



Linnéuniversitetet

Fakulteten för hälso- och livsvetenskap

Examensarbete

Leva med ADHD: En intervjustudie

Sara Al-Seadi
Huvudområde: Farmaci
Nivå: Grundnivå
Nr: 2016:F17

**Att leva med ADHD
En intervjustudie**

Sara Al-Seadi

**Examensarbete i Farmaci 15 hp
Farmaceutprogrammet 180 hp
Institutionen för Kemi och Biomedicin
Linnéuniversitetet, Kalmar**

Handledare
Siegbert Warkentin
Professor

Institutionen för Psykologi
Linnéuniversitetet
SE- 351 95 Växjö

Examinator
Christer Berg
Lektor

Institutionen för Kemi och Biomedicin
Linnéuniversitetet
SE- 391 82 Kalmar

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) är ett neuropsykiatriskt tillstånd som karakteriseras av koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet och impulsivitet. Barn med ADHD är ofta otåliga, har ofta svårt att kontrollera humöret och att visa sina känslor. Dessutom upplever många barn/ungdomar med ADHD en låg tilltro till sina egna förmågor, är osäkra och ängsliga, samt har ofta svårt i det sociala samspelet med andra. Det förekommer även en hög grad av samsjuklighet med andra tillstånd som exempelvis depression, ångest, läs och skrivsvårigheter samt dyslexi.

Forskning har visat att ADHD i hög grad är ett ärftligt tillstånd och siffror på 70 – 90 % har rapporterats. Även om man inte känner till orsaken till ADHD har studier visat att en samvariation mellan arv och miljö samt att sociala faktorer spelar en roll för utvecklingen av ADHD. Under senare år har de farmakologiska behandlingsinsatserna ökat kraftigt, inte bara av barn och ungdomar, men även vuxna, med preparat som Ritalin®, Concerta®, Strattera® och Elvanse®.

Syftet med föreliggande kvalitativa intervjustudie var att belysa hur det är att leva med ADHD. Totalt genomfördes 4 intervjuer, varav en föräldrantervju till en 15 åring. Av intervjuerna framgick att ADHD upplevs som ett känsligt ämne och att man inte gärna vill tala om sin diagnos i rädsla att bli dömd för sina svårigheter. Det framgick även att föräldrar inte upplever att skolans personal är tillräckligt utbildad i neuropsykiatriska utvecklingsstörningar och inte visar tillräcklig förståelse för diagnosen ADHD.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neuropsychiatric condition which is characterized by difficulties concentrating, hyperactivity and impulsivity. Children with ADHD are often impatient, often have difficulties controlling their mood and showing emotions. Many children also have a low self-esteem, are insecure as well as having difficulties interacting socially with other children. There is also a high degree of people with ADHD that have other conditions such as depression, anxiety, reading and writing difficulties as well as dyslexia.

Studies have shown that ADHD is often inherited and numbers up to 70 – 90 % have been reported. Even if the reason for ADHD is still quite unknown studies have shown that there is a connection between heritage and environment but even social factors play an important role in developing ADHD. In later years the pharmacological treatment-investments have grown, not just for children and teenagers, but also for adults, with medications such as Ritalin®, Concerta®, Strattera® and Elvanse®.

The purpose of this qualitative interview study was to cast light upon what it is like to live with ADHD. In total 4 interviews were made, one of these was an interview with a parent of a 15 year old. From the interviews it was understood that speaking of ADHD can be a sensitive topic because most people are afraid of being judged due to the diagnosis. It was also revealed that parents do experience that the personnel at schools are not trained enough in dealing with neuropsychiatric disorders and thus do not express enough understanding for the diagnosis of ADHD.

Tackord

Jag vill gärna tacka min handledare, Siegbert Warkentin, för den hjälp och vägledning jag fått och för hans tålamod.

Jag vill också tacka personerna som gick med på att bli intervjuade vilket jag tänka mig inte kan ha varit det lättaste!

Slutligen vill jag tacka min familj för deras eviga stöd!

Innehållsförteckning

Bakgrund	7
 Problemföreskrivning	7
Bakgrund/Introduktion	7-8
Diagnostik/Differentialdiagnoser	8-10
Behandling.....	11-13
Syfte.....	11
Metod.....	11
 Resultat.....	12-16
Intervjuer.....	16-18
Diskussion	19-20
Referenser.....	21-23
Bilagor.....	23-24

Förkortningar

ADHD= Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder

DIVA= Diagnostisch Interview Foor ADHD bij volwassenen (Diagnostisk Intervju för ADHD hos vuxna)

Inledning

Problembeskrivning

AD/HD är den vanligaste neuropsykiatriska diagnosen hos barn och ungdomar (1, 2) med en prevalens på cirka 3-5 procent och den förekommer i samma utsträckning även i vuxen ålder (2).

Nackdelen med AD/HD är att en diagnos kan ta flera år att erhålla, på grund av långa kötider till barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Det kan i sin tur leda till problem med att få hjälp i skolan med anledning av att en diagnos krävs för att kunna få den hjälp som behövs under undervisningen (22).

De symtom som leder till att vård sökes är, i ett barns fall exempelvis: ett normalbegåvat barn som trots detta inte klarar av studierna, presterar sämre än jämnåriga i samma grupp eller ej vill umgås med vänner (20).

Yngre barn råkar oftare ut för cykelolyckor än barn utan funktionshinder. Äldre barn i tonåren med AD/HD är oftare än genomsnittet involverade i bil och/eller andra olyckor på grund av ouppmärksamhet. Det uppmärksammas också en ökad impulsivitet i båda grupper (20).

Hos barn ses ofta en svårighet att kontrollera samt att reglera uppmärksamhet, upprätthålla koncentrationen på uppgifter som ska genomföras. De har likväl svårt att anpassa sin aktivitetsnivå till den aktuella situationen som de befinner sig i. Det har också uppmärksamats att barn med AD/HD har svårt att kontrollera benägenheten att reagera på impulser (25).

Vuxna söker vård på grund av liknande symtom. En svensk studie har visat att vuxna söker sig till vården, allmän vård och/eller psykiatrisk vård, på grund av att de har sänkt uppmärksamhet, sänkt motorik samt ökad impulsivitet (2).

I vissa fall har det visat sig att de varit i kontakt med psykiatri, specifikt på grund av dessa symtom under en längre tid men att det ej kunnat fastställas vad de beror på (23).

AD/HD kan vara mycket svår att diagnosticera hos kvinnor på grund av att de inte brukar ha symtom på hyperaktivitet. Kvinnor tenderar att vara mer inåtvända med en sämre självkänsla. Som barn kan de snarare ha uppvisat en viss underaktivitet (24).

Skillnaden mellan män och kvinnor är att män har en större tendens till kriminalitet och missbruk än vad kvinnor har. Hos kvinnor finns det en dokumenterad somatisering, där den psykiska obalansen givit upphov till fysiska symtom. Majoriteten av kvinnorna som söker vård har sökt sig dit på grund av symtom på ångest och psykisk obalans (24).

Majoriteten av personer med AD/HD anses vara kreativa, utåtgående och handlingskraftiga. För personer med denna neuropsykiatriska sjukdom är det därför mycket viktigt att ta hänsyn till detta när det är dags att söka jobb (23).

Bakgrund

Fram till 1990-talet så ansågs ouppmärksamhet och överaktivitet som ett beteendeproblem, som endast var kopplat till barndomen. Mycket tidiga undersökningar gjordes i ett försök att hitta extrema fall av ouppmärksamhet och överaktivitet och klassa dessa som en psykisk störning. Den brittiske barnläkaren George Frederic Still var först ut att på allvar sätta symtomen för ouppmärksamhet i ett medicinskt sammanhang. Under en föreläsning, som hölls 1902 på Royal College of Physicians i London, barnen beskrevs att de hade bristande ouppmärksamhet och överaktivitet och att de hade, citat: ”bristande moralkontroll” av patologisk karaktär. Still ansåg att de var normalbegåvade men att de var destruktiva, rastlösa och hade, citat: ”starkt bristande förmåga till sammanhängande uppmärksamhet och därav följande svårigheter i skolan, trots avsaknad av förståndshandikapp”. En del av dessa barn kom från svåra bakgrunder, men en minoritet kom inte från en liknande bakgrund. Still kom till slutsatsen att dessa barns ouppmärksamhet och överaktivitet berodde på en biologisk förklaring, en neurologisk funktionsnedsättning i barnens viljekontroll (27).

Under denna tid ansågs det viktigt med miljöombyte för barn med neuropsykiatriska sjukdomar som exempelvis särskilda skolor eller beteendestyrningsprogram (27).

Slutet på 40-talet myntades termen ”brain damaged child” som senare kom att utvecklas till termen ”minimal brain damage”, MDB. Fram till slutet på 50-talet genomfördes forskning på patienter som endast hade riktigt allvarliga symtom (27).

Slutet på 80-talet myntades begreppet DAMP (Definicits in Attention, Motor-control and Perception). Detta begrepp beskrev symtombilden snarare än MDB:s beskrivning av den bakomliggande orsaken (27).

AD/HD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) innebär att den drabbade lider av koncentrationssvårigheter, har svårt att kontrollera känslor och impulsivitet, ofta är hyperaktiv, har ofta svårt att sitta still, är lätt distraherad och har svårt att vara uppmärksam. Dessutom förekommer det vid AD/HD ofta en samsjuklighet med depression, bipolär sjukdom, ångestsyndrom och andra psykiska svårigheter, vilket innebär att diagnosen AD/HD inte är en enhetlig diagnos. Dessutom varierar

svårigheterna från person till person, där vissa symtom kan vara uttalade hos vissa personer, medan de i stort sett saknas hos andra (4).

Epidemiologisk och genetisk forskning har visat att det finns en hög ärftlighet vid AD/HD och den har uppskattats ligga över 75 procent (21). Trots detta har man inte hittat någon enskild gen som förklarar uppkomsten av AD/HD utan det tycks vara så att ärftligheten utgörs av ett komplicerat samspel mellan genetiska uttryck och olika sociala och miljöfaktorer (5).

Enligt socialstyrelsen finns det studier, med hjärnabbildande tekniker, som har visat att det finns avvikelser i prefrontala områden hos barn med påvisad AD/HD (25).

För att AD/HD ska kunna diagnostiseras i vuxen ålder krävs att svårigheterna har debuterat under barndomen. Symtomen ska vara förenade med funktionshinder som allvarligt påverkat individen inom minst två aspekter av livet, inom privatlivet och/eller i arbetslivet. Utredningen omfattar en kartläggning av anamnesuppgifter genom intervjuer med patienten och nära anhöriga (föräldrar och syskon). Patienten får även fylla i olika skattningsskalor med frågor kring nuvarande och retrospektiva svårigheter inom olika domäner, för att få en fullständig och rättvisande bild av patienten som möjligt (3).

Förutom sociala, psykologiska och pedagogiska insatser, behandlas allt fler personer med AD/HD med amfetaminliknande preparat som metylfenidat: Ritalin® eller Concerta® och atomoxetin som finns i Strattera®. Sedan årsskiftet 2013/2014 finns även Elvanse® som innehåller lisdexamfetamin, med indikationen AD/HD (12). Dessa läkemedel får, enligt Läkemedelsverkets föreskrifter, endast förskrivas av läkare med specialisering inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering. LMV kan dock ge dispens om det anses nödvändigt.

Forskningen kring långtidseffekterna och biverkningsprofilen för preparaten är inte helt klarlagd, den svenska lagstiftningen och EU-lagstiftningen är restriktiva i behandlingen av vuxna och preparaten får endast skrivas ut på licens, dock som nämnt ovan kan dispenser ges (4).

Enligt Socialstyrelsen finns det mycket som kan göras i preventivt syfte. Dock finns det inte vetenskapligt bevisat att dessa preventiva syften påverkar barns psykiska hälsa, så att dessa barn ej drabbas av psykisk ohälsa längre fram. Men det finns bevisat att en god mödrahälsovård och förlossningsvård påverkar ett barns hälsa positivt överlag. Samt finns det en del riskfaktorer som kan vara intressanta att lägga till grund för preventivt syfte, att det finns föräldrar med känt missbruk, egna psykiska problem, egen AD/HD-anamnes (25).

Vad händer vid AD/HD?

Vid AD/HD har man sett att miljö och genetiska faktorer till cirka 80 % utgör orsaker till AD/HD. Andra riskfaktorer kan exempelvis vara komplikationer vid graviditet och/eller förlossning, om modern konsumerat alkohol under graviditeten

eller narkotika men också hjärnskador efter perioden av nyföddhet (2, 10). Det finns bevisat i flera studier, enligt Socialstyrelsen, att mödrar som röker ofta under graviditeten riskerar att föda ett barn som kan utveckla AD/HD under uppväxten (25).

Det finns studier som visat att en icke allsidig kost skulle kunna vara en av faktorerna till att vissa barn får AD/HD. Vissa studier har också visat att barn med AD/HD har låga halter zink, magnesium, koppar, järn och omega-3 fettsyror. Socker, onaturliga färgämnen och konserveringsmedel har också visat sig ha en ökad risk för AD/HD, detta tillsammans med en ärftlig benägenhet ger en ökad risk att drabbas av AD/HD (18, 19).

Enligt Socialstyrelsen kommer majoriteten av barn och ungdomar med AD/HD från familjer med otrygg anknytning mellan förälder och barn. Likaså har det kunnat påvisas att barn med en socioekonomiskt missgynnad familj har en större chans att drabbas av psykisk ohälsa, såsom bl.a. AD/HD. Har föräldern till ett barn med AD/HD egna psykiska problem så finns det bevisat att det påverkar barnets psykiska utveckling (25).

Det finns visat, i en svensk-tysk studie, att motion minskar symtomen av AD/HD samtidigt som det förbättrar socialt beteende, motorik och styrka. Det är vanligt att hållning, respiration och meditation tränas genom yoga, sporter som tränar/förbättrar samarbete, guidade promenader, cykling, aerobics, rephoppning och olika bollsporter (14, 9, 13).

Det är mycket vanligt med samsjuklighet vid AD/HD, finns minst en psykiatrisk diagnos till förutom AD/HD såsom: Ångestsyndrom, bipolär sjukdom, depression, utvecklingsstörning, dyslexi, dyskalkyli, Tourette's syndrom, somatisk sjuklighet såsom övervikt, hjärt-kärlsjukdom som beror på stress, migrän osv (2).

Hur diagnosticeras AD/HD?

För att fastställa AD/HD hos vuxna använder man sig i Sverige av ASRS-V1.1-metoden, (Adult AD/HD Self-Report Scale), detta gäller specifikt personer som är 18 år eller äldre. ASRS-V1.1 genomförs på två sätt genom att individen får svara på 6 frågor som har att göra med AD/HD-manifestationen hos vuxna. Denna del av undersökningen görs för att undersöka hur ofta symtomen uppkommer under en dag. Utifrån de olika svarsalternativen ges en "cut-off"-poäng som visar om symtomförekomsten är tillräcklig för diagnosen AD/HD. Den andra delen av testet består av 18 mer fördjupade frågor där individen bättre kan förklara hur symtomen manifesteras hos honom/henne (13, 6).

Det finns även flera andra skattningsskalor som används i utredningen, som exempelvis Barkley Deficits in Executive Functioning (BDEF). Med hjälp av

denna 4-gradiga skala mäts individens förmåga att planera, lösa problem, hålla tider, kontroll över känslor, självkontroll och självmotivation.

Utredningen av AD/HD omfattar även en somatisk och neurologisk undersökning för att utesluta andra orsaker till individens svårigheter, som exempelvis fysiska eller psykiska trauma, mat- och sömnvanor, missbruk av alkohol eller droger etc. (2).

För att en patient ska anses lämplig för en utredning så måste denne uppvisa symtom på AD/HD så att personer i omgivningen misstänker en funktionsnedsättning. Dessa symtom ska ha debuterat i barndomen och lidandet ska ha varit påtagligt, men det viktigaste är att patienten själv vill genomgå en utredning. Utredningen ska först och främst prioritera dem som sedan tidigare har haft kontakt med psykiatri och efter det prioriteras gravida och småbarnsföräldrar, unga med stort lidande, de patienter som riskerar sitt liv på grund av funktionsnedsättningen eller patienter med ett aggressivt och farligt beteende (3).

Differentialdiagnoser

Många av de symtom som förekommer vid AD/HD kan likna sådana som även förekommer vid andra funktionsstörningar, det gör att en noggrann differentialdiagnostik är av stor vikt, inte minst ur behandlingsynvinkel. Exempelvis kan personer med lindrig utvecklingsstörning uppvisa symtom som liknar AD/HD. Symtompresentationen brukar i dessa fall kunna hänvisas till alltför stora kognitiva krav i skolsituationer där ökad mental och kognitiv belastning ofta utlöser koncentrationssvårigheter, rastlöshet tillsammans med inlärningsproblem.

Även differentialdiagnostisering gentemot autismspektrumtillstånd är viktig. Vid dessa tillstånd kan hyperaktivitet och impulsivt beteende förekomma i hög grad, uppmärksamhetssvårigheterna består i första hand av att individerna lätt fastnar och förlorar sig i detaljer.

Vid bipolär sjukdom förekommer hyperaktivitet, men här är hyperaktiviteten beroende på underliggande psykiatrisk sjukdom som inte ska förväxlas med AD/HD. Hyperaktiviteten ingår som en del av den övriga symtombilden tillsammans med bland annat ökad sexualitet, eufori och minskat sömnbehov.

Ångesttillstånd ger ibland koncentrationssvårigheter och rastlöshet som kan vara svåra att skilja från AD/HD. Här kan ibland ångestdämpande läkemedel hjälpa i differentialdiagnostiken, men ångesttillstånd kan även vara förenade med självskadebeteende som då kräver andra behandlingsinsatser. Även en samsjuklighet med depression i kombination med ångest måste behandlas innan eventuellt kvarstående problematik skulle kunna vara förenlig med AD/HD.

Instabil personlighetsstörning har den impulsivitet som kan ses vid AD/HD men individer med detta tillstånd har en separationskänslighet, självskadebeteende och kroniska tomhets känslor och en slags splittring mellan idealisering och nedvärdering.

Missbruk av droger kan ge symtom som liknar AD/HD. Speciellt gäller detta för akuta och kroniska effekter av missbruket. Man kan få dessa symtom vid abstinens när sedativa, alkohol, nikotin och cannabis använts under lång tid.

Somatiska sjukdomar kan också ge liknande symtom som kan missuppfattas vara AD/HD såsom fibromyalgi, sköldkörtelsjukdomar, B-12 brist. Har man obstruktiv sömnapné syndrom så kan detta ge symtom såsom koncentrationssvårigheter och trötthet under dagen men dessa symtom uppstår på grund av sömnbristen. Likväl kan utmattningssyndrom ge försämrat arbetsminne och koncentrationssvårigheter.

(2)

Behandling

Alla individer som har AD/HD behöver inte behandlas med läkemedel för sina svårigheter, många klarar sig bra även utan medicinering.

De vanligaste läkemedlen som används i Sverige för indikationen AD/HD är Ritalin® och Concerta® (metylphenidat). Dessa brukar anses vara förstahandspreparat, eftersom man har mest erfarenhet av dessa läkemedel. Strattera® (atomoxetin) används även för behandling av AD/HD, men ofta företrädesvis vid missbruk eller ökad risk för missbruk, vid behandling av tics (ej frivilliga ryckningar), samt allvarlig sömnstörning.

Ett nytt läkemedel med namnet Elvanse® har kommit ut på marknaden 2013/2014 och har enligt flera studier visat sig ha en god effekt på koncentrationen hos individer med AD/HD. Den aktiva substansen är lisdexamfetamin. Trots att preparatet i ökad utsträckning skrivs ut till allt fler individer med AD/HD, är Elvanse® ännu föremål för övervakning av biverkningar (15, 16). Behandling med Elvanse® har visat sig ge olika slags biverkningar såsom huvudvärk, sömnlöshet, minskad matlust, smärta i övre delen av kroppen, irritabilitet, viktförlust, kräkningar, illamående, yrsel och nasofaryngit (16).

Behandlingen ska regelbundet utvärderas av berörd läkare för att se så att effekten motsvarar de mål man har satt upp för behandling av individen med AD/HD. Täta läkarkontakter är i detta fall viktigt så att man ska anpassa dosen för att kunna få ut maximal effekt och undvika så mycket biverkningar som möjligt (1).

Blodtrycket ska mätas regelbundet samt pulsen. Hos barn är det viktigt att observera vikt- och längdutveckling under medicineringens gång.

Det är relativt vanligt att patienter avbryter en påbörjad läkemedelsbehandling på grund av att de inte tycker att läkemedlet ger en tillräcklig effekt. Att avbryta en behandling på grund av biverkningar är inte helt ovanligt. Cirka hälften av alla barn som medicineras avslutar sin behandling två år efter påbörjad behandling och efter fem år så kommer ytterligare ett antal individer att ha avslutat sin behandling på grund av för liten effekt. Behandlingseffekten ska också värderas i förhållande till kostnaderna för preparaten.

Det finns många barn som har AD/HD och samtidigt lider av depression. Dessa barn behandlas ofta med fluoxetin för sin depression i kombination med metylphenidat mot AD/HD.

Omega-3 fettsyror ges i många fall till barn med AD/HD eftersom vanligtvis föräldrarna anser att dessa fettsyror skulle kunna minska AD/HD-symtomen hos sina barn och öka koncentrationen, men det vetenskapliga stödet för denna behandling är ännu litet (17).

Det finns studier som har visat att individer med AD/HD har för låga halter omega-3 fettsyror, vilket skulle kunna vara en anledning till att individen drabbats utav AD/HD. En specifik studie har fokuserat på att se om individer med AD/HD och

som äter medicin innehållande metylfenidat ex: Ritalin®, Concerta®. Men i detta fall så visade inte studien någon förbättring utav metylfenidatens verkan på koncentrationen hos dessa individer på grund av samtidigt intag av omega-3 fettsyror (19), även om personer i det vanliga livet har sagt att de känner att de har en bättre koncentration när de intar omega-3 fettsyror och sin AD/HD medicin (18).

Det finns en hel del icke-farmakologiska behandlingar, som kan genomföras, det har visats att dessa fungerar, speciellt hos personer som inte har en så svår AD/HD, medan personer med svårare AD/HD kan behöva en kombination utav farmakologisk behandling och psykologisk behandling. Den icke-farmakologiska behandlingen innebär att individer med fastslagen AD/HD får genomgå beteendeterapi vilket innebär att patienten får genomgå en psykologisk intervention och en utbildningsintervention (19).

Den psykologiska interventionen innebär att en individ får genomgå flera moment för att förbättra livskvalitén såsom: beteendeterapi, som innebär att man använder sig utav ett belöningssystem för att få individen att bli motiverad till att få olika moment i sitt liv genomförda, likaså förändringar i beteende. Patienten får ta emot beröm, positiv uppmärksamhet, belöningar och privilegier. Beteendeterapin används som ett sätt att minska oönskat beteende hos individer med AD/HD genom att individerna blir bestraffade om de gör något fel. Individerna blir bestraffade på så sätt att de får något av sina privilegier/belöningar indragna och de får inte tillbaka de förrän de rättat till något av sina misstag, detta för att försöka avvänja liknande beteende (19).

Inom den psykologiska interventionen finns det även föräldra-terapi som innebär att föräldrarna utbildas i hur de kan hantera ett barn med AD/HD och hur förälder/barn relationen kan förbättras mellan dessa 2-3 personer (19).

Vidare används det inom den psykologiska interventionen kognitiv beteendeterapi. Genom denna så hjälps barnet att bättre planera sin vardag, vad som ska göras, vad som är viktigt, vad som är oviktigt. Barnet får också träna sina sociala färdigheter genom att de får lära sig att kontrollera sitt humör, men också att kunna skapa kontakt med andra individer genom att skapa ögonkontakt, le och att kunna upprätthålla en kroppshållning som är passande för tillfället (19).

Barnen får genomgå en utbildningsintervention vilket innebär att de får genomgå en akademisk intervention som betyder att deras skolgång individualiseras i den mån det är möjligt, skolsysslor anpassas specifikt för barnet, likaså förväntningar (19).

Lärarna får genomgå en utbildning för att kunna hjälpa dessa barn i bästa möjliga mån. De ska lära sig att kunna tillämpa regler som är specifika för just dessa barn (19).

Denna behandling anpassas efter ålder på individen. Exempelvis gäller för gruppen 3-5 åringar att man fokuserar på föräldrarna och hur de hanterar ett så ungt barn med AD/HD, man har märkt att det finns så små barn med AD/HD, även om det är ovanligt och det i dessa fall betyder att det handlar om svårare fall utav AD/HD (19).

Gruppen 6-12 åringar behandlas med hjälp utav föräldra-utbildning, träning utav sociala färdigheter samtidigt som man lägger mycket fokus på den akademiska utvecklingen (19). Det skapas förhållanden runt barnen så att de kan fungera optimalt, samt är det viktigt att miljön runt barnen rättas till så att den har mer koppling till en vuxen, blir mer förutsägbar och ger lugn och ro (24).

Gruppen 13-18 åringar är den minst studerade gruppen när det gäller icke-farmakologiska studier, hos dessa individer är den farmakologiska behandlingen den mest beprövade och det är i denna grupp det är vanligast med medicinering. Men enligt en studie så skulle man kunna använda de icke-farmakologiska behandlingar som används för gruppen 6-12 åringar (19).

Resultat av icke-farmakologiska studier har visat sig vara effektiva, inte minst på individer som inte har så svår AD/HD (19).

Syfte

Syftet med denna studie var att genom intervjuer lära sig vad AD/HD egentligen innebär, och vilka implikationer detta har i vardagen för individer med AD/HD. Syftet var likaså att lyfta en diskussion angående AD/HD då det anses vara en dold psykisk funktionsnedsättning, det syns inte direkt på en individ att den har AD/HD, detta kan göra det svårt att förstå komplikationerna som finns bakom AD/HD. Symtomen varierar från individ till individ och mellan olika situationer.

Metod

Detta är en kvalitativ studie som är gjord med hjälp av intervjuer, via konversation får man på bästa sätt mer kunskap om AD/HD och om hur det är att leva med diagnosen, och en ökad förståelse av hantering av vardagen. Frågorna togs med lite hjälp från olika studier som hittats på PubMed, främst framtogs frågorna ur en personlig synvinkel för att få reda på mer om AD/HD.

Både Lantz (7) och Dalen (8) trycker på att vara noga med att använda ett så lättförståeligt språk som möjligt, samt att använda ord som hur, varför, berätta mer. Författarna beskriver att man som intervjuare inte ska fylla i tystnader med subjektivt tänkande, ord och så vidare, alltså sådant som inte är tänkt att sägas högt ska man inte heller säga. När sådana tystnader uppstår så ska man istället fylla de med en fråga för att kunna leda samtalet i den riktning som det var tänkt från början, då får man en mer avslappnad intervju som känns naturlig.

Eftersom att det kan vara svårt att intervjua barn så valde jag istället att intervjua vuxna. Genom en förening i Halmstad som är en del av Riksförbundet Attention fick jag kontakt med två personer med AD/HD som var villiga att delta. En tredje person valdes ut genom personliga kontakter. På grund av svårigheter att få personer att vilja delta genomfördes en fjärde intervju med en mamma som har en 15-årig son med AD/HD.

Jag tog kontakt med en förening i Halmstad som är en del av Riksförbundet Attention, men det tog väldigt lång tid för dem att svara. Jag bestämde mig därför att ringa istället och fick till slut kontakt med en ansvarig person för föreningen som själv har AD/HD. Men efter kontakt med sina medlemmar angående min studie var det fortfarande ingen som hörde av sig. När jag åter tog kontakt med honom så lämnade han återigen ett meddelande till medlemmarna, då var det en kvinna som hörde av sig till mig som har en son med AD/HD. Jag lyckades få ytterligare en intervju genom Attention som genomfördes öga mot öga och den tredje och fjärde via personliga kontakter. Sammanlagt så genomfördes fyra intervjuer totalt varav en föräldrintervju.

Två intervjuer genomfördes per telefon och tog cirka 30 minuter var, de andra två genomfördes öga mot öga och den ena tog cirka 50 minuter och den andra cirka 30 minuter.

När intervjuerna var genomförda valdes delar ut som var relevanta för studien och det övriga materialet togs bort. De utvalda delarna transkriberades för att ge en lättare överblick och analys av materialet.

Att delta i denna studie har varit frivilligt för deltagarna och vetenskapsrådets etiska krav följdes, de så kallade fyra huvudkraven: information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (21).

Frågorna är bifogade som bilaga.

Resultat

Innan jag presenterar mina resultat vill jag gärna presentera föreningen Attention som är en intresseorganisation. Den inriktar sig främst på personer som har AD/HD, Aspergers/Autismspektrumtillståndet samt på personer som har språkstörningar och Tourettes syndrom. De jobbar mycket genom att ge hjälp och stöd till personer som har någon form av neuropsykiatrisk sjukdom, så att dessa får rätt stöd i skolan, ute på arbetsmarknaden och på fritiden. Hjälp erbjuds likaså till anhöriga så att dessa får mer inflytande, men samtidigt avlastning i vardagen eller på fritiden.

De har 60 olika lokalföreningar runt om i landet, där kan man träffa andra med neuropsykiatriska sjukdomar. Dessa lokalföreningar arrangerar träffar, gruppaktiviteter och utbildningar. På detta sätt ökar de kunskapen om neuropsykiatriska sjukdomar bland deras egna medlemmar. De anordnar ofta utbildningar där man kan anmäla sig och gå på föreläsningar.

Attention sprider kunskap om neuropsykiatriska sjukdomar genom att de ger ut en medlemstidning, samt upprätthåller en Facebook-sida. De har en hel del intressepolitiskt arbete genom att svara på remisser, medverka i referensgrupper, genomföra enkätundersökningar och publicera rapporter.

De anordnar olika forum och deltar under Almedalsveckan för att sprida kunskap om dessa sjukdomar (26).

a. Föräldraintervju med mamma till en son på 15 år

Diagnos

Hon berättade att han var cirka 8-9 år gammal när sonen fick diagnosen. Föräldrarna hade tidigt börjat misstänka att något inte riktigt stämde med pojken eftersom att han var mycket livlig, men till att börja med så slog hon bort tanken eftersom att pojkar i den åldern brukar vara stökiga och livliga. Hon trodde att det skulle bli bättre när han kommit upp i tonåren, men det blev det inte. Han blev värre, samtidigt som konflikterna i skolan ökade. Föräldrarna märkte att det började gå sämre med läxorna och att han inte kunde koncentrera sig på skolarbetet överhuvudtaget.

När han diagnosticerats så genomgick hon föräldrautbildning för att lära sig mera om AD/HD och vad det innebar, eftersom att hon inte kände till mycket om AD/HD innan sonens diagnos. Hon fick också kontakt med en psykiater för att kunna hantera sonens svårigheter på bästa sätt.

Medicinering

Pojken började medicinera relativt snabbt efter diagnosen för att kunna hålla sig lugn i skolan. Problemet är att han också har Tourette's syndrom, hans Tourette's försämrades på grund av medicineringen vilket led till att mamman valde att helt

avsluta sonens medicinering. Sonen gick väldigt mycket ner i vikt av medicineringen och förlorade 30 kg på kort tid.

Han började medicinera med Risperdal® för den lugnande effekten men det gav mycket biverkningar och hon valde därför att avsluta medicineringen med Risperdal®. Sonen drabbades av migrän som en följd av behandlingen, vilket han nu flera månader efter att han avslutat medicineringen ännu inte blivit av med. Han blir lätt åksjuk vilket inte varit ett problem förut. Han drabbades ofta av ångest under sin tid med medicin, eftersom att han kände sig neddrogad av sin ADHD-medicin.

Livet före och efter diagnos

Livet har påverkats signifikant för denna familj. Innan diagnosen var sonen väldigt stökig i skolan. Han blev ofta bestraffad för detta utan något förbättrande resultat.

Efter påbörjad medicinering lugnade han sig i skolan men han blev relativt skärrad av diagnosen på grund av det faktum att han inte riktigt förstod vad den innebar och han trodde att var något allvarligt fel på honom.

Pappan till pojken hade svårt att acceptera att han hade ADHD. Han tyckte inte att detta var en diagnos utan att sonen helt enkelt skulle behandlas lite tuffare av föräldrarna. Men mamman visste att det inte skulle fungera, vilket resulterade i skilsmässa för föräldrarna.

Pojken väljer själv om han vill prata om att han har ADHD. Han har en stödpedagog som hjälper honom när han behöver hjälp i skolan, och han har en egen individuell studieplan i skolan som är till för att han ska genomföra skolarbetet i sin egen takt.

Vardag

En vanlig vardag för denna familj kan vara utmanande. Det är mycket som ska kommas ihåg i och med att sonen som många andra med ADHD har problem med arbetsminnet. Han måste alltid påminnas om läxor, mamman måste alltid vara noga med att ta reda på om han har några läxor och ska de iväg någonstans så måste allting planeras flera dagar i förväg. På grund av detta kan hon inte vara riktigt spontan som andra föräldrar.

Problemet är dock fritidsintressen där sonen har en tendens att snabbt förlora intresset för dessa efter att endast ha provat på de en gång. Man kan inte ställa krav på honom eftersom att det blir alldeles för stressande för honom när man gör det.

3.2 Intervju- Man 40 år

Diagnos

Första diagnosen fick han redan när han var 8 år gammal, något som på denna tid hette MBL (minimal brain damage), en på 80-talet föregångare till AD/HD. År 2009 genomgick han en ny diagnostisering och då fick han diagnosen AD/HD och Aspergers syndrom. Han valde att genomgå en ny diagnostisering på grund av att MBL är en väldigt gammal diagnos som inte längre används.

Livet före och efter diagnos

Hans föräldrar kände en enorm lättnad att han fick sin diagnos under skoltiden det förklarade hans beteende, skolpersonalen hade nämligen börjat misstänka misshandel.

Vardag

En vanlig dag för honom är som för nästan alla andra. Han tar sin medicin för att kunna skärpa koncentrationen. Han får boendestöd 1 timme per dag som kommer och hjälper honom att planera hur han ska städa, lär honom laga mat, planera schema, att han ska slänga sopor i tid, städa i tid osv.

Han måste dock alltid hitta strategier för att kunna komma ihåg att göra saker.

Hans koncentration stärks när han har musik i bakgrunden, detta minskar intrycken som han får från sin omgivning och på så sätt kan han kanalisera sin koncentration på en sak och göra den ordentligt.

Han känner att han stöter bort arbetsgivare när han sökt jobb och berättat för dem att han har AD/HD och att potentiella arbetsgivare backar när de får reda på det. Kanske på grund av deras okunnighet om vad AD/HD innebär. De är inte heller säkra på att de kommer att ha de resurser som behövs för att anställa en individ med AD/HD, eller att denna person är så produktiv att företagets intäkter kompenserar kostnaden.

Han måste ha en exakt lista att gå efter på ett arbete, när han hade en lista att gå efter var han väldigt noga med att det som stod där skulle bli gjort, utan listan skulle han överhuvudtaget inte veta var han skulle börja. Folk måste även vara noga med att berätta för honom exakt vad som ska göras och då görs det ordentligt och detta gäller i allmänhet för de flesta med AD/HD.

Han tycker att skolpersonal borde bli mer utbildade i vad som gäller för AD/HD. Fortfarande framförs det mycket klagomål från föräldrar över att lärare inte visar förståelse för barn med denna funktionsnedsättning.

Medicinering

Han medicinerade först med amfetamin när han först fick diagnosen men detta hjälpte honom inte alls, han tar nu Strattera® som är mer anti-depressivt, han tar även Omega-3 som hjälper honom att hålla nere AD/HD-symtomen som han tycker för egen del hjälper.

b. Intervju – Man 27 år

Diagnos

Han fick diagnosen när han var 13-14 år. Så fort diagnosen fastställts började han medicinera. För honom var det en otrolig lättnad att få reda på att han hade AD/HD eftersom att det förklarade för honom och hans föräldrar varför han var så stökig och bråkig i skolan och varför betygen inte var så bra.

Livet före och efter diagnos

Innan han fick diagnosen var det väldigt mycket bråk i skolan. Han fick väldigt mycket straffarbete på grund av att han gjort en del dumma saker. Efter att han fått sin diagnos så blev allting lättare, betygen ökade över tid och han såg mycket klarare på sitt liv, Citat: ”Efter min diagnos förstod jag äntligen hur det var att leva!”. Att få en diagnos tyckte han det var en räddning, annars visste han inte vilken vändning hans liv skulle ha tagit.

Medicinering

Just nu medicinerar han inte. Han brukar endast ta medicinen när han behöver den som mest. Det är när han känner att han verkligen behöver bli lugn och koncentrerad. Medicinen som han tar är Ritalin®, eftersom att han inte tycker att Concerta® passar honom. Vid ett tillfälle råkade han dock öka dosen på sin medicin så att han gick från 10 mg till 30 mg på en vecka detta gjorde att han började må väldigt dåligt, blev skakig och nästan svimmade.

Han var mycket aggressiv när han var tonåring, och speciellt så fort han glömt att ta sin medicin och då hade han även svårt att hantera konflikter. Som vuxen har han lärt sig att hantera eventuella konflikter bättre. Han är idag inte helt beroende av sin medicinering för att klara av sin vardag. Han behöver den dock fortfarande för att kunna koncentrera sig. Hyperaktiviteten försvann när han kom ur tonåren.

Vardag

För att han bättre ska kunna koncentrera sig på det han gör behöver han alltid ha musik i bakgrunden, annars är det bara jobbigt för honom att försöka koncentrera

sig. Enligt honom så har han inget bra minne alls, speciellt när han glömmer ta en tablett.

Han tycker att folk borde ha mer förståelse för individer med AD/HD, och att man ska utbilda folk så att de bättre förstår vad det innebär.

Det jobbiga med att ha AD/HD som vuxen tycker han är att om någon ber honom att tänka på något speciellt så kan någonting helt annat dyka upp i huvudet som inte har med saken att göra alls.

Han tycker att hans karriär påverkats rätt bra trots att han har AD/HD. Han strävar alltid efter att bli bäst på det han gör.

c. Intervju – Kvinna 41 år

Diagnos

Hon fick sin diagnos i vuxen ålder vilket hon tyckte var skönt eftersom det, som för många andra, förklarade varför hon var som hon var. Innan medicineringen höll hon på att drunkna av alla intryck.

Hon medicinerar nu med Elvanse®. Hade hon fått medicinering när hon gått i skolan så hade hon nog tyckt att det hade varit lättare med skolarbetet och det hade varit lättare att komma ihåg vad de pratade om.

Vardag

Hon har blivit mer hjälpt av att vara aktiv som person. Hon joggar varje dag ute i skogen och hon genomför yoga varje morgon och kväll. Hon har sedan sin diagnos börjat se mer positivt på sig själv, eftersom för som så många andra, så blev hennes diagnos en förklaring till varför hon är som hon är.

Personligen tycker hon att hon blivit mer säker i sig själv genom medicineringen. Sin sämsta egenskap tycker hon är att hon har så dålig tidsuppfattning.

Till skillnad mot de andra jag intervjuat så kan hon inte arbeta med musik i bakgrunden på grund av att det gör att hon inte kan koncentrera sig alls.

Diskussion och Slutsats

De flesta som jag intervjuade fick sin diagnos som barn eller tonåringar och alla sa i princip samma sak. Att få diagnosen var en lättnad som gjorde att de kunde fungera bättre som individer och äntligen börja lära känna sig själva som individer.

Alla har stött på olika utmaningar i sina liv med ADHD som diagnos. Något de gemensamt tycker är att folk måste bli mer kunniga om ADHD, och vad det innebär. Att folk ska veta att personer med ADHD inte är obegåvade på något sätt, bara lite annorlunda.

Behandlingen ser likartad ut för de flesta med ADHD. Många tar sina mediciner regelbundet för att kunna hålla uppe sin koncentration, medan andra inte behöver ta den i lika hög grad.

Det de flesta har gemensamt är just det dåliga minnet medan andra också fortfarande som vuxna har kvar hyperaktiviteten. Hos de flesta försvinner den ju äldre de blir.

De jag har intervjuat tyckte att det var skönt att ha fått en diagnos. Det förklarade så mycket för dem och de kunde då få den hjälp som de förtjänar för att kunna klara av vardagen.

Intervjuerna tyckte jag var optimalt riggade men jag hade hellre träffat alla respondenter öga mot öga, dock får man ha förståelse för detta eftersom att AD/HD är något folk väldigt lätt blir dömda för så att intervju per telefon var att föredra för dem. Frågorna som ställdes tyckte jag var relevanta för mitt arbete med tanke på syftet att få en ökad förståelse för individer med AD/HD och vilka implikationer detta kan komma att ha i vardagen.

Fördelen med den metod jag valt att redovisa mitt arbete är att man får reda på mer på individnivå vad som sker vid AD/HD samt en ökad förståelse för komplikationer i vardagen. Men nackdelen är att alla inte är lika och då blir det svårt att ”dra alla över en kam”, alla är vi olika vilket leder till att vi alla har olika uppfattningar om vad som sker runtomkring oss.

De tycker att personal i skolorna borde få mer utbildning om ADHD med allt vad det innebär så att dessa barn kan få den hjälp de behöver i skolan, för att undvika mobbning och undvika känslan av att vara värdelösa för att de känner sig annorlunda. I Sverige är det väldigt ont om lärare generellt sett, som det ser ut just nu. Klasserna blir större och större vilket leder till att lärare inte lika lätt lägger märke till barn med AD/HD och/eller andra neuropsykiatriska sjukdomar, alltså lärarna lägger inte lika lätt märke till om dessa barn har några problem eller inte.

Det jag noterade är att symtomen skiljer sig väldigt, väldigt mycket från person till person. Vissa har fortfarande sin hyperaktivitet kvar, andra inte. De flesta av de jag intervjuat har sagt att just deras föräldrar tyckte att det var skönt när de fick reda på att barnet hade ADHD eftersom att det förklarade så mycket runt deras beteende och hur de fungerar och varför det inte gått så bra i skolan som det egentligen skulle ha gått.

En vardag för en individ med AD/HD skiljer sig rätt så mycket från person till person just för att alla är så olika. Mamman som jag intervjuade sa tyvärr något som gjorde mig upprörd och det är att det finns föräldrar där ute som inte låter sina barn prata om att de har ADHD just på grund av skamkänslorna runt detta vilket har gjort att många barn mår ännu sämre än innan de fick sin diagnos.

Än idag får föreningen Attention in väldigt mycket klagomål från föräldrar på grund av att skolan inte visar förståelse för barn med ADHD. De klagar på att lärarna inte heller kan så mycket runt det, vilket jag personligen tycker är synd. Detta har förändrats till det bättre. Skolpersonal har lärt sig mer om ADHD. Det finns dock fortfarande mycket kvar att lära.

Referenser:

1. Nihm.nih.gov (internet). USA: National Institute of Mental Health, Gov. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Easy-to-Read)*(2013)
Från: http://www.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder/index.shtml?utm_source=REFERENCES_R7 (20/2-2014)
2. Rodriguez, A; Ginsberg, Y; Fernholm, A; Nyberg, L.(2007, maj) *ADHD svårt att diagnostisera hos vuxna*. Läkartidningen, volym 104 (18) 1398-1400.
<http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=6630> (20/2-2014)
3. Stockholms Läns Landsting/Psykiatristöd. (2010). *Diagnostisk intervju för ADHD hos vuxna*.
http://www1.psykiatristod.se/Global/Psykiatristod/Bilagor/ADHD/DIVA_2_SWENSK_A_highres.pdf (24/2-2014)
4. Läkemedelsverket. (2016) *Uppdaterad rekommendation för läkemedelsbehandling av ADHD*. <https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2016/Uppdaterad-rekommendation-for-lakemedelsbehandling-av-adhd/> (6/5-2016)
5. Karolinska Institutet. *ADHD- Diagnos som väcker känslor*. (2015).
<http://ki.se/forskning/diagnos-som-vacker-kanslor?d=38724&a=118407&l=sv> (24/2-2015)
6. Läkemedelsverket. *Kriterier för ADHD*. (2009).
<http://www.lakemedelsverket.se/upload/allmanhet/behandlingsrekommendationer/Kriterier%20som%20anv%C3%A4nds%20f%C3%B6r%20att%20bed%C3%B6ma%20om%20en%20person%20har%20ADHD.pdf> (28/2-2014)
7. Lantz A. 2013. *Intervjumetodik*. Johanneshov: Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-08123-6
8. Dalen M. 2008. *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups. ISBN 978-91-40-65247-8
9. O'Mahony, N., Florentino-Liano, B., Carballo, J.J., Baca-Garcia, E., Rodriguez, A. A. Objective Diagnosis of ADHD using IMUs *Medical Engineering and Physics*. (2014) 36(7). Sid: 922-926.
<http://www.sciencedirect.com.proxy.lnu.se/science/article/pii/S1350453314000459>
10. Ware, A, L; Glass, L; Crocker, N; Dewese, B, N; Coles, C, D; Kable, K, A; May, P, A; Kalberg, W, O; Sowell, E, R; Jones, K, L; Riley, E, P; Mattson, S, N
Effects of Prenatal Alcohol Exposure and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Adaptive Functioning
Alcoholism: Clinical and experimental research: (2014) 38(5): Pages 1439-1447.
<http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.lnu.se/doi/10.1111/acer.12376/abstract;jsessionid=2CFC1A98B45F7095EB73F9DC7EDCB463.f02t03>
11. <http://www.fass.se/LIF/product?2&userType=2&nplId=20111213000092> (28/2-2014)
12. Gray, S; Woltering, S; Mawjee, K; Tannock, R

The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): utility in college students with attention-deficit/hyperactivity disorder
Peer-Reviewed and Open Access (2014) 324(24711973)
<https://peerj.com/articles/324/>

13. Kamp, C, F; Sperlich, B; Holmberg, H, C
Exercise reduces the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and improves social behavior, motor skills, strength and neuropsychological parameters
ACTA Paediatrica: Nurturing the Child. (2014) 103(7)
<http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.lnu.se/doi/10.1111/apa.12628/pdf>
14. Söderström, S; Pettersson, R; Edlund-Söderström, K; Ganse, G; Holmkvist, E; Westin, O; Haglund, L
Development of a Swedish Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for adult patients with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD).
Nord J Psychiatri (2014) 68(3) sid: 161-168
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.lnu.se/pubmed/24627961>
15. <http://www.fass.se/LIF/product?2&userType=2&nplId=20111213000092> (28/2-2014)
16. Weisler, R, H; Adler, L, A; Kollins, S, H; Goodman, D, W; Hamdani, M; Dirks, B; Childress, A, C

Analysis of individual items on the attention-deficit/hyperactivity disorder symptom rating scale in children and adults: the effects of age and sex in pivotal trials of lisdexamfetamine dimesylate

Neuropsychiatric Disease and Treatment (2014) 10(10.2147/NDT.S47087): Sida 1-12
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.lnu.se/pmc/articles/PMC3862743/>
17. Hae Dong Woo; Dong Woo Kim; Young-Seoub Hong; Yu-Mi Kim; Ju-Hee Seo; Byeong Moo Choe; Jae Hong Park; Je-Wook Kang; Jae-Ho Yoo; Hee Won Chueh; Jung Hyun Lee; Min Jung Kwak; Jeongseon Kim
Dietary Patterns in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
Nutrients (2014) 6(4) Sid: 1539-1553
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011050/>
18. Behdani, F; Hebrani, P; Naseraee, A; Haghighi Bahban, M; Akhavanrezayat, A
Does omega-3 supplement enhance the therapeutic results methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder patients?
Journal of Research in Medical Sciences: (2013) 18(8) Sid: 653-658
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.lnu.se/pmc/articles/PMC3872603/>
19. Serrano-Troncoso, E; Guidi, M; Alda-Diez, J, A.

Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non-pharmacological treatments of children and adolescents with ADHD.

Actas Espana Psiquiatria: 2013 41(1) Sid: 44-51

<http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//15/81/ENG/15-81-ENG-44-51-802519.pdf>

20. Von Platen, M. ADHD är till 75 procent medfött. *Läkartidningen*. 102(43) sid: 1313-1323. <http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/2/2383/3114.pdf>
21. Forskningsetiska principer
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
22. Skolverket. (2015) *Att planera för barn och elever med funktionsnedsättning*.
http://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskild-publikation?_xurl_=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2Fblob%2Fpdf3500.pdf%3Fk%3D3500 5/5-2016.
Sid: 43.
23. Infoteket om funktionshinder. Information från Landstinget i Uppsala Län. (2014) *ADHD/ADD hos Vuxen*.
<http://www.lul.se/sv/Kampanjwebbar/Infoteket/Funktionsnedsattningar/Neuropsykiatri-ska-funktionsnedsattningar/Adhdadd-i-vuxen-alder---Uppdaterat/> Infoteket om funktionshinder. Uppsala län. 5/5-2016
24. Socialstyrelsen. (2010) *Barn som utmanar: Barn med ADHD och andra beteendeproblem*.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17951/2010-3-6.pdf> (5/5-2016) sid: 19-23
25. Socialstyrelsen. (2002). *ADHD hos barn och vuxna*.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10942/2002-110-16_200211017.pdf (5/5-2016) Sid: 96, 104-105, 136.
26. Attention. www.attention-riks.se 6/5-2016
27. Socialstyrelsen. *En diagnos det stormar kring: ADHD i ett historiskt perspektiv*. (2014)
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19579/2014-10-40.pdf> (6/5-2016) sid 8, 10, 12.

Bilaga 1

Frågorna till individer med ADHD

1. Hur gammal var du när du fick din diagnos?
2. Hur kändes det när du fick din diagnos?
3. Minne?
4. Kan du försöka förklara hur en vanlig dag ser ut hos dig?
5. Hur ofta gör du sjukhusbesök hos läkare?
6. Om du går till läkare/psykolog/psykiater. Hur går det till där då? Vad pratar ni om?
7. Hur såg behandlingen ut när du var yngre? Hur gjorde dina föräldrar när dem tog hand om dig?
8. Hur har ADHD påverkat ditt liv/karriär?
9. Känner du att något kunnat gå bättre? Om ja, vad?
10. Om du medicinerar, vad tar du för medicin?
11. Hur känner du dig när du tagit den?
12. Är det något som du känner att du vill ta upp, som jag har missat?

Bilaga 2

Frågorna till förälder.

1. Hur fick du reda på att din son hade ADHD?
2. Var det du som märkte det eller skolan/dagis?
3. Hur gammal var sonen?
4. Kan du beskriva er vardag lite allmänt?
5. Hur har familjens liv påverkats av detta, före diagnos/efter diagnos?
6. Hur känner din son sig?
7. Hittar ni på något särskilt på fritiden för att hålla honom sysselsatt?
8. Vad tycker han om skolan?
9. Medicinerar han? Om inte varför?
10. Är det något som hade kunnat gå bättre tycker du? Om ja vad?