & Swärd, 2014, s.40-41). I stempelingsteorien kan individet stemples som «avviker» dersom et sosialt problem er til stede (Ejrnæs & Kristiansen, s.80). Det er ikke fastsatt hvor mye som skal til for å bruke betegnelsen, men en forklaring kan være at stigmatiseringen forekommer når definisjonen fører til at individet tar dette inn over seg, og aksepterer seg selv som avviker (Lundal & Tjora, 2021).

2.2.4 Selvstigmatisering

Selvstigmatisering er en skadelig konsekvens som kan oppstå ved å gjentatt oppleve ytre stigmatisering, som hvordan man blir behandlet og snakket til av andre (Kvam, 2021). Dersom man begynner å internalisere disse prosessene, kan det føre til at man begynner å gjøre seg opp andre tanker om seg selv, som igjen kan føre til dårligere selvtillit og selvbilde, og forverring av eventuelle symptomer (Kvam, 2021). Det kan med andre ord ha innvirkning på individets identitet.

2.3 Strukturelle forklaringer på sosiale problemer

Strukturbegrepet kan forklares som de rammene vi lever innenfor, og hvordan samfunnet vårt er satt sammen. Nygren (2014) beskriver ut i fra strukturelle forklaringer at sosiale problemer er et resultat av funksjonelle defekter i samfunnet, og kan bli brukt som forklaring både i hverdagslivet og politikken (s.153). En strukturell forklaring går ut på at det finnes sosiale strukturer som påvirker våre handlinger og våre liv (s. 154). I samfunnet blir altså det sosiale livet påvirket av mønstre, som igjen påvirker våre relasjoner til hverandre (s.154). Kort sagt kan man si at sosiale strukturer innebærer en tanke om at vi som individer styres av forhold vi nødvendigvis ikke har full kunnskap om eller kontroll over (s.155).

Når man hører noen skylde på systemet, er dette en forestilling om at årsaksforklaringen til at noen mennesker rammes av sosiale problemer, ligger på et system- eller strukturnivå (s.153). I disse teoriene betraktes samfunnet gjerne som en velfungerende maskin, der de sosiale problemene oppstår når 'maskineriet' fungerer dårlig, (s.154). Noen typer sosiale problemer kan derfor ses i andre sammenhenger enn kun de egne valg man tar. Dette kan forklares ved at våre handlinger påvirkes av sosiale strukturer, og at vi derfor kan legge noe av «skylden» over på samfunnet, og ikke kun på individet selv (s.154). Samfunnet har altså skapt noen normer der det oppstår forstyrrelse og disharmoni dersom individer avviker fra disse (s.157).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Når det er noe vi vil finne ut av eller undersøke, beskriver Dalland (2020) at det er valg av metode som hjelper oss med å samle inn relevant informasjon og data for å finne svar på det vi ønsker (s.52). Hvilken metode vi velger å ta bruk i når vi skal undersøke et tema, har mye å si for hvilke resultater man ender opp med. En annen måte å forklare metode på, er at det er en spesifikk fremgangsmåte til det endelige målet, med egne kjennetegn og regler (s.52 & 54). En problemstilling kan undersøkes på flere forskjellige måter, men det er gjerne en av metodene som vil oppfattes som mer hensiktsmessige enn de andre. Dette vil være avhengig av hvem som utfører studiet, hvor god tid du har og hvilken problemstilling som fremgår (s.54).

3.2 Litteraturstudie som metode

Mitt valg av problemstilling er styrende for valg av metode, og for å finne svar på denne har jeg valgt å ta i bruk metoden litteraturstudie (Sverdrup, 2020, s.56). Her gjøres omfattende søk i ulike databaser for å finne relevante artikler å ta utgangspunkt i som kan svare på min problemstilling. Jeg ser på det som et hensiktsmessig valg av metode, med tanke på ulike årsaker til at mitt tidsrom har blitt noe redusert, men også fordi det er blitt gjort god og omfattende forskning på det området jeg ønsker å fordype meg i.

Persson (2021) definerer en litteraturstudie eller en litteraturgjennomgang som «*en systematisk gjennomgang av eksisterende forskning innenfor et spesifikt tema eller fagfelt*» (s.13) Her gjelder det å ha en oversikt over hva andre har skrevet før deg, og hvordan de har utført studien (s.12). Vi skal ikke nødvendigvis «oppfinne hjulet på nytt», men man skal likevel gjøre seg opp noen selvstendige tanker, og diskutere de ulike funnene opp mot hverandre (s.13).

Ved å bruke litteraturstudie som metode, får jeg mulighet til å gjennomgå flere tekster og artikler med allerede eksisterende forskning innenfor temaet jeg interesserer meg i, for å deretter kunne sette dem opp mot hverandre og se dem i sammenheng. En kvalitativ eller kvantitativ tilnærming ville også vært mulig. Hadde valget falt på en kvalitativ studie, ville jeg kunnet dypdykket mer i målgruppens egne opplevelser og følelser omkring problemstillingen. Begrensninger hadde derimot oppstått i søk av personer som kunne deltatt i

form av intervju eller observasjoner. Det kunne for eksempel vært utfordrende å finne deltakere, da mange som eventuelt er rammet av fenomenet er uvitende om at de inngår i målgruppen. Hadde jeg valgt kvantitativ metode, hadde dette vært en mulighet til å selv kunne innsamle data, for å deretter omgjøre informasjonen til tall, og se på ulike funn på den måten. Likevel tror jeg at å ta utgangspunkt i kvantitative undersøkelser som allerede er gjort er mer hensiktsmessig for denne problemstillingen, da det gjør at jeg kan se på tall fra enda mer omfattende studier, med større innhenting av data enn det jeg muligens hadde fått til selv.

3.3 Datainnsamling

For å komme frem til de vitenskapelige artiklene jeg tar utgangspunkt i, har jeg brukt manuelle søk i databasene Oria og Academic Search Premier. Alle mine søk har blitt gjort mellom 24. og 27. januar 2023. Jeg har alltid hatt en klar tanke om at jeg skulle skrive om en type feildiagnostisering av ADHD, men var også klar over at jeg måtte finne noe å dykke dypere i, da det kan være mange årsaker som kan forklare atferd og en eventuell feildiagnostisering.

For å avgrense søket mitt og finne de artiklene som skulle bli relevant for min oppgave, måtte jeg nøye planlegge hva jeg skulle søke etter. De 3-5 vitenskapelige tekstene studien skal ta utgangspunkt i skal være fagfelleverderte artikler eller kapitler i vitenskapelige antologier, og skal som hovedregel ikke være eldre enn 5 år. Alt jeg har gjort i forhold til søk og innhenting av data har jeg nøye dokumentert ved hjelp av et søkedokument. Hvordan jeg innhenter informasjon beskrives i detalj for at studien skal kunne kontrolleres og være etterprøvable. Det skal altså være mulig å gjennomføre studiet på samme måte, og komme frem til de samme resultatene (Sverdrup, 2020, s.57).

Mitt aller første søk i Academic Search Premier, «misdiagnosis OR diagnostic error OR wrong diagnosis OR missed diagnosis AND ADHD AND in children» førte til 25 artikler som ikke helt tok for seg det jeg ønsket å skrive om i oppgaven. Som jeg beskriver i begrepsavsnittet, kan ord som «feildiagnostisering» ha flere betydninger avhengig av kontekst. Jeg fikk derfor opp flere artikler som omhandlet barn og voksne som først hadde fått feil diagnose, der det senere viste seg at ADHD skulle være den riktige diagnosen. Dette samsvarte ikke med det jeg forsøkte å finne av vitenskapelige tekster, og jeg måtte derfor endre søkeordene mine.

3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å velge ut artikler som skulle svare spesifikt på min problemstilling, hadde jeg noen kriterier for hvilke vitenskapelige tekster jeg ønsket å ta med. Noe inkluderer man i søket, mens annet ekskluderer man. Dette kalles inklusjons- og eksklusjonskriterier, og skal sørge for at du kan avgrense søket ditt til det som er relevant til din oppgave (Thidemann, 2019, s.83). I søk etter artikler hadde jeg et par kriterier, for eksempel at studiene måtte være på norsk eller engelsk, i tillegg til at målgruppen var barn i skolealder, ikke voksne. For meg var det også viktig at studiene spesifikt fokuserte på sammenhengen mellom relativ alderseffekt og ADHD, eller at artikkelen omhandlet noe som kunne understøtte dette, eller sett i sammenheng med relativ alderseffekt og ADHD. Min første tanke var å se om det fantes kvalitative studier for å dypdykke i individers opplevelser og erfaringer. Dette viste seg å være vanskelig, da de fleste artiklene som dukket opp i hovedsak var kvantitative studier, litteraturstudier og Meta-analyser som sammenlignet flere studier. De to sistnevnte ekskluderte jeg for å helst bruke de originale artiklene som hadde utført studiene. Jeg fant til slutt 3 studier basert på kvantitativ forskning som jeg ønsket å bruke.

De 3 studiene jeg har valgt meg ut er:

1. Diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse hos barn i Norge
2. Age level vs grade level for the diagnosis of ADHD and neurodevelopmental disorders
3. ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month

Den første artikkel fant jeg gjennom en sak om et forskningsfunn på Folkehelseinstituttet sine hjemmesider, som jeg ble tilsendt av en kollega (Folkehelseinstituttet, 2018). Saken refererte til en artikkel som var blitt publisert i Tidsskrift for Den Norske Legeforening. Deretter søkte jeg på artikkelen i Oria, for å dobbeltsjekke at det var et fagfelleurdert tidsskrift, i tillegg til at Den Norske Legeforenings hjemmesider bekreftet dette (Surèn et al., 2018).

Med søkeordene «Misdiagnosis OR overdiagnosis AND adhd OR attention deficit hyperactivity disorder OR attention deficit-hyperactivity disorder AND in children» fikk jeg opp 30 artikler som nærmet seg temaet jeg ønsket å skrive om. Samtidig, ved å utvide søket ved å bruke hele diagnosens fulle navn (attention deficit hyperactivity disorder) i tillegg til

forkortelsen (ADHD), var det enda flere relevante studier å gå gjennom, som jeg ikke hadde fått sett på om kun forkortelsen hadde vært brukt som søkeord.

Desto mer jeg leste av ulike tekster, desto enklere ble det å avgrense hva jeg egentlig ville fokusere mest på. Da flere av tekstene påpekte «relativ alderseffekt» ble jeg nysgjerrig, og endret søkeordene mine til «relative age effect» i tillegg til de ulike betegnelse for ADHD. Da mitt fokus ligger på barn i skolealder, brukte jeg også søkeordene «in children». Det fullstendige søket ble derfor «Relative age effect AND adhd OR attention deficit hyperactivity disorder OR attention deficit-hyperactivity disorder AND in children». 14 artikler dukket opp, og ved å lese sammendragene for hver enkelt artikkel kunne jeg lett se om det var noe jeg ønsket å bruke i min egen oppgaven. Det var slik jeg fant min andre artikkel. Denne valgte jeg på bakgrunn av at den setter søkelys på aldersnivå opp imot klassetrinn i forhold til diagnostisering av ADHD, som var midt i blinken for problemstillingen. Jeg har avgrenset min problemstilling til barn i Norge, men har likevel valgt denne artikkelen fra Italia for å kunne gjøre sammenligninger og se resultatene opp mot hverandre.

Den tredje artikkelen fant jeg også ved bruk av de samme søkeordene, men på en litt annen måte. En av artiklene som dukket opp var «Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Relative Age: A Meta-Analysis», som er en Meta-analyse som gjennomgikk flere studier fra forskjellige land (Schnorbusch et al., 2020). Ved gjennomgang av artikkelen ble jeg oppmerksom på at en av studiene som hadde blitt gjennomgått var fra Norge, men hadde ikke dukket opp i noen av mine søk. Dette viste seg å være fordi studien var fra 2017, og mine søk var avgrenset fra 2018 til 2023. Jeg valgte likevel å inkludere den til tross for at det bryter hovedregelen om å bruke artikler som er eldre enn 5 år, da jeg synes det er relevant å kunne bruke en slik studie fra Norge, og se den opp mot de andre artiklene jeg hadde valgt. Jeg vil påpeke dette mer under avsnittet om studiens troverdighet.

3.4 Oversiktstabell som hjelpemiddel i analysen

Det er mange måter man kan velge å analysere på. Thidemann (2019) forklarer at når man analyserer, gjelder det å lese igjennom teksten, få tak i detaljene og reflektere over det som står (s.92). I tillegg skal man forholde seg kritisk til det man leser, for å kunne granske og skape en forståelse av innholdet i teksten (s.92). For å skape en visuell oversikt over de

artiklene jeg har valgt, har jeg satt dem inn i en oversiktstabell. Dette er også for å samle viktig informasjon på ett sted og skape en struktur når jeg skal se artiklene opp mot hverandre.

Det første man gjør rede for i analysearbeidet, er de sentrale temaene i teksten (s.92). For å finne fem til disse hovedtemaene i hver artikkel, leste jeg først og fremst gjennom artiklenes egne utvalgte nøkkelord, da dette gav en god indikasjon over hvilke temaer artikkelen tok for seg. Deretter tok jeg for meg Aveyards (2019) tematiske analysemodell, referert i Thidemann (2019), i arbeidet med å identifisere de sentrale temaene, for å deretter føre dem inn i tabellen under (*Tabell 1*) (s.96). Denne analysemodellen går ut på at man først og fremst skal gå inn i resultatdelen av artikkelen, og lese denne nøye gjennom opptil flere ganger (s.97). Man skal deretter gå gjennom funnene for å lete etter hva som er de mest sentrale temaene i hver artikkel samt ord og begreper som oppsummerer de viktige delene av konklusjonen (s.97).

Tabell 1:

Navn og år	Tittel	Formål	Metode	Respondenter	Alder	Sentrale temaer
Surèn, Thorstensen, Tørstad, Emhjellen, Furu, Biele, Aase, Stoltenberg, Zeiner, Bakken & Reichborn-Kjennerud (2018)	Diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse hos barn i Norge	Å gjøre en gjennomgang av den nasjonale retningslinjen for utredning og diagnostikk, og undersøke hvilke krav som stilles til journalføring og hvordan retningslinjen etterleves i klinisk praksis.	Kvantitativ metode	N=540	5-13 år	Journalgjennomgang, retningslinje, sikkert dokumentert diagnose, videreutvikling av utredningspraksis og metoder
Bonati, Cartabia, Zanetti, Reale, Didoni &	Age level vs grade level for the diagnosis of ADHD and neurodevelop	Å bekrefte om relative alder er assosiert med	Kvantitativ metode	N = 1,091	6-17 år	ADHD, aldersnivå vs klassetrinn, relativ alderseffekt, Italia, aldersfaktorer

Costantino, (2018)	mental disorders	ADHD-diagnose				
Karlstad, Furu, Stoltenberg, Håberg & Bakken, (2017)	ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month	Å undersøke en potensiell sammenheng mellom fødselsmåned og ADHD.	Kvantitativ metode	N = 509,827	6-14 år Første til niende klasse	ADHD, umodenhet, fødselsmåned og risiko for diagnostisering og behandling, sesongbaserte faktorer i sammenheng med fødselsmåned, relativ alderseffekt, Norge, medisiner

3.5 Studiens troverdighet

Hvordan vet vi egentlig at resultatet vi ender opp med, er til å stole på? Dalland (2020) beskriver at i en slik oppgave er det viktig at man hele tiden begrunner valgene man tar, og hvilken betydning det vil ha for det resultatet man ender opp med (s.58).

For å sikre kvaliteten i studien, er det sentralt at det jeg legger frem er til å stole på (s.58). Arbeidet jeg har gjort skal med andre ord vurderes om hvorvidt det er pålitelig. Ved å nøyaktig gjøre rede for hvordan jeg har samlet inn data og min bakgrunnsforståelse på hvorfor jeg har valgt min problemstilling, skaper det en mulighet for ha et kritisk blikk på mitt arbeid, og vurdere min reliabilitet (s.58). Mitt valg av litteraturstudie som metode har vært hensiktsmessig da allerede eksisterende studier kunne gi meg relevant data i belysningen av problemstillingen. Resultatene er med på å gi meg svar på det jeg ønsket å undersøke, samt bidra til å imøtekomme hensikten og formålet med oppgaven.

Man kan også stille et spørsmål om jeg har havnet i et bekræftelsesbias. Dette vil si at vi oppsøker studier og artikler som kan gi svaret du leter etter, basert på forforståelse og holdninger du allerede har (Weele & Karlsen, 2021, s.39). I Meta-analysen jeg fant min andre artikkel i, ønsket jeg egentlig å velge en av artiklene som konkluderte med at relativ alderseffekt ikke var til stede. Dette gjaldt også ved de 14 artiklene som dukket opp ved søkeordene mine. Av disse var det ikke mange av de gjennomgåtte studiene som ikke fant bevis eller ikke støttet påstanden om at relativ alderseffekt kunne ha en påvirkning på diagnostisering av ADHD. Grunnen til at jeg ikke valgte de studiene det faktisk gjaldt, skyldes at de var for gamle.

Validitet sier noe om hvorvidt det jeg har funnet er gyldig, og hvilken relevans det har. Noe som kan oppfattes å svekke min studies troverdighet er faktumet at en av mine valgte vitenskapelige artikler ligger utenfor hovedregelen om at artikkelen ikke skal være eldre enn 5 år gammel. «*ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month*» ble nemlig publisert i 2017. Selv om artikkelen er eldre, ser jeg på den som svært relevant da den tar for seg data som omhandler norske barn. 2017 er bare 1 år fra 2018, og jeg har derfor tatt beslutningen om å se bort i fra hovedregelen for å kunne benytte meg av informasjonen fra denne studien, da jeg opplever at den kan være med på å gi relevante svar på min problemstilling.

I tillegg vil det også finnes svakheter i mine valgte artikler, noe det som regel gjør i de fleste studier. Dette kan være i form av begrensinger av datainnsamlingen ved at det var noen barn de ikke kunne fange opp, barn med tidlig eller forsinket innmelding i skolen eller ingen mulighet til å bekrefte eller avkrefte diagnosene. Det finnes også kritikk på mine valgte teorier. Stigmatiseringsteorien og de strukturelle forklaringene er amerikanske perspektiver på sosiale problemer, og er ikke nødvendigvis like relevant når det gjelder skandinaviske problemer (Ejrnæs & Kristiansen, 2014, s. 88-90). Likevel kan de være gode når det gjelder å forklare eller å forstå hvordan problemet oppstår, spesielt når det viser seg at den relative alderseffekten er til stede i flere land, og det er ikke avgrenset til Skandinavia. Stigmabegrepet kan også anses som et begrep med tvetydig betydning, og kan oppfattes uklart (Djupvik, 2001, s.7) Det betyr ikke at vi skal se bort i fra begrepet, da det likevel kan forklare de utfordringene man kan støte på på den sosiale arenaen.

4.0 Presentasjon av funn

Studiene jeg har valgt viser til flere interessante funn, og jeg skal i denne delen av oppgaven presentere de ulike resultatene fra mine 3 valgte vitenskapelige artikler. Jeg har inkludert de delene av studiene som er relevante for min oppgave og problemstilling. Jeg skal senere i oppgaven knytte disse funnene opp mot problemstillingen, samt gjøre drøftinger i forhold til den teoretiske forståelsesrammen.

4.1 ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month (2017)

Denne studien om norske barn viser til et mønster som starter fra tidlig alder frem til slutten av oppfølgingen, der risikoen for diagnostisering øker jo yngre du er i aldersgruppen, i forhold til barna født tidligere på året. Dette mønsteret fant de både hos gutter og jenter. Risikoen for å medisineres med ADHD følger også samme mønster, der barna født senere på året i større grad mottar medisiner. Dette kommer tydelig frem i tallene da 5,3% av gutter født oktober-desember mottok ADHD medisinering, sammenlignet med guttene født januar-mars, med 3,7%. Tilsvarende tall for jenter var henholdsvis 2,2% og 1,3%.

Det diskuteres også at det er usannsynlig at den økte forekomsten av diagnostisering og medisinering i sammenheng med fødselsmåned forklares av en biologisk mekanisme, ettersom miljøfaktorer sannsynligvis ikke vil endre seg brått og vesentlig mellom de to påfølgende månedene desember og januar.

Studien konkluderer altså med at de har bevis for at barn født senere på året har betydelig høyere risiko for å bli diagnostisert og behandlet for ADHD i Norge. Risikoen øker fra tredje klasse, og forskjellene er mest tydelige i de eldre klassetrinnene. De foreslår at umodenhet kan være forklaring på relativ alderseffekten, da de yngre barna i gjennomsnitt vil være mindre modne på intellektuell, emosjonell og fysisk basis. Studien påpeker også at disse ulempene av å være yngst i sin klasse kan vedvare i voksen alder.

4.2 Age level vs grade level for the diagnosis of ADHD and neurodevelopmental disorders (2018)

I denne italienske studien har de funnet lignende mønster som i ovennevnte. I sammenligning med gutter født i januar, økte insidensratene fra 1,11 for de født i februar til 2,25, for guttefødsler i desember. Blant jenter ble tilsvarende forhold notert, men likevel ikke oppfattet som statistisk signifikant.

I denne studien støttes det altså også opp at det finnes en relativ alderseffekt, der de yngre barna har større sjanse for å bli diagnostisert enn de eldre. Dette var tydelig både etter fødselsmåned og i grupperinger av fødselsmånedene, og var spesielt fremtredende hos gutter og hos barna i alderen 6-7 (Schnorrbusch et al., 2020). Funnene i denne studien var ikke

påvirket av forekomsten av flere samtidige sykdommer eller tilstander hos samme individ, sett opp mot det som har blitt rapportert i andre land.

I motsetning til den norske studien, ser effekten ut til å avta med alderen i denne studien. Det nevnes at dette kan understøtte umodenhetshypotesen om ADHD. Studien forklarer at hypotesen går ut på at yngre barn er mindre modne i form av selvregulering, og lærere vil derfor reagere, og uttrykke bekymring til foresatte. I tillegg påpekes det at barn med ADHD presterer betydelig dårligere når det gjelder akademiske presentasjoner. Det tilføyes at disse barna også har større sannsynlighet for å bli utvist eller gjenta et år på skolen. Det understrekes at for å forhindre eller redusere disse uheldige utfallene, bør lærere og foresatte være oppmerksomme på barnets relative alder.

4.3 Diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse hos barn i Norge (2018)

Denne artikkelen som inkluderer journalgjennomganger av norske barn med ADHD-diagnoser konkluderer med at 51% av barna som var med i studien, ikke har fått en sikkert nok dokumentert diagnose. Dette forklares av ulike viktige årsaker, som manglende differensialdiagnostisk vurdering (46%) og utilstrekkelig eller mangelfull journal (48%). I tillegg var det mangelfullt samsvar mellom diagnosen og journalopplysningene hos 38%, dette betyr at hos disse barna tydet journalopplysningene på at diagnosekriteriene ikke var oppfylt. For de resterende 7 prosentene hadde 4% kun fått diagnosen for å teste ut medisiner, mens de 3 siste prosentene var diagnosen satt uten endelig konklusjon.

Hos 54% av barna hadde det foregått en differensialdiagnostisk vurdering/utredning. For de resterende 46 prosentene betyr det at det ikke er dokumentert alternative årsaksforklaringer på symptomer eller en vurdering av alternative diagnoser i disse journalene.

Funnene i denne studien tyder altså på at i forhold til andre kroniske tilstander, er ADHD ofte dårligere dokumentert. Den viktigste årsaken skyldes mangelen på differensialdiagnostisk vurdering og utredning. Disse manglene var ofte på bakgrunn av at det var fravær av utførte standardiserte psykiatriske intervju med bred kartlegging av symptomer, i tillegg til at lærevansker ikke var kartlagt eller vurdert. Problemer og utfordringer i barnets tilværelse som kunne bidratt til en forståelse eller forklaring på atferden og symptomene ble noen ganger opplyst, men ikke drøftet for betydningen av barnets symptomer og fungering.

Videre stiller de seg kritisk i forhold til den nasjonale retningslinje, og at de dårlig dokumenterte diagnosene kan forklares ved at det ikke stilles eksplisitte krav til hva som skal inngå i utredningen, og at det oppfattes som lite instruerende. For de som utfører utredningene, gir ikke retningslinjene tilstrekkelig veiledning. I tillegg nevnes viktigheten av å gjøre gode observasjoner som inkluderer opplysninger om andre forhold som kan ha påvirkning på barnet, som en vesentlig del. Mangel på informasjon fra barnet selv og foresatte utgjør også usikkerhet angående brukervedvirkning.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte min problemstilling i lys av den teoretiske forståelsesrammen og mine valgte forskningsartikler. Jeg skal altså forsøke å svare på om relativ alderseffekt kan bidra til en feildiagnostisering av ADHD, eventuelle konsekvenser og hva vi som sosialarbeidere kan gjøre for å forebygge og motvirke ulempene en feildiagnostisering kan medføre. Her vil jeg komme med selvstendige tanker og vurderinger, som jeg vil knytte opp mot allerede eksisterende teorier, og anvende disse i forhold til funnene i jeg nevner i kapittelet over. Mine tanker samsvarer i stor grad med mye av det artiklene diskuterer og konkluderer med, men for å belyse min problemstilling grundig vil jeg også påpeke noen sentrale nyanser for å skape et helhetlig bilde ved å drøfte ulike sider av funnene.

Basert på resultatene i disse artiklene, kan man se at det hyppigere oppstår diagnostisering og medisinerer for ADHD hos barna født senest på året. Det er lite sannsynlig at det er selve fødselsmåneden som øker risikoen for diagnostisering, men heller det å være yngst i sin gruppe, i dette tilfelle skoleklassen. Dersom man kan konkludere med at dette er en realitet, er det viktig å kunne se det i sammenheng med faglig kunnskap og teorier som kan gi oss forklaringer på eventuelle konsekvenser ved feildiagnostisering av ADHD, og hvordan det oppstår.

5.1 Problemet sett ut ifra en strukturell forklaring

Dersom man ser på fenomenet ut ifra en strukturell forklaring, legges ikke skylden på individet selv, men på faktorer i samfunnet som bidrar til problemet. Slike faktorer kan være krav som stilles elever, hvordan skolesystemet er bygget opp, eller prosessen for

diagnostiseringen av ADHD. Det kan derfor argumenteres for at en feildiagnostisering av ADHD hos barn er et problem som skapes av samfunnet. Tar man hensyn til de strukturelle elementene kan det gjøre veien mot å forstå årsakene til feildiagnostiseringen enklere, og i arbeidet med å finne strategier og metoder for å håndtere utfordringene som følger med.

Et samfunn består av lover og normer som skaper rammer for hvordan vi lever, oppfører oss og hva vi betegner som normalt. Er det barnets skyld at de ikke passer inn i de rammene som samfunnet har skapt for dem? Vi kan male et bilde av at barn født i desember som sliter med konsentrasjon i klasserommet og som oppfattes som mer hyperaktiv og ukonsentrert enn sine eldre klassekamerater. Har barnet da selv skyld i en eventuell feildiagnostisering, dersom de henvises av lærere og sosialarbeidere på skolen, og utredes av kompetente psykologer eller psykiatere i spesialisthelsetjenesten? Dette er selvfølgelig helt satt på spissen, men kan likevel illustrere viktigheten av å sette ting i perspektiv, og gjøre et grundig arbeid for å sørge for at en slik situasjon unngås. Ved strukturelle forklaringer av fenomenet vil altså problemet ikke ligge hos barnet selv, men heller bli sett i perspektiv av samfunnets strukturer. Her fremgår skolesystemet og hvordan det er satt opp, i tillegg til nåværende retningslinje for utredning.

5.1.1 Skolesystemet

Er det måneden man er født i som øker risikoen for at den relative alderseffekten bidrar til feildiagnostisering av ADHD? Svaret er både ja og nei. Karlstad et al. (2018) påpeker at det er lite sannsynlig at selve tiden på året eller årstiden har noe innvirkning på økt diagnostisering i de seneste månedene. Derfor kan strukturelle forklaringer være en av årsakene til problemet. Det er ikke barnets skyld at de blir født sent på året, og at dette medfører en økt risiko for ADHD-diagnostisering. Skolesystemet er utformet på en slik måte der barna i hvert årskull skal gå i samme klasse og bli undervist på en spesiell måte i henhold til læreplanen, og blir derfor vurdert på lik linje.

Karlstad et al. (2018) studie påpeker videre at det ikke er det å være født i desember i seg selv som skaper en høyere risiko, men heller det å være yngst i en gruppe med et slikt aldersspenn. Hadde skolens «cut-off dato», altså skjæringsdato som styrer hvilke barn som skal gå i samme klassetrinn, vært at de yngste barna i klassen var de født i august, ville vi sannsynligvis observert lignende mønster. Det påpekes i studien at dette er tilfellet i Taiwan, da risikomønsteret samsvarer med skjæringsdatoen. De yngste barna i klassetrinnet (som da altså var født i august) hadde betydelig høyere risiko for å motta medisiner og diagnose.

Barna blir sammenlignet basert på visse normer for atferd og utvikling. Dersom en elev ikke passer inn under eller oppfyller disse kravene sammenlignet med de eldre klassekamerater, kan disse barna oppfattes som avvikere fra normalen, til tross for at den biologiske alderen er ulik.

5.1.2 Alternative forklaringer på atferd

Studien av journalgjennomgangene peker på tall som viser at dokumentasjon av diagnosen er utilfredsstillende i svært mange av tilfellene. Resultatene viser at det kreves skjerpede krav med tanke på dokumentasjon av differensialdiagnostikk. Når nesten halvparten av barna i studien ikke har fått en sikker nok og tilstrekkelig vurdering av differensialdiagnoser og alternative forklaringer på atferd, er det ikke umulig at noen av diagnosene ikke blir sett opp mot risikoen for at de yngste barna i klassen diagnostiseres hyppigere. Som artikkelen også påpeker, er det altså et behov for en gjennomgang og revisjon av gjeldende retningslinjer for utredning og diagnostikk. Grunnet at det var klare indikasjoner for flertallet av de som ikke hadde sikre nok dokumentert journaler i tillegg ikke oppfylte diagnosekriteriene, kan det indikere at flere barn feildiagnostiseres med ADHD. Studien påpeker ikke fødselsmåned som faktor, men jeg tenker likevel at disse funnene kan støtte opp tanken om at relativ alderseffekt kan være skyld i noen av diagnosene, dersom det ikke blir utført tilstrekkelige undersøkelser og dokumentasjon.

Retningslinjene for diagnostiseringsmetodikk og utredning er en del av en kvalitetssikring som skal sørge for at det blir satt riktige diagnoser, i tillegg til at de skal gi en veiledning for de som utreder, slik at praksisen utøves likt i hele landet. Resultatene og funnene er likevel tydelige på at det bør vurderes å gjennomgå og revurdere kravene for dokumentasjon og metode for å stille diagnose.

De nasjonale faglige retningslinjene tar i bruk formuleringer som «bør» og «anbefaling» i kapitlene som omhandler ADHD. Begrepet «anbefaling» forklares som *«faglig normerende og et hjelpemiddel for å ta forsvarlige valg som fremmer god praksis, kvalitet og likhet innenfor folkehelsen og for helsetjenesten. Anbefalingen er ikke rettslig bindende»* (Helsedirektoratet, 2022). Disse anbefalingene kan også etterfølges av «sterk», og det vil da fremgå at *«Sterk anbefaling vil gjelde for de aller fleste pasienter i de aller fleste situasjoner. Uttrykk som brukes er "bør" og "anbefaler". Hvis anbefalingen er så klart faglig forankret at*

det sjelden er forsvarlig ikke å følge den, brukes uttrykkene "skal" og "må" (Helsedirektoratet, 2022). Disse formuleringene kan oppfattes som vage. Ordlyden i retningslinjen bør derfor være tydeligere og mer presis for å sikre at utredning gjøres likt uavhengig av hvem som utreder, og at viktige faktorer blir vurdert og observert.

Det er en «sterk anbefaling» under utredningen for ADHD at alternative forklaringer skal vurderes og dokumenteres, for å sørge for at rett diagnose stilles. Er det for lite oppmerksomhet på å forsøke å finne andre årsaker som kan gi lignende symptomer, kan informasjon som barnets biologiske alder i forhold til klassetrinn og medelever som årsak til atferd gå tapt, og deretter bidra med å skape denne relative alderseffekten. Det må derfor gjøres en helhetsvurdering av barnet og se atferden fra ulike perspektiver, for å deretter stille riktig diagnose. Jeg vil derfor påstå at å ikke undersøke alternative årsaksforklaringer til diagnosen eller vurdere differensialdiagnoser fremstår som faglig uforsvarlig, og er noe som skulle blitt gjort hos hvert enkelt barn.

Dersom en feil diagnose stilles, kan dette også resultere i feilmedisinering. Ifølge Norsk pasientskadeerstatning omhandlet 23 saker fra erstatningssøkere om en feildiagnostisering av ADHD, de siste 10 årene. 5 av disse fikk medhold i saken, da de skulle hatt behandling for andre diagnoser, ikke hyperkinetisk forstyrrelse. Forhåpentligvis vil man seponere, altså avslutte bruken av medisin, dersom det ikke gir effekt. Disse menneskene fikk derimot bivirkningsskader av de sentralstimulerende medisinene (Norsk Pasientskadeerstatning, 2018). Funnene og de som har utført studien er klare i sin tale, at retningslinjen må revideres. Man skal avdekke og komme til bunns i reelle problemer og utfordringer, og unngå å stille feil diagnoser.

5.1.3 Brukermedvirkning

Med blick på at det er et fravær av informasjon fra barnet selv og foresatte i dokumentasjonen av diagnosene i de gjennomgåtte journalene, skapte det usikkerhet om kravet om brukermedvirkning er oppfylt i sakene. Lov 2. Juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl) §3-1 hevder at «*Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester*». De som utfører utredningen, har ansvar for at dette kravet blir møtt. Å unngå å involvere barnet selv, dersom de er i stand til å danne egne synspunkter, bryter med loven. Det er også kritikkverdig

å unngå å dokumentere dersom samtaler med barnet og foresatte angående tanker rundt diagnosen finner sted.

Dersom man ikke opplever å bli hørt, kan det være utfordrende å motta en diagnose der dine tanker og meninger ikke er vurdert. Dersom barnet og foresatte involveres i sakene og beslutningene som angår barnet, kan dette bidra med å sikre et tilpasset og tilrettelagt behandlingstilbud. Samtidig kan dialog med foresatte og barn bidra med å få oppklart andre faktorer som kan ha en effekt på behandling eller utredning, som for eksempel familiesituasjon eller andre livshendelser. For å unngå en feildiagnostisering er slik informasjon helt sentral, og brukermedvirkning bør alltid spille en stor rolle med tanke på beslutninger og tilpasning av behandling. Involvering av barnet bør allerede starte i samhandling med lærer eller sosialarbeider.

5.2 Hva kan sosialarbeideren gjøre?

Her vil jeg gå inn i delen av oppgaven som er mest aktuell for oss som sosialarbeidere, da jeg vil påpeke hva vi bør tenke mer over og hva vi kan bidra med i form av faglig kunnskap og handling. Det er nok ikke først og fremst sosialarbeidere og lærere i skolen som er hovedskylden i at feildiagnostisering på bakgrunn av relativ alderseffekt. I teorien skulle alle barn i Norge kunne vært sendt til utredning hos spesialisthelsetjenesten, og i en perfekt verden skulle det likevel ikke blitt gitt diagnoser til barn som ikke skal ha det.

Ut ifra de nevnte funnene, hva kan egentlig sosialarbeideren gjøre for å unngå forekomsten av disse feildiagnostiseringene basert på relativ alderseffekt? Mistanken for ADHD hos barn starter i observasjoner hos voksne rundt dem, inkludert lærere og sosialarbeidere. Dersom vi opplever at et barn oppfyller kriteriene for diagnose og viser tegn til tilstandens kjernesymptomer, vil det være naturlig å ta det videre og kontakte foresatte, fastlege eller PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste). For å unngå en eventuell feildiagnostisering, kan forebyggingen allerede starte her. Vi må alltid forsøke å finne en eventuell forklaring på atferden før vi melder videre om bekymring. Som nevnt tidligere i oppgaven, er det flere situasjoner barnet kan være i som kan gi lignende symptom-bilde. Med bakgrunn i denne problemstillingen må vi ta barnets biologiske alder i betraktning. Er barnet et av de yngste i sin aldersgruppe? Hvis ja, kan det hende at vi har sammenlignet barnet opp mot de eldre

elevne i klassen, og kanskje oppfattes som mer umodne? Her gjelder det altså å være bevisst på at dette er et fenomen som kan oppstå i norske skoleklasser og hos norske barn.

Måten vi anvender denne kunnskapen på handler altså om at vi må ha fenomenet i bakhodet, og ha bevissthet på at det kan forekomme. Til tross for at vi ikke har myndighet til å stille diagnoser, er det ingen ting som står i veien for å stille seg kritisk og tilrettelegge innsatser hos barna som sliter. Er man usikker på diagnosen, bør det diskuteres med kollegaer og foresatte. Videre kan man eventuelt kontakte barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) eller barnelege, og foreslå ny utredning. Man må også ta i betraktning at dette kan være belastende for foresatte og barn, da en diagnose ofte kan føles som en lettelse eller gi et endelig svar på et gjennomgående problem. Diagnosen kan utløse tiltak, men kan også medføre utfordringer rundt identitet og på det sosiale plan. Dette skal jeg gå inn på senere i drøftingen. Dessuten vil det også være belastende å motta en diagnose du ikke nødvendigvis har, og leve som om du har den. Her må man unngå å havne i fellen ved å anta at all atferd fra barn som er født sent på året skyldes at de er mer umodne enn de eldre klassekameratene. De yngste barna kan likevel ha tilstanden, og diagnosene kan være riktige. Her er det nok en gang viktig å forsøke å se barnet i sin helhet i den aktuelle situasjonen.

5.2.1 Observasjon og tilrettelegging i skolen

Som sosialarbeider sitter du på faglig- og erfaringsbasert kunnskap som gir kompetanse til å utøve sosialt arbeid i slike situasjoner. Det er derfor ulike hensyn vi må ta stilling til, samt rammer vi arbeider etter. Dette gjelder både på arbeidsplassen, men også i kraft av lovverket og hva vi har myndighet til. Ettersom observasjon i barnehage og skole er en viktig del av grunnlaget for å sette diagnose, påpeker studien av journalgjennomgangene at det bør utvikles bedre metoder for å observere barna og miljøet. Ulike hendelser og relasjoner vil kunne ha innvirkning på hvordan et barn oppfører seg og reagerer, i tillegg til følelsesliv og deres oppfatning av seg selv. Umiddelbart tenker jeg at observasjonene vi gjør må basere seg på det vi allerede vet og har kunnskap om, i tillegg til at vi innhenter mer informasjon. Gode relasjoner med barnet kan skape en psykologisk trygghet, der sosialarbeider sørger for at omgivelsene og relasjonen oppfattes trygg og stødig for barnet, som kan føre til at de betror seg til deg angående de problemer og utfordringer de opplever. Samtidig påpeker studien at vi må strebe etter å bistå spesialisthelsetjenesten med så nøyaktige opplysninger som vi kan for å skape et helhetlig overblikk over andre ting som kan påvirke barnets atferd, herunder klassemiljø, undervisningsorganisering, relasjoner og samspill mellom elev og lærer.

Alle barn er forskjellige, samtidig er alle barn med ADHD forskjellige. Derfor vil ikke nødvendigvis alle barn respondere like godt på samme tilrettelegging i skolen. Her må vi tilpasse opplegget ut ifra hvert enkelt barn og deres utfordringer og behov. Mistenker man at barnet ikke har diagnosen, kan man heller utprøve andre tilnæringsmåter for å deretter observere virkningen av disse, dersom gjeldende tilrettelegging ikke gir effekt. Vi må skape en hverdag for eleven som er enkel å håndtere i forhold til behov, med forbehold om endring. Planene og tilretteleggingen bør kontinuerlig følges opp og endres dersom det er nødvendig, for å unngå tap av trivsel og læring (Nordahl et al., u.å., s.125).

5.3 Identitet og stigma

Å få en diagnose kan oppleves som å få en merkelapp. Atferden forklares ved visse symptomer og bestemte egenskaper ved individet. Diagnosen kan altså oppleves som en markør for vår identitet (Haugland, 2017). Det blir derfor viktig at sosialarbeidere i skolen har kunnskap om hvordan en diagnose kan påvirke identitet, i tillegg til det sosiale aspektet rundt dette.

Barn er observante, og legger fort merke til om noen elever får spesiell tilrettelegging i skolen. Det kan legges merke til om barnet er hyppigere ute av klasserommet sammen med lærer og sosialarbeider, eller har andre arbeidsoppgaver enn sine medelever. Til tross for at denne tilretteleggingen kan være essensiell for læring, kan det påvirke det sosiale aspektet. Her vil jeg trekke inn Erving Goffmans teori om stigma, som jeg gjorde rede for i kapitlet om faglig kunnskap og teoretisk for forståelse.

5.3.1 Stigmatisering

For å knytte situasjonen opp til Goffmans teori om stigma, vil dette fenomenet gå under betegnelsen av stigma som knyttes til negative karaktertrekk hos et individ (Djupvik, 2001, s.8). Her inngår oppførsel og diagnose, som kan gjøre at individet skiller seg ut fra de andre barna. I dagens samfunn kan det være utfordrende å skille seg fra mengden, spesielt i så ung alder. Dersom klassekamerater identifiserer individet som et avvik i gruppen grunnet en ADHD-diagnose, kan dette være grobunn for mobbing og utestenging. Samtidig kan det oppstå risiko for diskriminering, der barnet kan behandles annerledes eller ikke får like muligheter som andre.

Stigmatiseringen bidrar til at det oppstår antagelser rundt diagnosen, og forhindrer en helhetsvurdering av barnet og situasjonen. Mange som opplever uønsket atferd hos et barn med ADHD-diagnose, kan automatisk konkludere med at det er tilstanden som er skyld i oppførselen. Dersom man hører påstander som: «Det er ikke rart han oppfører seg slik, han har jo ADHD» eller «det er nok ADHD-en som gjør at hun er ukonsentrert», er det en indikasjon om at diagnosen er den primære årsaken til problemet, og at andre årsaker ikke er vurdert. Dersom et barns atferd identifiseres utelukkende gjennom diagnosen, kan det reelle problemet eller utfordringen bli skjult av feildiagnostiseringen, og dermed ikke avdekket og behandlet.

Disse typene stigma kan oppstå ved ADHD diagnose, men kunne vært unngått dersom barnet ikke ble feildiagnostisert i utgangspunktet. Konsekvensene kan bli store, spesielt om de ikke selv identifiserer seg med diagnosen. Det er ikke gitt at barna vil bli behandlet annerledes eller stigmatisert, men vi må være klar over at det er en mulighet. Vi må derfor ha klare tiltak dersom vi gjør slike observasjoner av stigmatisering, eller eventuelt har slike holdninger selv. Når det gjelder oppmuntring til inkludering og aksept på skolen kan lærerne og sosialarbeiderne spille en sentral rolle. Elevene med utfordringer må identifiseres og støttes, og viktigheten av å skape respekt for ulikheter og inkluderende miljø ved å fremme forskjeller og ulikheter må presiseres.

5.3.2 Selvstigmatisering

Dersom individet opplever en ytre stigmatisering i forhold til diagnosen, kan dette påvirke selvfølelse og selvtillit. Dette kan være spesielt skadelig dersom tankene om seg selv er basert på en feilaktig diagnose. ADHD-diagnosen innebærer bestemte kjernesymptomer som utgjør en del av kriteriene for å bli diagnostisert av tilstanden. Dersom man tilegner seg disse, og lar symptomene forklare egen oppførsel og personlighet kan dette ha stor innvirkning på egen identitet og selvilde. Som nevnt kan en diagnose oppleves som et svar på de utfordringene de opplever, og kan være en viktig del av det å forstå seg selv. Dersom en feilaktig diagnose stilles, kan det i motsetning bidra til å skape forvirring og usikkerhet. Uavhengig om man identifiserer seg med diagnosen og symptomene eller ikke, kan selvstigmatisering og vonde tanker og følelser oppstå. Diagnosen kan da få en symbolsk byrde, som vil si at man vil oppleve ulemper i kraft av merkelappen diagnosen gir (Marthinsen, 2020). En viktig faktor vil igjen bli støtte rundt individet. Her inngår trygge lærere og sosialarbeidere som kan ta tak i de

utfordringer som kan forekomme, og opptre som gode og trygge voksne i situasjoner som kan føles vanskelige. Åpenhet, dialog, kommunikasjon blir alle viktige faktorer for å vise elevene at vi er der for dem, og at vårt arbeid først å fremst går ut på å stå til rådighet for dem som sliter.

6.0 Avslutning

Ut ifra problemstillingen tyder disse funnene på at en relativ alderseffekt kan bidra til feildiagnostisering av norske barn. I denne oppgaven har jeg diskutert hvorvidt årsaker til feildiagnostiseringen kan starte på samfunnsnivå, der strukturene setter rammer for skolesystemet og diagnostiseringsmetodikk. I tillegg har jeg vært inne på hvordan fenomenet kan knyttes opp mot stigmateori, og hvordan sosialarbeiderne i skolen kan forsøke å forhindre eller redusere de skadelige konsekvensene en feildiagnostisering kan medføre. Sosialarbeidere i skolen må være flinke på å forsøke å se bak atferden, samt være bevisst på at dette er et fenomen som kan oppstå. Kunnskap på området er derfor avgjørende for å sørge for at barn som rammes av fenomenet får avdekket den reelle situasjonen som er bak. Det bør strebes etter å gjøre gode observasjoner av barnet og miljøet rundt. Kunnskapen anvendes i form av at vi må ha fenomenet i bakhodet, være bevisste på barnas relative alder og hvordan vi sammenligner barn på klassetrinn. En forebygging kan allerede da starte ved tidlig intervensjon, på grunnlag av grundige vurderinger og observasjoner.

Mitt poeng er ikke at vi skal slutte å henvise og diagnostisere for ADHD. Trolig er diagnosen både overdiagnostisert og underdiagnostisert. Derfor har det vært viktig for meg å gjøre det tydelig at jeg leter etter «feildiagnostiseringen» i den forstand at det er barn som har fått diagnosen, som egentlig ikke skulle ha den. For å konkludere er det viktig å belyse flere sider før en eventuell diagnose blir satt. Funnene kan gi god kunnskap i form av tilpasset tilrettelegging og informasjon til sosialarbeidere, lærere og foresatte. Funnene tyder på at det er behov for ytterligere kunnskap på området, i tillegg til at Surèn et al. (2018) peker på at det også mangler på godt evaluerte metoder på hvordan man kan gjøre gode observasjoner av forhold som kan påvirke barnets atferd.

Litteraturliste

- ADHD Norge. (2020). *Utredning av ADHD for barn*. ADHD Norge.
<https://www.adhdnorge.no/artikkel/utredning-av-adhd-for-barn> *1 side
- ADHD Norge. (2021). *Hva er ADHD?* ADHD Norge.
<https://www.adhdnorge.no/artikkel/hva-er-adhd> *1 side
- Bonati, M., Cartabia, M., Zanetti, M., Reale, L., Didoni, A., & Costantino, M. A. (2018). Age level vs grade level for the diagnosis of ADHD and neurodevelopmental disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(9), 1171–1180.
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1180-6>
- Brattebø, N.-M. (2014). *Relativ alderseffekt blant norske elever på 5. Og 8. Trinn. [Masteroppgave]*. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/280244/Nora-Marie%20Bratteb%c3%b8.pdf?sequence=1&isAllowed=y> *56 sider
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS. *272 sider
- Djupvik, A. R. (2001). *Stigma og sosiale tenester: Bd. 2001:15*. Høgskulen i Volda Møreforskning Volda. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011041306035 *29 sider
- Ejrnæs, M., & Kristiansen, S. (2014). Perspektiver på sosiale problemer i USA og Skandinavi. I A. Meeuwisse & H. Swärd (Red.), *Perspektiver på sosiale problemer* (2. utg., s. 75–95). *20 sider
- Fangen, K. (2019). I O. Korsnes (Red.), *Sosiologisk leksikon* ([Revidert og utvidet utgave]., s. 302–303). Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018, november 20). *ADHD-diagnosar ikkje godt nok dokumenterte*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/adhd-diagnosar-ikkje-godt-nok-dokumenterte/> *1 side
- Haugland, K. K. (2017, desember 10). *Besværlige merkelapper på mennesker*. Stavanger Aftenblad. <https://www.aftenbladet.no/meninger/kommentar/i/VRbLPp/psykiatrien-problematiske-merkelapper-paa-mennesker>
- Helsedirektoratet. (2022). *ADHD*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd> *19 sider
- Hove, O. (2001). *Stigma: Teoretiske tilnærminger til stigma og til forholdet mellom stigma og sosiale ytelser - en kritisk drøfting* (Bd. 2001 nr 2). Høgskolen i Oslo, Avdeling for økonomi-, kommunal og sosialfag. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008120800104 *67 sider
- Karlstad, Ø., Furu, K., Stoltenberg, C., Håberg, S. E., & Bakken, I. J. (2017). ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month: Nationwide cohort study from Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(4), 343–349.
<https://doi.org/10.1177/1403494817708080>
- Kvam, M. (2021). *Ordene vi bruker kan redusere stigmatisering*. NHI.no.
<https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/ordene-vi-bruker-kan-reduere-stigmatisering/> *1 side
- Lundal, S. O., & Tjora, A. (2021). Stigma – samfunnsvitenskap. I *Store norske leksikon*.
https://snl.no/stigma_-_samfunnsvitenskap
- Marthinsen, E. (2020). *En radikal analyse av barnevernet*.
https://www.researchgate.net/profile/Edgar-Marthinsen/publication/338572543_En_radikal_analyse_av_barnevernet/links/5e1d9b35458515d2b46aaba5/En-radikal-analyse-av-barnevernet.pdf *9 sider

- Meeuwisse, A., & Swärd, H. (2014a). Introduktion: Hvad er et socialt problem? I A. Meeuwisse & H. Swärd (Red.), *Perspektiver på sociale problemer* (2. utg., s. 21–53). Hans Reitzels Forlag. ***32 sider**
- Nordahl, T., Gravrok, Ø., & Knudsmoen, H. (u.å.). *Forebyggende innsatser i skolen*. https://pure.au.dk/ws/files/110/Forebyggende_innsatser_i_skolen_1_.pdf
- Norsk Pasientskadeerstatning. (2018). *Erstatningssaker—Diagnostisering av ADHD*. Norsk pasientskadeerstatning. <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/temaartikler/erstatningssaker---diagnostisering-av-adhd/> ***1 side**
- Nygren, L. (2014). Sociale strukturer og sociale problemer. I A. Meeuwisse & H. Swärd (Red.), *Perspektiver på sociale problemer* (2. utg., s. 153–168). Hans Reitzels Forlag. ***15 sider**
- Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? En praktisk guide*. Universitetsforlaget. ***159 sider**
- Schnorrbusch, C., Fabiano, G. A., Aloe, A. M., & Toro Rodriguez, R. C. (2020). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Relative Age: A Meta-Analysis. *School Psychology Review*, 49(1), 2–19. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2020.1717368> ***19 sider**
- Surén, P., Thorstensen, A. G., Tørstad, M., Emhjellen, P. E., Furu, K., Biele, G., Aase, H., Stoltenberg, C., Zeiner, P., Bakken, I. J., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse hos barn i Norge. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0418>
- Surén, P., Thorstensen, A. G., Tørstad, M., Emhjellen, P. E., Furu, K., Biele, G., Aase, H., Stoltenberg, C., Zeiner, P., Bakken, I. J., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018, november 20). *Om Tidsskriftet | Tidsskrift for Den norske legeforening*. Tidsskrift for Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/annet/om-tidsskriftet> ***1 side**
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial-og helsefag Råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm AS. ***135 sider**
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget. ***128 sider**
- Tjora, A. (2022). Erving Goffman. I *Store norske leksikon*. http://snl.no/Erving_Goffman
- Weele, J. van der, & Karlsen, K. (2021). *Analyse i komplekse barnevernssaker: Fra magesfølelse til kritisk tenkning* (1. utgave.). Gyldendal. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920169285902202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Wojtaszek, J. (u.å.). *Praktiske råd for utvikling av unge utøvere*. Olympiatoppen. Hentet 30. januar 2023, fra <https://olympiatoppen.no/fagomrader/talentutvikling/utviklingsfilosofi/praktiske-rad-for-utvikling-av-unge-utoverer/> ***2 sider**
- Øie, M. G. (2021). *Hva er ADHD?* Norsk Psykologforening. <http://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer-om-psykisk-helse/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-adhd> ***4 sider**

Selvvalgt pensum: 972 sider