

För- och efternamn: _____

Personbeteckning: _____

Ansökningsmål: Kandidatprogrammet i samhällsvetenskaper, sökmålet socialt arbete

Datum och tid: 22.5.2018 kl. 10.00–14.00

Skriv ditt namn och dina personuppgifter med tryckbokstäver.

Skriv ditt namn med latinska bokstäver (abcd...), inte till exempel med kyrilliska bokstäver (абгд...).

Om du inte har en finländsk personbeteckning, skriver du istället din födelsetid.

Skriv dina personuppgifter på alla provpapper.

Efternamn	
Förnamn (alla)	
Personbeteckning	
E-postadress	
Telefon	

Kontrollera med hjälp av sidnumren att du har fått alla sidor.

Skriv din namnteckning i fältet nedan för att visa att du har kontrollerat ovan nämnda saker.

Namnteckning	
--------------	--

Om du vill att dina provsvar bedöms, lämna det nedanstående fältet tomt.

Om du inte vill att dina provsvar bedöms, skriv följande text i fältet nedan: "*Jag vill inte att mina provsvar bedöms*". I detta fall får du noll poäng i provet.

Att avstå från bedömning	
--------------------------	--

För- och efternamn: _____

Personbeteckning: _____

wvc

För- och efternamn: _____

Personbeteckning: _____

Läs noggrant igenom alla anvisningar

- Kontrollera att ditt provkompendium utöver titelbladet och anvisningarna (sida 1–4) innehåller följande sidor:
 - urvalsprovsfrågorna, s. 5-6
 - linjerat svarpapper, s. 7-24
 - en skild del som innehåller material (14 s.)
 - ett konceptpapper för egna anteckningar
- Kontrollera att du har skrivit ditt namn och din personbeteckning på alla svarsblanketter.
- Svara på frågorna klart och tydligt utgående från rätt material/artikel.
- Skriv dina provsvar
 - på svenska. Svar som har skrivits på andra språk bedöms inte.
 - med blyertspenna och med tydlig handstil.
- Du kan planera dina svar och skriva egna anteckningar på konceptpappret. Anteckningarna på konceptpappret beaktas inte i bedömningen. Du har fått ett konceptpappersark. Du kan få mera konceptpapper av övervakaren.
- Placera ditt provmaterial så att deltagare som sitter nära dig inte kan se dina svar och anteckningar.

Om du vill påkalla övervakarens uppmärksamhet



Om du vill påkalla övervakarens uppmärksamhet, ska du höja armen. Övervakaren kommer då fram till dig. Säg ditt ärende till övervakaren med låg röst.

Om du vill gå på toaletten



Du kan besöka toaletten ledsagad av en övervakare. Övervakarna följer en provdeltagare åt gången till toaletten.

De flesta provsalar har endast sådana toaletter i närheten som följer den traditionella könsindelningen i dam- och herrtoaletter. Därför måste den övervakare som följer dig vara en man om du vill besöka herrtoaletten och en kvinna om du vill besöka damtoaletten.

Gör så här om du vill besöka toaletten:

1. Kontrollera att det finns minst två övervakare i salen och att minst en är en person som kan följa dig till toaletten. Om dessa kriterier inte uppfylls, vänta tills situationen har ändrats.
2. Ta fram sidan 2 med texten WC med stor font och håll upp pappret så att övervakaren kan se texten och kommer fram till dig. Vänta tålmodigt. Övervakaren kan kanske inte följa dig till toaletten genast. Övervakaren kan inte heller nödvändigtvis följa provdeltagarna till toaletten i den ordning de anmäler sitt behov.
3. När övervakaren ger dig ett tecken, samla ihop dina provpapper och lägg dem innanför konceptpappret, och följ sedan övervakaren till toaletten.

När du vill lämna in ditt prov

När du vill lämna in provet, lägg in dina provpapper innanför konceptpappret i samma ordning som du fick dem.

När du går för att lämna in provet, ta med alla dina saker från din plats så att du inte behöver gå tillbaka för att hämta dem.

Lämna in alla provpapper, också konceptpappret, till övervakaren i salens främre del.

Lämna in alla papper, även om du har lämnat vissa eller alla uppgifter obesvarade. Bevisa din identitet när du lämnar in provpappren. Kom ihåg att skriva din namnteckning på provkompendiets titelblad. I samband med att du lämnar in dina provpapper antecknar övervakaren att du har deltagit i och lämnat in provet. Övervakaren kan ge dig ett separat intyg över att du deltagit i provet om du behöver det.

Urvalsprovet består av två (2) delar. Frågor från båda delarna ska besvaras. Vardera delen kan ge högst 20 poäng. Maximala poäng i urvalsprovet är 40.

I DEL 1 ska du besvara **två av de fyra frågorna** enligt eget val. I DEL 2 ska frågorna **besvaras till alla delar**.

DEL 1. (totalt högst 20 poäng)

Besvara **två** av frågorna.

Fråga 1a Skriv ett essäsvår.

Frågan relaterar till artikeln *"Vi vet vad du behöver" Konstruktion av motstånd av "ensamkommande" på HVB*" (Socialvetenskaplig tidskrift 3–4/2016, s. 219–238) av Philip Lalander och Dawan Raouf.

I artikeln diskuteras begreppen "barn" och "flykting" som sociala kategorier skapade av de professionella. Redogör för hur dessa kategorier enligt artikeln påverkar arbetet med "ensamkommande" flyktingbarn (6 p) och hurdan motstånd det skapar hos ungdomarna (4 p).

Fråga 1b Skriv ett essäsvår.

Frågan relaterar till artikeln *"Professioner, makt och samverkan mellan myndigheter. Socialtjänstens, skolans och BUP:s arbete med ungdomar som inte går till skolan"*. (Socialvetenskaplig tidskrift 1/2017, s.59–77) av Hans Ek, Joakim Isaksson och Rikard Eriksson.

Redogör för sådana faktorer som enligt artikeln försvårar samverkan inom den offentliga sektorn (6 p). Diskutera därefter de centrala omständigheter som tycks främja en god samverkan mellan myndigheterna (4 p).

Fråga 1c Skriv ett essäsvår.

Frågan relaterar till artikeln *"Internationellt socialt arbete – Definitioner och perspektivval i historisk belysning"* (Socialvetenskaplig tidskrift 2/2013, s. 127–146) av Erica Righard.

Redogör inledningsvis för vad internationellt socialt arbete till en början handlade om (från 1940-talet), dvs vilka antaganden och definitioner det internationella sociala arbetet byggde på (4p). Redogör sedan för den kritik mot dessa antaganden och definitioner som slog igenom på 1960- och 1970-talen (6p).

Fråga 1d Skriv ett essäsvår.

Frågan relaterar till artikeln *"Familjehemsvård i granskningssamhället – hur följer kommunerna upp sina placeringar?"* (Socionomen 6/2015, Forsknings supplement, s. 26–42) av Marie Sallnäs och Stefan Wiklund.

Redogör för på vilka sätt kommunerna försöker säkerställa och följa upp situationen för barn i familjehemsvård (6p). Vilka är de största utmaningarna med att ta reda på hur barn har det i familjehem? (4 p)

VÄND! (DEL 2 på andra sidan)

Tekniska anteckningar: SOC

Sida: 6 (24)

För- och efternamn: _____

Personbeteckning: _____

DEL 2. (totalt högst 20 poäng)

Läs igenom den bifogade artikeln ”ADHD; Om förekomst, ökning och konsekvenserna för social barnavård” av Tommy Lundström (publicerad i Socionomen 1/2016, Forskningssupplement nr 39, s. 18–31).

Besvara sedan **alla fem** delfrågor (a–e)

- a) Varför anser Lundström att det är viktigt att studera förekomst och medicinering av ADHD bland barn i den sociala barnavården (barnskyddet)? (2 p)
- b) I artikeln redogör Lundström för biologiska och psykosociala förklaringar till ADHD. Vad anser han att är relevant ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv? (2 p)
- c) Vad kan enligt Lundström tänkas förklara skillnader i prevalens mellan länder, regioner och sociala grupper? (5 p)
- d) Redogör kortfattat för de centrala slutsatserna i artikeln. (8 p)
- e) Vilka tankar väcker artikeln hos dig? Basera ditt svar på aktuell samhällsdiskussion och artiklar du läst till urvalsprovet. (3 p)

Skriv inte här! Använd det linjerade svarspappret, s. 7-24.

ADHD; Om förekomst, ökning och konsekvenserna för social barnavård

TEXT: TOMMY LUNDSTRÖM ILLUSTRATION: ARON LANDAHL



TOMMY LUNDSTRÖM

TITEL: Professor i socialt arbete vid Stockholms universitet.

BAKGRUND: Han forskar och undervisar om social barnavård, det sociala arbetets organisering och evidensbaserat socialt arbete.

DET ÄR INGEN ÖVERDRIFT att tala om en ADHD-explosion. Antalet diagnostiserade och antalet medicinerade i Sverige har ökat kraftigt under de senaste åren och inte mycket tyder på att vi sett slutet på denna trend. I internationellt perspektiv kan man dessutom tala om en globalisering av diagnosen. Diagnostisering och medicinering sprids med andra ord till fler och fler länder och till fler och fler individer (Conrad & Bergey 2014).

Den här artikeln tar sin utgångspunkt dels i en rapport från Socialstyrelsen (2014) om förekomst av medicinering av ADHD bland barn i den sociala barnvården och dels i SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) översikt av kunskapsläget för diagnos och behandling av ADHD (SBU 2013). I all korthet visar SBU:s översikt att kunskaperna om diagnos av ADHD och effekter av behandling är betydligt mindre än kanske många av oss tror och Socialstyrelsens undersökningar att den sociala barnvårdens klienter är extremt överrepresenterad när det gäller läkemedelsbehandling av ADHD, men också att man kan tala om en ADHD-explosion bland normalpopulationen.

Syftet med artikeln är att på basis av kunskapsläget om ADHD internationellt och nationellt sammanfatta kunskapsläget när det gäller preva-

lens och läkemedelsförskrivning och diskutera vad fenomenets spridning kan betyda för socialt arbete med barn och unga. Artikeln inleds med en kort presentation av de vetenskapliga kontroverser som präglat och präglar synen på orsaker till och behandling av de symtom som brukar kopplas till ADHD. Därefter följer en genomgång av diagnosens och läkemedlens spridning internationellt och nationellt, med särskilt fokus på kunskaperna om barnvårdspopulationen, dvs. de barn och unga som har kontakt med den sociala barnvårdens öppenvård eller är placerade i dygnsvård (familjehem eller institutionsvård). Artikeln avslutas med några tankar om vad ADHD-explosionen kan tänkas betyda för socialt arbete. Detta både med avseende på övergripande etiska frågor och praktiska implikationer.

Artikeln syftar inte i första hand till att utgöra ett självständigt bidrag till kontroverserna om vad som orsakar de beteenden som brukar räknas in diagnosen ADHD (till frågan om kontroverserna se t ex Brante 2006; Kärve 2001; Adolfsson et al 2003 och Ekström 2012)¹. I stället intresserar jag mig för den starka expansionen diagnosen genomgått och dess ojämna spridning i olika sociala grupper, regioner och länder.

Vad man än tycker om att ett socialt problem som ADHD medikaliseras, dvs. (i ökad utsträck-

ning) förklaras och behandlas inom medicinen, verkar det ha som indirekt effekt att fenomenet i minskad utsträckning diskuteras utifrån samhällsvetenskapliga och socialpolitiska perspektiv, åtminstone i den allmänna medie-debatten. Om så är fallet tror jag det är olyckligt för samhällsvetenskapen i allmänhet och direkt skadligt för en profession som socialt arbete. Det är ett skäl till att skriva den här artikeln.

Artikeln bygger på läsning och analys av sekundärdata, på engelska skulle man kalla den en review article. Sökningar via databaser på ADHD och angränsande begrepp ger snabbt en så stor träffmängd att referenserna blir i stort sett omöjliga att sortera efter några meningsfulla principer. Mitt tillvägagångssätt kan beskrivas så att när det gäller orsaker till ADHD och kontroverser i denna fråga har jag använt mig av väletablerade, flitigt citerade och något så när aktuella källor utan att jag genomfört någon fullständig granskning. För avsnitten om förekomst av medicinering baseras framställningen i huvudsak på offentlig statistik eller analyser av offentlig statistik i vetenskapliga artiklar.

När det gäller forskning om ADHD och socialt arbete i den sociala barnvården har jag genomfört tämligen noggranna sökningar i olika databaser. En sökning i den för socialt arbete relativt heltäckande Social Services Abstract och ProQuest, sökord: ADHD, social work, children, youth, residential care i olika kombinationer och efter år 2000, ger ett begränsat träffantal och de flesta referenser behandlar ganska specifika frågor som en viss sorts (psykosocial) behandling eller liknande. Några referenser innehåller en mer principiell och övergripande analys. Det gäller t ex en review article av David Howe om orsaker till ADHD ur ett socialt arbete-perspektiv och ett specialnummer av *Children & Society*, (vol 28 från 2014): *Psychiatrised Children and their Rights: Global Perspectives*. Den sist nämnda innehåller ett par övergripande till medikaliseringen kritiska artiklar. I övrigt har, via sökning på prevalence, child protection och residential care i google scholar, återfunnits ett par artiklar från USA och Kanada om förekomst av ADHD i den sociala barnvården, till dem återkommer jag.

BIOLOGISKA OCH PSYKOSOCIALA FÖRKLARINGAR

ADHD eller *Attention Deficit Hyperactive Disorders* brukar beskrivas som bristande förmåga till koncentration och uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet. I medicinsk terminologi kan

det betecknas som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller utvecklingsavvikelse. För ett antal år sedan var debatten om ADHD (eller DAMP, som det då ofta kallades) het i Sverige. Var det en verklig avgränsbar och distinkt sjukdom eller var de nya diagnoserna snarast ett uttryck för medikalisering där de stökiga och oroliga barn som alltid funnits gavs nya medicinska diagnoser? Detta är ett samhälle som allt mer kommit att präglas av just medikalisering av mänskliga problem (Kärfve 2000). Bakom kritiken fanns en långvarig framförallt sociologiskt grundad diskussion om medikalisering, dvs. den process genom vilka mänskliga problem (om)definieras till medicinska företeelser och därmed blir föremål för medicinsk diagnostik och behandling. För analys av medikalisering som fenomen se Conrad och Schneiders (1992) klassiska *Deviance and medicalization*, där de visar på hur olika mänskliga problem glidit från att definieras i moraliska termer till medicinska.

Den typen av samhällsvetenskaplig och humanistisk problematisering och ifrågasättande av hur psykisk sjukdom i allmänhet och ADHD i synnerhet kan förstås lever vidare inom samhällsvetenskap och humaniora, men märks också inom psykiatri (se t ex Conrad 2014; Johannisson 2006; Brante 2006; och Svenaeus 2013; Abraham 2010; Timimi et al 2004). Jag skulle dock vilja hävda att det medicinska perspektivet i det stora hela så här långt ser ut att ha vunnit striden om ADHD. Idag är det medicinska modeller eller modeller som i hög grad bygger på medicin som verkar dominera allmänhetens förståelse av ADHD och som i ökande utsträckning styr behandlingen av de som har symtom som kopplas till diagnosen. Det betyder inte att medicinen helt och hållet kan förklara fenomenet. Den medicinska forskningen har ännu inte lyckats identifiera någon särskild gen eller genuppsättning eller annan biologisk förklaring som restlöst kan förklara "ADHD-beteenden". Än så länge kan man således inte belägga fenomenets existens med hjälp av någon biologisk markör, vilket för övrigt gäller det flesta psykiatriska diagnoser.

I dagens diskussion om vad som orsakar ADHD kan man grovt sett identifiera ett antal delvis överlappande ståndpunkter. Mer renodlat medicinskt brukar man tala om att ADHD orsakas av (en kombination av) biologiska/genetiska faktorer, utan att man därför kan identifiera avvikelser i någon specifik gen, snarare handlar det om ett samspel av flera genetiska faktorer. Vid sidan av renodlad genetisk påverkan menar en del också att faktorer under graviditeten och

1) I Ekström (2012) finns listade de viktiga inläggen i den svenska kontroversen som pågick framförallt under de första åren av 2000-talet.



det första levnadsåret kan ha betydelse. Även om man på basis av tvillingstudier brukar tala om att genetiska faktorer kan förklara upp till 80 procent av förekomsten, så är det idag många som menar att ADHD orsakas av en kombination av genetiska och psykosociala faktorer, så att man ärver en viss känslighet för ADHD, men att symtomen sedan kan utlösas eller förstärkas av miljöfaktorer i skola och/eller familj (för några aktuella genomgångar med medicinska utgångspunkter se Fernell et al 2014; Bejerot et al 2014; Rutter 2012). Varje orsaksförklaring har sina förespråkare och sina vetenskapliga metoder för att undersöka fenomenen. Sedan 1990-talet har de största vetenskapliga ansträngningarna dock gått till att stärka det genetiska perspektivet (Sing 2008).

Det som från ett samhällsvetenskapligt perspektiv kan uppfattas som ensidigt i den medicinska forskningen är det Tomas Brante (2006) kallar ”den starka neuropsykiatriska tesen” dvs. att genetiken och biologin ensamt kan förklara uppkomsten av ADHD-symtom. Psykosociala faktorer begränsas till att möjligen fungera förstärkande eller hämmande, men ges inte någon självständig förklaringskraft. Ett exempel på den starka neuropsykiatriska tesen utgörs av Nationalencyklopedins text: ”Orsaken till AD/HD är genetiska faktorer som påverkar bl.a. signalsubstansen dopamin, hjärnskada under graviditet, under förlossning eller under de första levnadsåren eller en kombination av sådana faktorer. Syrebrist under förlossningen kan ge AD/HD och bland förtidigt födda är risken större att drabbas av AD/HD. Den vanligaste orsaken är dock den ärftliga faktorn”.

För att förstå den snabba men mycket ojämna spridningen av ADHD-diagnoser runt om i världen, räcker det inte med att begripliggöra dess orsaker eller dess symtombild, man behöver också analysera det som skulle kunna kallas systemfaktorer. Det vill säga hur sociala system som skola, läkemedelsindustri, patientföreningar och sjukvård i samspel påverkar antalet diagnostiserade, formar våra föreställningar och styr hur de symtom som karakteriserar diagnosen skall behandlas. Det handlar med andra ord om att identifiera de sociala mekanismer som påverkar diagnosens spridning. Mer om detta längre fram.

DIAGNOSTIK

I frånvaro av biologiska markörer diagnostiseras ADHD på basis av beteenderelaterade symtomuppsättningar antingen med bas i Amerikanska

Psykiatriska Föreningens (APAs) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-IV, sedan något år tillbaka DSM V) eller med hjälp av WHO:s manual, *International Classification of Diseases*, ICD-10. Manualerna liknar varandra men WHO:s ICD-10 kan beskrivas som något mer sträng än DSM, vilket leder till att färre barn blir diagnostiserade med utgångspunkt i ICD-10. Dessutom används ett antal diagnostiska instrument som i Sverige skiljer sig åt från klinik till klinik men som bygger på uppgifter om barnens funktion och beteende i hem, skola och fritid (SBU 2013). Svenska SBU förhåller sig sammantaget kritisk till kvalitén på de använda instrumenten och konkluderar ”Vi har utvärderat 15 diagnostiska instrument som används i Sverige för att identifiera ADHD. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för samtliga” (SBU 2013 s. 73).

Förutom problem med precision i diagnostiken av ADHD som sådan tillkommer att ADHD ofta förekommer tillsammans med andra diagnoser, man brukar använda begreppet komorbiditet för att beskriva detta. Särskilt vanligt är det att ADHD uppträder tillsammans med, och kan vara svårt att skilja från, conduct disorder (uppförandestörningar) och oppositional defiant disorder (trotssyndrom) också det diagnoser som används i DSM. Barn med problem som i en psykiatrisk nomenklatur kan beskrivas som conduct disorder är särskilt vanliga i den sociala barnvården eftersom diagnoskriterierna inkluderar sådant som brottslighet, aggressivitet och brott mot regelverk (se t ex Singh, 2008; SBU 2013).

Så för att sammanfatta. På basis av diagnoser går det inte att beskriva ADHD som en tydlig, konkret entitet med klara gränser vare sig till de som inte har diagnosen eller i förhållande till andra diagnostiska kategorier. Det motsäger naturligtvis inte att alla eller en del av de som diagnostiseras med ADHD delar en specifik biologisk och/eller social problematik, men det gör att frågan om hur många som faktiskt har ADHD (eller borde diagnostiseras med ADHD) under överskådlig tid kommer att vara föremål för debatt och kontroverser. Det understryks av att kriterierna för att bestämma vad som är ADHD är i ständig rörelse och har förändrats (i huvudsak utvidgats) i de olika versionerna av DSM-manualen. En diagnos som är vag i sina konturer blir naturligtvis känslig för hur system i dess omgivning reagerar på ”ADHD-beteenden” och vilka förväntningar som finns på effekter av behandling.

2) För kritik av de förutsättningar och antaganden på vilka tvillingstudier vilar se Stenberg (2013).

HUR BEHANDLAS ADHD OCH VILKA ÄR EFFEKTERNA?

I SBU:s genomgång konstateras att det finns ett 30-tal olika icke-medicinska behandlingar av ADHD. Det handlar om allt från psykodynamisk behandling över Marte Meo till ART (Aggression Replacement Training). SBU:s dystra slutsats är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att kunna bedöma effekterna för samtliga dessa behandlingar. Möjligen finns ett svagt stöd för att kognitiv beteendeterapi har visat stöd som tillägg till läkemedelsbehandling för vuxna. Viktigt att komma ihåg är att frånvaro av vetenskapligt stöd inte betyder att psykosociala insatser är verkningslösa utan ofta att det (ännu) inte finns tillräckligt bra experimentella studier som påvisar effekter (SBU 2013).

Läkemedel är otvivelaktigt den vanligaste behandlingsmetoden, antingen ensamt eller i kombination med andra insatser. När det gäller läkemedelsbehandling finns skäl till ett längre citat från SBU: Metylfenidat och atomoxetin

som är de vanligaste medicinerna "lindrar ADHD-symtom vid korttidsbehandling (3 veckor till 6 månader) av barn, ungdomar och vuxna med ADHD. Men det går inte att bedöma nyttan vid längre tids behandling (>6 månader). För det behövs studier med långtidsuppföljning" (SBU 2013 s. 13). Vad SBU säger är alltså att det finns evidensbaserade positiva effekter av läkemedlen. Det är välgrundade resultat som gäller för de flesta som behandlas, men inte alla. Det finns ingen anledning att misstro dessa positiva resultat, många av de stökiga barnen blir lugnare och de som har svårt att koncentrera sig får lättare att hantera kraven utifrån. Det finns dessutom gott vetenskapligt stöd för att föräldrar upplever att medicinen hjälper deras barn, även om en del tycker att de upplever påtryckningar från omgivningen för att barnen skall använda medicin och att barnen som tar medicinen kan uppleva ett visst utanförskap (SBU 2013; Sing 2008). Anhörig- och patientorganisationer driver också på för medicinsk



En ärlig chans till ett bättre liv

Grödbygården ligger i natursköna omgivningar, omgivet av hav, sjöar och bokskogar. Här finns en lugn och stabil miljö som skapar förutsättningar för att återuppbygga relationer, baserat på ärlighet och uppriktighet. Vi hjälper föräldrar, barn och familjer att ta fatt på den livstråd som slagit knut. Vill du veta mer? Ring 0456-229 41 eller besök www.grodbygarden.se

 Grödbygården
EN KUPAD HAND FÖR LIVET



Nu har vi öppnat vår
kvinnoenhet – Iris Ryfors.
/
Läs mer på vår hemsida.

www.irisuc.se
0200 21 77 00



»Det är ett väletablerat faktum att diagnosen är vanligare för barn i familjer med ensamstående mödrar och i fattiga familjer.«

behandling (i kombination med andra insatser) (<http://attention-riks.se/>).

Mer problematiskt är att det - om man skall tro SBU - inte finns tillräckligt bra studier av den långsiktiga nyttan av läkemedelsbehandling eller långsiktig uppföljning av biverkningar. Med tanke på att SBU ställt ganska låga krav på långsiktigheten (längre uppföljningstid än sex månader) och mot bakgrund av att ADHD ofta beskrivs som en livslång funktionsnedsättning är frånvaron av välgjorda longitudinella studier närmast anmärkningsvärd. Läkemedelsbehandling med centralstimulerande medicin av stora grupper barn är givetvis inte oproblematiskt. De svenska rekommendationerna säger att sådan behandling bör sättas ut och omprövas en gång per år, men Socialstyrelsen (2012) konstaterar att det är tveksamt om dessa rekommendationer tillämpas i tillräcklig omfattning.

Det finns som sagt alltför få studier av långsiktiga effekter av läkemedelsbehandling. Efter att SBU publicerade sin litteraturgenomgång har en studie med lång uppföljningstid baserad på kanadensiska data publicerats. Man har i en kvasiexperimentell studie jämfört hur det går för en stor grupp medicinerade barn med sådana som har ADHD men inte fått medicin. Resultaten är nedslående i så måtto att effekterna av medicinering är negativa, det går något sämre för de medicinerade barnen i skolan än för de som inte medicinerade (Currie, Ståhl & Jones 2014). Den vetenskapliga diskussionen och den allmänna debatten om dessa frågor lär emellertid fortsätta.

I USA har effekterna av ökad medicinförskrivning också diskuterats utifrån risken för läckage till personer som inte har eller inte borde ha en ADHD-diagnos. Man pekar på att läkemedlen används av t ex collegestudenter för att kunna koncentrera sig bättre när de skall plugga, eller av sådana som helt enkelt vill bli påtända. Huruvida

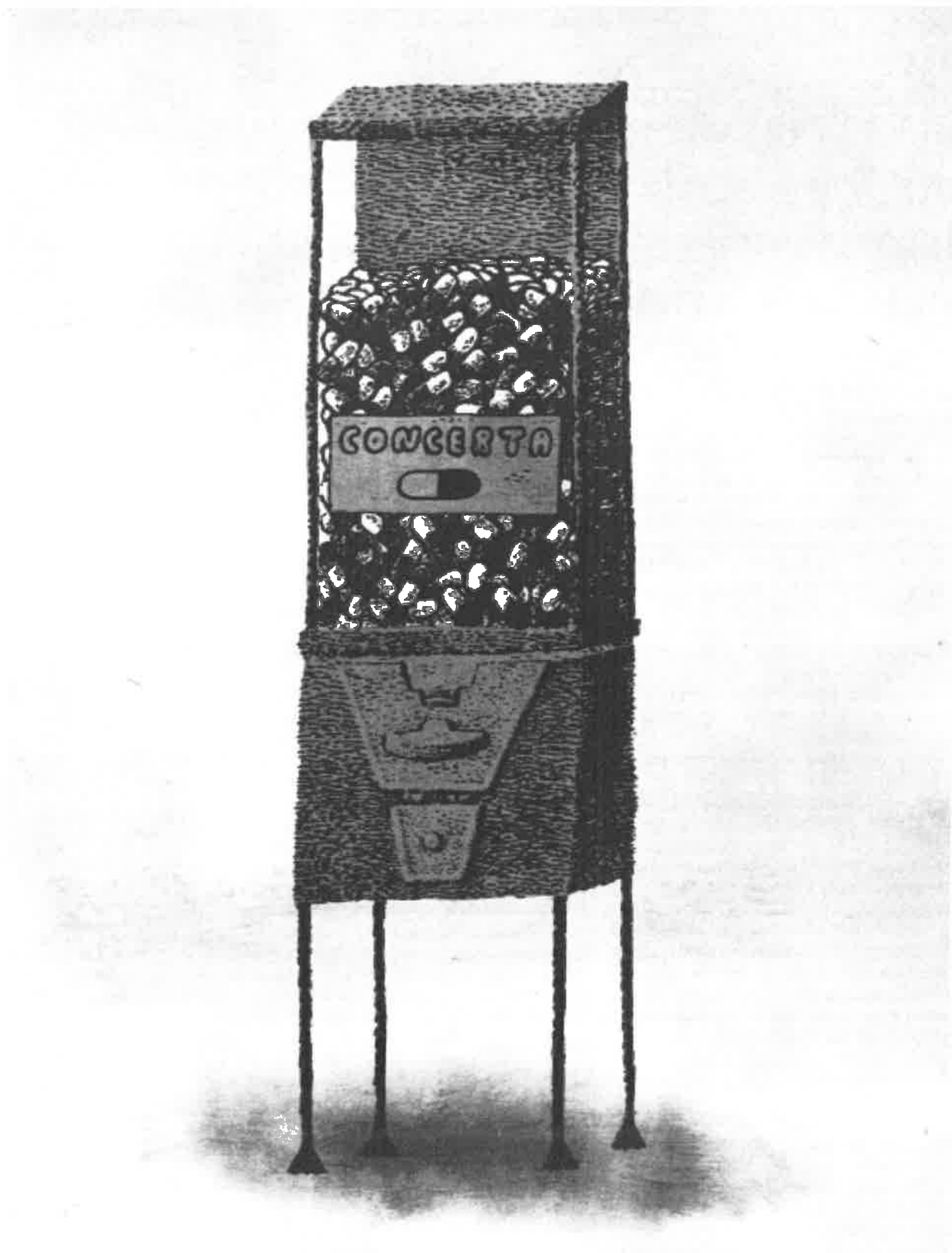
de lågdospreparat som används vid ADHD-medicinering verkligen har några effekter hos icke-diagnostiserade är omdiskuterat (det kan ju handla om placeboupplevelser), men det är trots allt ett faktum att denna familj av preparat (ritalina, amfetamin osv) används just för sådana syften (Farah et al 2014; Hinshaw & Scheffler 2014).

PREVALENS: SKILLNADER, MELLAN LÄNDER, REGIONER OCH SOCIALA GRUPPER.

Med tanke på olikheter i diagnostik och skillnader i diagnostisk kultur och olikartad "efterfrågan" på diagnoser i olika länder och regioner är det naturligtvis svårt att, även ur ett medicinskt perspektiv, svara på hur många barn och unga som faktiskt potentiellt skulle kunna diagnostiseras med ADHD. Vanligtvis brukar man ange ett stort spann med mellan 3 till drygt 10 procent prevalens för barn och tonåringar i skolåldern, men skillnaderna är stora mellan olika länder.

Till de som rapporterar de högsta siffrorna räknas USA, där uppgår andelen barn som har eller har haft en ADHD diagnos till 11 procent, i undersökningar som baseras på frågor till befolkningen. I vissa delstater är talen mycket högre än så och högst ligger de i sydstaterna. I Arkansas och Kentucky ligger andelen barn och unga som diagnostiserats runt 15 procent (Visser et al 2014). Den höga prevalensen och det faktum att antalet diagnostiserade ständigt tycks öka, är något som spätt på den amerikanska kritiken av en såväl osäker diagnostik som rädslan för läckage av ADHD-medicin till grupper som inte borde ha den (Visser et al 2014; Bloom et al 2013).

I den andra änden av detta kontinuum brukar man nämna länder som Storbritannien, Brasilien och Frankrike. Orsakerna till att dessa länder ligger lågt kan t ex ha att göra med hårdare diagnostiska kriterier, men också en annan förståelse för hur beteenden skall tolkas. I länder som Brasilien och Frankrike har psykodynamiska förkla-



ringsmodeller en stark ställning i vårdssystemen och bland professionella vilket kan bidra till att förklara låg prevalens (Hinshaw & Scheffler 2014; Russel et al 2014a; Conrad & Bergey 2014).

I Sverige brukar t ex Socialstyrelsen och SBU, baserat på utländska och svenska studier, ange prevalensen för ADHD till 3-10 procent bland barn och unga, men så hög som 20 procent bland utsatta undergrupper, t ex barn som har kontakt med BUP (SBU 2013). Den verkliga prevalensen, om man nu kan tala om en sådan, skall emellertid ses som internationellt etablerade uppskattningar, som ibland närmast ger intryck av gissningar (se dock Landgren et al, 1996 och Holmberg, 2009, för ett par lokala studier). Det förtjänar att understrykas att de uppskattningar som görs av prevalens i befolkningen givetvis är beroende av vilka instrument som används.

Man kan därför fråga sig om skillnaden i prevalens mellan länder har att göra med olikheter i faktisk förekomst eller om det beror på olikheter i metodik i de undersökningar som gjorts. Det sistnämnda kan inte uteslutas och medicinskt orienterade forskare har hävdatt att den verkliga prevalensen är ungefär densamma i olika länder. Uppmätta skillnader skulle i så fall ha att göra med olikartad forskningsmetodologi, bland annat genom att man använt sig av olika diagnostiska instrument och definitioner (se Polanczyk et al 2014, för en kritisk diskussion av slutsatserna se Conrad 2014). Olikheter inom enskilda länder är emellertid också mycket stora. I USA skiljer prevalensen mellan delstater sig kraftigt åt, men också olikheter mellan etniska grupper är påtagliga. Latinamerikanska (hispanic) barn och unga uppvisar till exempel betydligt lägre prevalens än vita icke-hispanics (Bloom et al 2013). Sådana skillnader kan inte förklaras med olikheter i forskningsmetodik eftersom respondenterna ställts inför samma frågor oavsett vilken delstat eller etnisk grupp de tillhör (de amerikanska studierna baseras på frågor till ett representativt urval av befolkningen). Däremot kan olika diagnostiska kriterier tillämpas i olika delstater, vilket i sin tur kan vara relaterat till systemfaktorer av olika slag.

Många studier har visat på samband mellan socioekonomiska faktorer och ADHD-diagnos. Det är ett väletablerat faktum att diagnosen är vanligare för barn i familjer med ensamstående mödrar och i fattiga familjer. Detta tycks gälla oavsett vilka typer av fattigdomsmått man använder sig av och oavsett vilka länder eller

regioner man studerar (Bloom et al 2013; Russell et al 2014b).

Det finns få systematiska studier av prevalens för ADHD bland barnavårdspopulationer (dvs. barn som är föremål för socialtjänstens motsvarigheter) runt om i världen. Det mesta talar för att förekomsten är betydligt högre än i den övriga befolkningen, eftersom de problem som hänger samman med ADHD ofta är sådana som den sociala barnavården har att hantera (särskilt om vi påminner oss att ADHD ofta hänger samman med diagnoser som conduct disorder). I en kanadensisk artikel från 2014 har författarna gjort en systematisk litteratursökning och funnit ytterst lite forskning om förekomsten av diagnostiserade fall av ADHD i den sociala barnavården. De återfinner dock en del studier som pekar på att diagnosen är vanligare bland barn som är föremål för utredningar och åtgärder från den sociala barnavårdens motsvarigheter än bland andra barn, att andelen stiger över tid och att den är en mycket vanlig (kanske den vanligaste) psykiatrisk diagnos bland barn som har kontakt med den sociala barnavården (Klein et al 2014; se även Rubin et al 2012).

FÖRSKRIVNING AV LÄKEMEDEL

Flyttar man sig till förskrivning av mediciner för ADHD blir statistiken genast säkrare, särskilt i länder som de nordiska där det finns forskningsbara läkemedelsregister. Även för läkemedelsförskrivning är de länders variationerna stora. Också här ligger USA i topp, med omkring sex procent bland barn och unga, vilket betyder att ungefär två tredjedelar av de som diagnostiseras också medicineras. Högst är andelen medicinerade i sydstaterna där de delstater som ligger i topp medicineras drygt 10 procent av barn och ungdomar. Efter svenska förhållanden motsvarar det att det i varje svensk högstadielklass skulle vara tre elever som medicineras eller medicineras för ADHD (Visser et al 2014).

I en mycket intressant (och som jag tycker trovärdig) analys av vad som påverkar skillnader i spridning av medicinering av ADHD mellan olika delstater i USA menar Hinshaw och Scheffler (2014) att skillnaden i hur skolsystemen fungerar och vilka incitamentsstrukturer på delstatsnivå som omger dem, har mycket stor betydelse för hur många barn som faktiskt diagnostiseras och medicineras. Utgångspunkten är att stökiga och ouppmärksamma barn kan påverka skolresultat negativt och att det kan utgöra ett incitament för

3) Den vanligaste förskrivningen utgörs av metylfenidat, ett amfetaminliknande preparat som säljs under varumärket Concerta.

att diagnostisera dem, antingen så att de diagnostiserade barnen kan få mer resurser och därför fås att prestera bättre eller att man i somliga skoldistrikt inte behöver räkna med de diagnostiserade barnen i skolornas resultatredovisningar. Sådant blir viktigt i ett samhälle som det amerikanska där stor vikt läggs vid hur skolor presterar, antingen så att de framgångsrika belönas resursmässigt eller genom att de mindre goda bestraffas. Historiskt sett har skolprestationer blivit allt mer betydelsefulla i det som vi ibland kallar kunskaps-samhället. Skall man tro Hinshaw och Scheffler kan ökade förväntningar och incitamentsstrukturer som lägger fokus på elevernas prestationer faktiskt öka andelen ADHD-diagnoser eller som de själva uttrycker det: "Policy matters, and the main venue for ADHD related policy is schools, where the push for performance is ever stronger" (Hinshaw & Scheffler 2014 s. 81).

Det finns inga motsvarande studier av vad skolan och skolsystemen betyder för ADHD:s spridning i Sverige. Däremot har vi numera bra statistik för läkemedelsförskrivning. I Sverige låg förskrivning av ADHD-medicin år 2014 på ungefär 3 procent i åldersgruppen 10 till 17 år, med 4,6 procent för pojkar och 1,8 för flickor. Siffrorna är betydligt lägre för yngre barn (5-9 år); 1,3 % för pojkar och 0,4 för flickor. För båda åldersgrupperna och för såväl pojkar som flickor kan man notera en ökning av förskrivning under hela den tid som statistik finns tillgänglig. Mellan 2006 och 2014, en period på åtta år, har andelen flickor (0-17 år) som medicineras femdubblats och hos pojkar återfinns en fyrdubbling (Socialstyrelsen 2015). Några tecken på att trenden håller på att brytas syns inte i statistiken, även om en viss avmattning i ökningstakten märks det senaste året. Skriver vi rent hypotetiskt fram den svenska utvecklingen på basis av den amerikanska finns förstås en rejäl potential för ökning. I en jämförelse mellan de nordiska länderna med data från 2007 låg Island högst, där var förskrivning bland barn och unga fyra gånger så vanlig som i Sverige. Finland hade den lägsta förskrivningsgraden med ungefär 2/3 av Sveriges (Zoega et al 2011).

Liksom i USA är det stora regionala skillnader i den svenska förskrivningen. På Gotland, där man ligger i topp, är andelen medicinerade 6,7 procent bland pojkar och 3,5 procent bland flickor i åldersgruppen 10-17 (en viss minskning jämfört med året innan). Motsvarande andel i Kronoberg, det landsting som ligger lägst, är 2,6 respektive 0,9 procent. Orsakerna till dessa skillnader har

diskuterats, men det finns inget som tyder på att de helt skulle kunna förklaras av olika förekomst av faktiska ADHD-relaterade problem. Vad det rör sig om är snarare stora skillnader i förskrivningsmönster, där Gotlands läkare framstår som de mest "generösa" (möjligen i kombination med att "efterfrågan" bland patienter och från skola skulle kunna vara högre på Gotland än i andra landsting) (Socialstyrelsen 2015).

Sambanden mellan i stort sett alla socioekonomiska variabler och förskrivning av ADHD-medicin är mycket tydliga i Sverige liksom andra länder. Anders Hjern och kollegor (Hjern et al 2009) har i en registerstudie visat att låg utbildning hos föräldrar, ensamt föräldraskap och beroende av försörjningsstöd har starka samband med förskrivning av ADHD medicin till barnen, även när man kontrollerar för föräldrars psykiatriska problem. Författarna konkluderar: "Socioeconomic indicators are potent predictors of ADHD-medication in Swedish school children. This suggests that gene-environment interaction models may provide a useful framework for future research into the aetiology of ADHD" (Hjern et al 2009, s. 924, se även Holmberg 2009 samt Russel et al 2014b, för bl a diskussion om hur sambandstrukturen kan analyseras). Vid sidan av författarnas frågor om orsaker till problemen väcker dessa forskningsresultat undringar om hur sociala system, som skola, barnpsykiatri osv, påverkar olikheter i förskrivning till skilda sociala grupper.

FÖRSKRIVNING BLAND DEN SOCIALA BARNVÅRDENS BARN

Allt talar för att förskrivning av ADHD-medicin till den sociala barnvårdens barn (framförallt de som är placerade i dygnsvård) ligger högt över befolkningen i övrigt i länder där frågan undersökts, som USA och Kanada. Flera studier rapporterar om förskrivning av ADHD-medicin och annan psykofarmaka till mer än hälften av ungdomarna i olika former av institutionsvård (Breland-Noble et al 2004; Brenner et al 2014; Klein et al 2014; Leslie et al 2011; Rubin et al 2012).

I Sverige saknas såvitt jag vet helt undersökningar av hur det är med förskrivning till barn i socialtjänstens öppenvård. Men eftersom det finns möjlighet att samköra de dygnsvårdade barnens personnummer med läkemedelsregistret är kunskaperna om förskrivning till denna grupp mycket goda. I Tabell 1 redovisas förekomsten av ADHD medicinering bland tonåringar i de tre vårdformer som är aktuella när barn och unga

»Det finns mycket pengar att tjäna på ADHD-mediciner. Det är en marknad där det inte syns något slut på expansionsmöjligheterna.«

är omhändertagna enligt socialtjänstlagen eller LVU och de relateras till "ej dygnsvårdade" dvs alla barn i åldersgruppen 13-17.⁴

Var man än går in i tabellen kan man konstatera att överrepresentationen bland de dygnsvårdade är hög. Minst framträdande är överrepresentationen bland pojkar i HVB. I den gruppen är det "endast" 2,5 gånger vanligare med medicinering än bland ej dygnsvårdade. Den absolut största överrepresentationen finns bland flickor i §12-vård, i den gruppen är det 20 gånger vanligare att man medicinerar för ADHD än bland ej placerade. Siffrorna för de som vårdas på §12-hem måste överhuvudtaget ses som anmärkningsvärda. Nära nog hälften av de inskrivna har diagnostiserats med ADHD och en tredjedel medicineras. Det gäller både flickor och pojkar. Till det skall läggas att en del av de som medicineras för ADHD också får andra psykofarmaka och att också andra psykiatriska diagnoser är långt ifrån ovanliga. ADHD är dock den tveklöst vanligaste psykiatriska diagnosen. Det gäller för övrigt alla vårdformer (Socialstyrelsen 2014). Det kan diskuteras om hur man skall se på den höga förskrivningsgraden. Det är knappast förvånande att barn i dygnsvård

medicinerar mer än andra, de har ju problem som i många fall kan relateras till ADHD. Men oavsett om man ser dessa siffror som förvånande eller ej, så är de höga och går man 20 år tillbaka är förändringen med största sannolikhet oerhört stor.

Ett ytterligare märkligt förhållande är att ungdomar i HVB i lägre grad än ej placerade och barn i familjehem får sina mediciner utskrivna av experter i barn och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen skriver: "Allmänt hade barn och ungdomar som inte hade varit placerade, och i viss mån också familjehemsplacerade, en tydligare kontakt med specialiserade verksamheter och läkare med kompetens i specialiteter som är relevanta för barn och ungdomar med psykisk störning eller neuropsykiatrisk problematik" (Socialstyrelsen 2014, s 20).

Hur man än räknar ligger användandet av ADHD-medicin bland dygnsvårdade barn långt över normalbefolkningen och ju mer ingripande omhändertaganden är desto större andel medicinerade. Bland ungdomar i så kallade paragraf-12 hem går omkring var tredje ungdom på ADHD-medicin. Det måste rimligen påverka vårdens vardagsvillkor, särskilt som också

4) Observera att åldersgruppen och definitionen av medicineringen skiljer sig från de som används i Socialstyrelsens återkommande redovisning av totalbefolkningens användning av ADHD medicin, i den sistnämnda är definitionen ett uttag per år.

Tabell 1: Förekomst av ADHD-medicinering (minst tre uttag under ett år) och ADHD-diagnos år 2013. Andel i åldersgruppen 13-17 år, fördelat efter kön och placeringsform. Procent.

Placeringsform	Pojkar		Flickor	
	Medicinerade	Diagnostiserade	Medicinerade	Diagnostiserade
Ej dygnsvårdade	3,6	4,9	1,5	2,2
Familjehem	19,8	21,1	9,2	15,4
HVB	9	14,7	23,6	30,2
§12-hem	33,3	47,4	29	46,6

Källa: Socialstyrelsen 2014.

andra psykofarmaka skrivs ut i högre utsträckning till dygnsvårdade än till andra barn. Man kan konstatera att ADHD och ADHD-medicinering är en högst påtaglig realitet i den sociala barnvården, samtidigt som kunskaperna om vad det betyder för socialt arbete är begränsade.

VAD ÄR PROBLEMET OCH VAD BETYDER ADHD EXPLOSIONEN FÖR SOCIALT ARBETE?

Det råder ingen tvekan om att många av de barn som medicinerar för ADHD och deras föräldrar är positiva till effekterna av medicinen och att rapporter om negativa biverkningar, psykologiska som andra, trots allt är ovanliga. Det har visats i ett antal kvalitativa studier internationellt och i Sverige (Singh 2007, 2008; Socialstyrelsen 2014). Troligtvis är det inte heller så att alla som skulle må bättre av medicinen faktiskt får den; underdiagnostisering behöver inte stå i motsättning till överdiagnostisering. Så vad är problemet?

Rimligen borde det leda till eftertanke att man

som i de amerikanska sydstaterna medicinerar upp till 10 procent av tonåringarna (för pojkar är andelen naturligtvis högre). Och hur ser vi på Gotland som ligger nära ett amerikanskt snitt, lägre än amerikanska sydstater, men betydligt högre än det svenska genomsnittet? Höga andelar väcker frågor om hur t ex skolan fungerar och hur samspelet mellan skola, sjukvård, barnpsykiatri påverkar andelen medicinerade och diagnostiserade i olika sociala grupper (för en diskussion om ADHD i skolan se Holmberg 2009). En viktig aktör i sammanhanget är läkemedelsindustrin. Det finns mycket pengar att tjäna på ADHD-mediciner och det är en marknad där det inte syns något slut på expansionsmöjligheterna. Läkemedelsindustrin inflytande märks särskilt tydligt i USA, där företagen har möjlighet att göra reklam direkt till allmänheten (Conrad & Bergøy 2014; Hinshaw & Scheffler 2014).

Det verkar svårt att bortse från att systemfaktorer faktiskt har betydelse för hur många barn som får en diagnos. Särskilt uppenbart blir

TJUST
BEHANDLINGS
FAMILJER

Tillsammans
gör vi skillnad



När barnet trivs i sitt sammanhang...

Grundtanken är att vi till stor del formas genom möten med människor i vår omgivning och möjligheten till förändring ligger i dessa nya möten/relationer. Vi erbjuder ett alternativ till institutionsvård genom kraftigt förstärkt familjehemsvård där en av föräldrarna i familjen är anställd på heltid. Utgångspunkten för vårt behandlingsarbete är vägledande samspel och mentaliseringsbaserad terapi vars behandlingsfokus ligger i själva processen.



Våra behandlingsfamiljer ligger i närområdet runt våra kontor i **Västervik**, **Vimmerby**, **Jönköping** och **Norrköping**.

För professionell behandling, utredning och vägledning finns ett team bestående av psykologer, psykiater och behandlingssamordnare. Alla finns i behandlingsfamiljens närhet för att kunna ge förstärkning och stöd.

Tjust behandlingsfamiljer AB • Ängalundsgatan 1B • 593 35 Västervik • Tfn: 0490-343 46 • Fax: 0490-943 10
E-post: info@tjustbehandlingsfamiljer.se • Hemsida: www.tjustbehandlingsfamiljer.se

»Kunskap om hur barn och föräldrar upplever behandlingen behövs och om hur frågor om självbestämmande och autonomi hanteras.«

detta mot bakgrund av att det knappast finns säkra diagnosmetoder för ADHD, åtminstone om vi skall tro SBU (2013). I den meningen är inte ADHD något som helt bör lämnas till medicinen. Inte minst i Sverige behövs samhällsvetenskaplig forskning om fenomenets snabba men ojämna spridning och om det starka sambandet med socioekonomiska variabler. Sådan forskning bör inkludera kvalitativa studier om upplevelser av ADHD och ADHD-behandling bland barn, föräldrar, skol- och vårdpersonal. Förutom hur barn och föräldrar upplever behandlingen behövs mer kunskap om hur frågor om självbestämmande och autonomi hanteras.

Ur etiskt perspektiv uppstår frågor på både samhälls- och individnivå och vid avgörande av enskilda fall. Ett grundläggande etiskt bekymmer på samhälls- och individnivå hör ihop med att föreställningar av vad som är normalt eller friskt krymper ihop i en tid då allt fler beteenden klassificeras som psykiatriska sjukdomstillstånd eller, som i fallet med ADHD, funktionsnedsättningar. Eller för att vända på det: Vi lever i ett samhälle där allt fler människor har diagnoser som handlar om deras psykiska problem. Det bör rimligen ses som problematiskt om stora andelar av barnen i ett samhälle får diagnoser som i någon mening placerar dem utanför det som betraktas som normalt. Vart gränsen går för en oroande hög andel diagnostiserade är omöjligt att säga, oavsett vilken syn man har på orsakerna till ADHD eller andra psykiatriska problem. Att gränserna flyttas, så att allt fler människor lever med diagnoser (som ytterst bygger på observationer av deras beteende och deras egna upplevelser) är en del av vårt allt mer medikaliserade samhälle. Vad det betyder kan inte (ensamt) besvaras av medicinen eftersom det också rör grundläggande frågor om vad

för slags samhälle vi vill leva i. Just därför är det viktigt att diskutera de övergripande effekterna av ADHD-explosionen från andra perspektiv än de medicinska (Svenaeus 2013).

Till de stora frågorna om normalitetens gränser hör också att en stor andel av de diagnostiserade använder läkemedel. Höga förskrivningstal väcker etiska frågor som hur vi ser på att barn under sin uppväxt och ibland in i vuxenlivet behandlas med psykofarmaka. I etisk analys brukar man tala om godhetsmaximeringsprincipen, skademinimeringsprincipen, självbestämmandeprincipen och likabehandlingsprincipen (se t ex Lundström 2013). Barnens positiva respons på medicinering utgör definitivt ett argument för att behandling i många fall "gör gott". Mer problematiskt är det med skademinimering eftersom kunskaperna om de långsiktiga effekterna av medicineringen trots allt fortfarande är små. Man kan således inte utesluta skadliga biverkningar som inkluderar allt från läckage av medicin till förändringar i personlighet hos de medicinerade.

Frågor om individens självbestämmande eller autonomi är särskilt besvärliga när barn är inblandade: Hur starkt väger deras röst, vilket inflytande har skolan och hur skall föräldrarnas röst vägas in? Det finns med andra ord många aktörer när det gäller avgörande om medicinering; Aktörer med potentiellt olikartade intressen. Ett exempel där frågan ställdes på sin spets var när Högsta förvaltningsdomstolen avgjorde ett fall där föräldrarna tyckte olika om sitt barns medicinering, modern ville medicinera men fadern var emot. Domstolen menade mycket förenklat, efter att bland annat hänvisat till det osäkra vetenskapliga läget, att faderns ord skulle gälla (mål nr 7315-13, domen som finns tillgänglig på nätet är intressant just för

att man söker väga etiska, normativa frågor med inkludering av det vetenskapliga kunskapsläget).

När det gäller likabehandlingsprincipen kan man konstatera att den mycket ojämna förekomsten av medicinering i olika delar av landet tyder på att barn med liknande problematik inte behandlas lika. I vissa delar av landet är chansen att få medicin betydligt större än i andra. En ytterligare skillnad i detta avseende är att barn i HVB och §12 vård inte får tillgång till specialistläkare i samma utsträckning som ej dygnsvårdade barn i samband med medicinförskrivning.

På flera sätt radikaliseras den etiska problematiken när det gäller de barn och föräldrar som har kontakt med socialtjänsten. Det handlar för det första om att det är familjer som ofta står i en beroendeställning och har en svag position i förhållande till myndigheter. För det andra kan familjerna vara utsatta för ett tryck (eller motsägelserfulla budskap) från flera aktörer i omgivningen (skola, barnpsykiatri och socialtjänst) och för det tredje förefaller det som om medicinering ofta påbörjas när barnen är placerade i dygnsvård, alltså när samhället tagit över den faktiska vårdnaden, vilket i sin tur väcker frågor om framförallt föräldrars medbestämmande.

För det sociala arbetets del väcker ADHD-explosionen en serie frågor av såväl etisk som praktisk natur. Jag avslutar med några exempel på sådana frågor eller kanske snarare teman som borde bli föremål för fortsatt diskussion:

1. I vilken utsträckning, på vilka indikationer och på vilket sätt kan och skall socialarbetare i öppenvård och dygnsvård initiera diagnoser för ADHD? Frågans betydelse understryks av att en stor del av de svenska ADHD-diagnoserna tillkommer under tiden i dygnsvård och därmed sannolikt med någon form av medverkan från socialarbetare.

2. Ur etiskt perspektiv finns frågor om hur olika aktörers (barn, föräldrar, skola, familjehem, institutionspersonal) intressen skall vägas samt hur självbestämmanderätten hos de centrala aktörerna skall tas tillvara. Sådana etiska bedömningar bör också involvera och bygga på samverkan mellan olika professioner. ADHD implicerar överhuvudtaget samverkan mellan socialarbetare och andra professioner, kanske särskilt barnpsykiatrin men också personal i skolan. I det sammanhanget kan det tyckas märkligt att barn i HVB och §12 vård i mindre utsträckning än andra får kontakt med specialistläkare.

3. Kan ADHD-diagnoser användas som underlag för tvångsomhändertaganden, t ex för att förstärka argumentationen vid omhändertaganden av ungdomar eller kan det faktum att föräldrar underlåter att ge sina barn ADHD-medicin ses som brister i omsorgen? Det finns ingen systematisk kunskap om vilken roll ADHD eller andra liknande diagnoser spelar vid svenska omhändertaganden. Se dock Kaldal (2012) för diskussion av ett par domar i högsta förvaltningsdomstolen som tyder på att diagnosen ADHD faktiskt kan utgöra ett hinder för tvångsomhändertagande av ungdomar som uppvisat "socialt nedbrytande beteende" enligt Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Det är domar som förefaller märkliga mot bakgrund av att så många omhändertagna barn faktiskt är diagnostiserade med ADHD och vars konsekvenser diskuteras i ett nytt förslag till LVU (SOU 2015:71).

4. Särskilt vid institutionsvård, men också i familjehemsvård finns anledning att diskutera hur medicinering skall hanteras i vardagen. Det kan handla om allt från hur man förhindrar läckage till hur föräldrar skall involveras i behandlingen. Till denna praktiska sida hör också behandlingsmässiga överväganden. Vare sig de diagnostiserade barnen medicinerar eller ej, krävs i de flesta fall andra former av insatser. I det sammanhanget är socialarbetare viktiga personer. ●

Litteratur

Abraham, J. (2010) Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44, 604-622

Adolfsson et al (2003) Forskare och psykiatrer till försvar för Gillbergs ADHD-forskning: Kärfves kampanj har karaktär av person- förföljelse och saknar vetenskaplig grund. *Läkartidningen*, 100, 636-637.

Bejerot, S., Gardner, A. & Humble, M. (2014) Diagnostik och terapi utmanar än, trots snabb tillväxt av kunskap. *Läkartidningen*, 2014;111:CYRH.

Bloom B., Jones L.L., Freeman G. (2013) *Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 2012*. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(258).

Brante, T. (2006). Den nya psykiatrin: exemplet ADHD. I Hallerstedt, G. (red.) *Diagnosens makt; Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos. ,

Breland-Noble, A. M., Elbogen, E. B., Farmer, E. M., Dubs, M. S., Wagner, H. R., & Rurris, R. J. (2004). Use of psychotropic medications by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatric Services*, 55, 706-708.

- Brenner, S. L., Southerland, D. G., Burns, B. J., Wagner, H. R., & Farmer, E. M. (2014). Use of Psychotropic Medications Among Youth in Treatment Foster Care. *Journal of child and family studies*, 23, 666-674.
- Conrad, P. & Bergey, M. (2014) The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31-43.
- Currie, J., Ståhl, M. & Jones, L. (2014) Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD? *Journal of Health Economics* 37, 58-69
- Ekström, B. (2012) *Kontroversen om DAMP. En kontroversstudie av vetenskapligt gränsarbete och översättning mellan olika kunskapsparadigm*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Farah, M. J., Smith, M. E., Ilieva, I., & Hamilton, R. H. (2014). Cognitive enhancement. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 5, 95-103.
- Fernell, E., Kadesjö, B., Nylander, L. Gillberg, C. (2014) ADHD bör uppmärksammas mer – tidiga insatser spar lidande. *Läkartidningen*, 2014;111:CUMM.
- Hinshaw, S. P. & Scheffler, R. M. (2014) *The ADHD Explosion Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance*. New York: Oxford University Press.
- Hjern, A., Weitoft, G. R., & Lindblad, F. (2010). Social adversity predicts ADHD-medication in school children—a national cohort study. *Acta paediatrica*, 99, 920-924.
- Holmberg, K. (2009). *Health Complaints, Bullying and Predictors of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in 10-year-olds in a Swedish Community*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Johannisson K, (2006) Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I Hallerstedt, G. (red.) *Diagnosens makt; Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Klein, B., Damiani-Taraba, G., Koster, A., Campbell, J., & Scholz, C. (2014). Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children involved with child protection services: are current diagnostic guidelines acceptable for vulnerable populations? *Child: care, health and development*, 41, 178-185.
- Kärfve, E. (2000). *Hjärnspöken; Damp och hotet mot folkhälsan*. Stockholm: Symposion.
- Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, Gillberg C. (1996) ADHD, DAMP and other neurodevelopmental psychiatric disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. *Dev Med Child Neurol*, 38, 891-906.
- Leslie, L. K., Raghavan, R., Hurley, M., Zhang, J., Landsverk, J., & Aarons, G. (2011). Investigating geographic variation in use of psychotropic medications among youth in child welfare. *Child abuse & neglect*, 35, 333-342.
- Lundström, T. (2013) Etik i den sociala barnvården. I Pettersson, U. *Etik och socialtjänst: om förutsättningar för det sociala arbetets etik*. Malmö: Gleerups.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43, 434-442
- Rubin, D., Matone, M., Huang, Y., DosReis, S., Feudtner, C., & Localio, R. (2012) Interstate variation in trends of psychotropic medication use among Medicaid-enrolled children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 34, 1492-1499.
- Russell, G., Ford, T., Rosenberg, R., & Kelly, S. (2014b). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 436-445.
- Russell, G., Rodgers, L. R., Ukoumunne, O. C., & Ford, T. (2014a). Prevalence of parent-reported ASD and ADHD in the UK: findings from the Millennium Cohort Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 44, 31-40.
- SBU (2013) *ADHD Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: SBU.
- Singh, I. (2007). Clinical implications of ethical concepts: Moral self-understandings in children taking methylphenidate for ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 167-182.
- Singh, I. (2008) Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, 9: 957-964.
- Socialstyrelsen (2012) *Förskrivning av centralstimulerande läkemedel vid adhd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014) *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015) *Användningen av centralstimulantia vid ADHD. Utvecklingen regionalt och i riket*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2015:71 *Barn och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stenberg, A. (2013). Interpreting estimates of heritability—A note on the twin decomposition. *Economics & Human Biology*, 11, 201-205.
- Svenaesus, F. (2013) *Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*. Hägersten: Tankekraft.
- Timimi, S. and 33 co-endorsers (2004) A critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 59-63.
- Visser S. et al. (2013) Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosis and Medication Treatment for ADHD disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 53, 34-46.
- Zoega, H., Furu, K., Halldorsson, M., Thomsen, P. H., Sourander, A., & Martikainen, J. E. (2011). Use of ADHD drugs in the Nordic countries: a population-based comparison study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 360-367.

Modellsvar Soc&kom, urvalsprovet i socialt arbete 2018

Fråga 1a Skriv ett essäsvår.

Frågan relaterar till artikeln "*Vi vet vad du behöver*" *Konstruktion av motstånd av "ensamkommande" på HVB* (Socialvetenskaplig tidskrift 3-4/2016) av Philip Lalander och Dawan Raof.

I artikeln diskuteras begreppen "barn" och "flykting" som sociala kategorier skapade av de professionella själva. Redogör för hur dessa kategorier enligt artikeln påverkar arbetet med "ensamkommande" flyktingbarn (6 p) och hur motstånd det skapar hos ungdomarna (4 p).

Modellsvar: *Begreppen "barn" och "flykting" är inga värdeneutrala ord, utan fungerar snarare som sociala kategorier. Personer i dessa kategorier förväntas ha något gemensamt. I Sverige bestäms tillhörighet i kategorin "barn" utifrån den biologiska åldern och gränsen går vid 18 år. Barn: något ofärdigt, behov av vuxnas förmyndarskap. Flykting: individen kommer utifrån Sveriges gränser och definieras ännu inte som en fullvärdig medlem i den (föreställda) gemenskap som utgör nationen Sverige. Tillhörighet i kategorin "flykting" kopplas ihop med bristen på vissa grundläggande sociokulturella kompetenser som flyktingen (ännu) inte äger och som är kopplade till föreställningen om "svenskhet". (1 p)*

Sociala kategorierna "barn" och "flykting" är ömsesidigt uteslutande: en individ som kategoriseras som ett "barn" kan inte på samma gång definieras som "vuxen". "Flykting" kan inte samma gång definieras som "svensk". Barn förväntas bli vuxna och flyktingar förväntas bli mer svenska/integrerade. (1 p)

Hur kategorier påverkar arbetet med "ensamkommande" flyktingbarn: individer som utan vårdnadshavare söker asyl i Sverige *kategoriseras* som ensamkommande flyktingbarn och de allra flesta placeras på institution (HVB = hem för vård och boende). Enligt IVO placeras de inte på HVB för att de är i behov av behandling, de *behöver stöd i sin integration och i sitt vuxenblivande*. De *förväntas efter vistelsen på institutionen att vara vuxna och integrerade aktörer som kan behärska livet i Sverige*.

Genom kategoriseringar *underlättas de professionellas arbete* i människobehandlande organisationer. Processandet/socialisationen av ensamkommande flyktingbarn på HVB innebär att vuxna, integrerade personer, genom olika insatser ska försöka åtgärda det som antas försvåra vuxenblivande och integration i det svenska samhället. (1 p)

Flertalet av ungdomarna är individer som *inte upplever sig tillhöra kategorin barn/anser sig ha passerat det man i svenska samhället uppfattar som barndomsperioden*. Det *uppstår ett motstånd mot att placeras i den kategorin, då den innebär ett maktmässigt underordnande*: vara under förmyndarskap av vuxna, inte tillskrivas samma kompetens och inflytande när det gäller att bli lyssnad på, uttrycka sin vilja och bestämma i frågor som rör personliga förhållanden. Frustration skapas då de unga av personalen förväntas acceptera tillhörigheten i kategorin barn ("*så är det bara*", *de lyssnar ändå inte*). (1 p)

De unga behöver också förhålla sig till föreställningar om "svenskhet" och det som anses som osvenskt. *Integrationspolitiken i Sverige präglas av ett kulturellt särartstänkande som går ut på att personer med invandrarbakgrund kulturaliseras*. Med *andrafiering* avses att *de föreställs komma från "andra kulturer" som på avgörande sätt skiljer sig från "den svenska kulturen"*. De har ett sociokulturellt underskott som behöver åtgärdas genom olika "integrationsinsatser" och med hjälp av personer som har "svenskhet". *Kulturaliseringen innebär homogenisering där föreställda folkgrupper eller etniciteter klumpas ihop, som stereotypa kategorier*. Personal reducerar ungdomarna till bärare av vissa gemensamma attribut, bortser från deras heterogenitet. Upplevd ojämlikhet i relationen mellan de boende och personalen som företräder det svenska. Eftersom föreställningen om vad som ska ses som svenskhet är ytterst diffus och personalen gör olika tolkningar, kan situationen bli förvirrande och frustrerande för dem som ska lära sig denna

"svenskhet". Att "svenskheten" samtidigt som den är diffus också upplevs som absolut skapar frustration. (2 p)

Exempel på hurdant motstånd det skapar hos ungdomarna: Flera av dem som intervjuats berättar om hur de bestraffas om de agerar på ett, ur personalens perspektiv, oönskat sätt. En strategi är att hålla sig ofta undan (inte "bråka" eller prata med personalen). Den kraftigaste bestraffningsåtgärden förflyttning blir (när det använts) ett exempel som bidrar till att de andra ungdomarna fogar sig efter rådande regler. (2 p)

Motstånd mot underordning tar sig uttryck t.ex. genom att alltid fråga varför? för att ifrågasätta meningen med att finna sig i att regler finns, utan att de görs rimliga. Det är en utmaning av systemet till en viss gräns, en gräns då inte sanktioner sätts in. Rädslan för att utsättas för bestraffningar gör att vissa individer i underordnade positioner väljer att utöva sina motståndshandlingar "off stage". Kan anta olika former, såsom skämt, satir, parodi, karikatyr, fantasier om hämnd. Motståndet blir mer subtilt, dolda manus, att man gör parodi av de regler och den disciplinering som sker på HVB. Genom parodi och skratt som motstånd kan ungdomarna skapa en viss distans till sin institutionella tillvaro och personalens definitioner. (2 p)

Fråga 1b Skriv ett essäsvår.

Frågan relaterar till artikeln "*Professioner, makt och samverkan mellan myndigheter. Socialtjänstens, skolans och BUP:s arbete med ungdomar som inte går till skolan*" (Socialvetenskaplig tidskrift 1/2017) av Hans Ek, Joakim Isaksson och Rikard Eriksson.

Redogör för sådana faktorer som enligt artikeln försvårar samverkan inom offentlig sektor (6 p). Diskutera därefter de centrala omständigheter som tycks främja en god samverkan mellan myndigheterna (4 p).

Modellsvar: Faktorer som enligt artikeln försvårar samverkan: Tidigare forskning har visat att *konkurrens mellan professionerna riskerar att försvåra samverkan liksom varje myndighets kulturella bakgrund och normer*. För barn- och ungdomspsykiatrins (BUP) del upplevdes *svårigheter att få kontakt och långa väntetider (innan barnen och deras familjer fick hjälp) som problem*. *Skolan hade ett nu-perspektiv (att få eleven snabbt tillbaka till skolan) medan BUP hade ett mer långsiktigt perspektiv (att förbättra ungdomars psykiska hälsa)*. (1 p)

Resurser lyftes fram som ett tydligt hinder i samverkan. Problemet i fråga om resurser handlade om *vilken verksamhet som skulle stå för kostnaden och är knuten till ansvarsfördelningen mellan BUP, skola och socialtjänst*. Försök att skjuta över ansvaret=kostnaden på varandra utifrån en omtanke om den egna verksamheten. Misstankar om att ex. skolan använde BUP för egna syften genom ökad grad av misstankar om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. (1 p)

Skillnader i professionella förhållningssätt kunde försvåra arbetet: socialsekreteraren yttrar sig som myndighetsperson medan personal på BUP yttrar sig som behandlare. Konsekvens: att socialtjänsten får lägga ned mera tid på motivationsarbete med klienten än vad som krävs av BUP. *Det kan också vara svårt i samverkan att förena de olika perspektiven då skolan resonerar från ett pedagogiskt perspektiv, socialtjänsten från ett samhälls- och familjeperspektiv och BUP från ett psykiatriskt perspektiv. Samverkan skulle innebära att perspektiven vägs samman och alla beaktas samtidigt och i lika stor omfattning*. Mycket svårt eftersom det psykiatriska dominerade på mötena. Socialtjänsten upplevde att BUP arbetar mer individuellt, medan grundsynen inom socialtjänsten är att man arbetar med hela systemet (för att få tillbaka ungdomar till skolan). (2 p)

Gränsen mellan BUP och socialtjänsten kan vara otydlig, samverkan viktig för att planera vem som skulle göra vad. Det kan också medföra problem om samverkan är alltför personbunden (idén och arbetet förloras då en chef byts ut) eller ifall samverkan enbart sker på en viss nivå (mellan chefer, kommer inte ned till "golvnivån"). *Bruket av fackspråk från BUP:s sida kunde bidra till att personal från socialtjänsten kunde känna sig dumma och nedvärderade i samverkan.* Mellan skola och BUP kunde bristande samverkan komma fram i att *BUP beordrade vad skolan skulle göra kring ungdomars skolsituation. Samverkan kunde också påverkas av en sorts rivalitet om handlings- och beslutsutrymme. Samverkan kunde i vissa fall präglas av konkurrens mellan yrkesgrupper inom en myndighet och mellan två myndigheter.* (2 p)

Resultaten bekräftar tidigare forskning om faktorer som försvårar samverkan inom offentlig sektor: olika synsätt och attityder, resursbrist och organisatoriska prioriteringar, oklara ansvarsområden och arbetsfördelning samt olika regelverk och organisationsideologi. Gällande att hjälpa ungdomar som inte går till skolan: statuskillnader mellan professioner i samverkan, i vilken läkares dominans en delaspekt. Behovet av en ny gemensam kunskapsbas.

God samverkan mellan myndigheterna tycks främjas genom att *olika synsätt som möts reds ut och att de involverade visar varandra respekt och lär av varandras synsätt. Gemensamma riktlinjer, nätverksmöte med syfte att få en helhetsbild och upprätta en individuell plan.* Samverkan har bidragit till större arbetsro eftersom *behandlingsplanen fungerade som en länk mellan de olika parterna.* Behandlingsplanen för den enskilda patienten eller klienten kunde stärka den professionelle. Betydelsefullt att flera professioner var med och fastställde planen på samverkansmötet, fokus på arbetsuppgifterna. (2 p)

Över tid har det utvecklats *en tydlighet i arbetsfördelning och en bra kommunikation mellan verksamheterna, vilket underlättar samverkan.* Individuella planer som konkreta resultat av detta. Med *kollegial handledning ansågs de kulturella skillnaderna kunna överbyggas.* Parterna behöver också *kunskap om varandras organisationer. För att lyckas med samverkan är det viktigt att parterna har förståelse och kunskap om varandras arbete.* Vidare nämndes *personkännedom: att lära känna varandras kunskaper samt brister* och ha kunskap om varandras verksamhetskaraktär. (2 p)

Fråga 1c Skriv ett essäsvår.

Frågan relaterar till artikeln "Internationellt socialt arbete – Definitioner och perspektivval i historisk belysning." (Socialvetenskaplig tidskrift 2/2013) av Erica Righard.

Redogör inledningsvis för vad internationellt socialt arbete till en början (från 1940-talet) handlade om, dvs vilka antaganden och definitioner det internationella sociala arbetet byggde på (6p). Redogör sedan för den kritik mot dessa antaganden och definitioner som slog igenom på 1960- och 1970-talen (4p).

Modellsvar: Definitioner bygger på antaganden om "det internationella" och om sociala, politiska och ekonomiska hierarkier inom det internationella. Olika definitioner bygger på olika utgångspunkter. Definitioner av internationellt socialt arbete granskas i artikeln i dess samhälleliga sammanhang: modernisering och framtidsoptimism efter andra världskriget, radikalisering mot slutet av 1960-talet. Nya definitioner uppstår ofta som en kritik mot redan befintliga. De kritiserade definitionerna har inte försvunnit, utan olika definitioner har funnits kvar sida vid sida.

På ett abstrakt plan kan "det internationella" i internationellt socialt arbete delas in i en inter-nationell och en inter-kulturell dimension. Förhållandet mellan dessa har förskjutits över tid. Dessutom har båda ändrat karaktär. Inter-nationella dimensionen diskuteras i termer av hur socialt arbete förhåller sig till "där" och

"här". De första ansatserna att definiera internationellt socialt arbete satte enbart fokus på resursöverföringar mellan länder, något som skedde "där". (1 p)

Det internationella i socialt arbete har funnits sedan det etablerades under slutet av 1800-talet. Många av det sociala arbetets förgrundsgestalter reste mellan olika länder och bidrog till att idéer och praktiker överfördes mellan olika länder. Tonybee Hall i London 1884 var och är en förebild för settlementrörelsen, inspirationskälla för Jane Addams och settlementet Hull House 1889 i Chicago, Birkagården 1912 i Stockholm. Första internationella konferensen i socialt arbete år 1928 i Paris och formandet av de internationella organisationerna IASSW, IFSW och ICSW. *De första faktiska definitionerna under andra världskriget och mot bakgrund av det sociala arbete som bedrevs för att hantera flyktingsituationen i Europa.* (1 p)

Internationellt socialt arbete handlade från början under 1940-talet om det sociala arbete över statsgränser som följde på andra världskriget. Handlar här om resursöverföringar från rika till fattiga länder. FN och Röda korset spelade en viktig roll i det sociala arbete som byggdes upp för att hantera situationen. Genom UNRRA kom socialt arbete att spela en central roll. Definition som en fråga om att förbereda socialarbetare för arbete i internationella organisationer. *I väst präglades efterkrigstiden av stark ekonomisk tillväxt och expansion av välfärdsstatliga system och det fanns en förväntan på att världens fattiga länder skulle följa samma utvecklingslinje som de rika gjort. Vidare tro på att fattiga länder kunde avancera snabbare med hjälp av resursöverföringar från rika till fattiga länder.* (1 p)

Utifrån en svensk utgångspunkt handlar den första vågen av definitioner om *Sverige i världen. Konkret: praktiskt arbete eller kunskapsproduktion inom internationella organisationer med någon slags överföring av resurser mellan länder finns med i bilden. I Sverige fanns under den tidiga efterkrigsperioden en outtalad förväntan om att invandrare automatiskt skulle assimileras in i det svenska samhället efter en tid.* Okunskapen om det sociala arbetets inter-kulturella dimension kom efter hand att uppmärksammas och kritiserades. (1 p)

Kritik som framfördes mot dessa antaganden och definitioner på 1960- och 1970-talen handlade om ett svar på kritik mot västerländsk hegemoni i den fattiga delen av världen, men också mot att västerländska modeller för socialt arbete användes i socialt arbete med nationella minoriteter och migranter i väst. "Den andra vågen" handlar dels om Sverige i jämförelse med andra länder, dels om jämförelse av socialt arbete i relation till olika etniska grupper i Sverige. Exempel: Sverige i jämförelse kan handla om jämförande studier i socialt arbete i olika länder, eller om att utbyta erfarenheter (genom internationella utbyten eller möten på internationella konferenser). Sverige i jämförelse kan även handla om jämförelser av socialt arbete utifrån ett majoritets- eller minoritetsperspektiv, t.ex. utifrån ett samiskt, romskt eller viss invandrargrupps perspektiv. (1 p)

Med kritiken av västerländsk hegemoni och förståelsen för maktrelationer mellan olika delar av världen och olika grupper i befolkningen kom intresset för jämförelser av socialt arbete mellan olika länder och i relation till olika minoritetsgrupper i befolkningen. Den interkulturella dimensionen, socialt arbete "där" och "här". Den inter-kulturella dimensionen har efter hand kommit att utgöra ett allt mer centralt inslag i internationellt socialt arbete. (1 p)

Den *kulturella blindheten* som fanns innan *kritiserades på två sätt: dels kritiserades socialt arbete med minoriteter och migranter "här" utifrån begrepp som mångkulturalism och tolerans, dels kritiserades internationella organisationers sociala arbete "där" för professionell imperialism.* Synen på kultur och kulturell olikhet gick från förståelse präglad av evolutionistisk framtidstro/assimilation till mer relativistisk/essentialistisk där minoriteters, invandrargruppers och länders särart beaktades. (1 p)

Beroendeskolan fick genomslag under 1960-talet som reaktion mot moderniseringsteorin. Pekade på beroendeförhållandet mellan den rika och fattiga delen av världen och hur detta låste in och omöjliggjorde utveckling i fattiga länder. Ifrågasättande av den västerländska modellen, om individbaserat socialt arbete (casework) kan fungera i fattiga länder med massiv fattigdom – professionell imperialism? (1 p)

Som ett svar på kritiken kom intresset för komparationer att växa. Spänningar mellan mer individualistiska och mer kollektivistiska utgångspunkter för socialt arbete är många och handlar om grundläggande, komplexa frågor: människosyn, synen på familjen, synen på sociala problem och även på lidande. (1 p)

Liknande utveckling gällande kritiken av socialt arbete med invandrare och minoriteter. 1960- och 1970-talets politiska folkrörelser där minoritetsperspektivet växte starkt tillsammans med kvinnoperspektivet. Istället för assimilation förespråkar man här varje grupps rätt till kulturella identiteter och praktiker. Minoriteters egna politiska rörelser en viktig grund för utvecklingen, förde fram kultur och kulturella skillnader – har i sin tur kritiserats för paternalistisk tendens att sätta fokus på "dem" och "deras" rättigheter. Man kan se parallellitet i kritiken av den västerländska professionella imperialismen "där" och kritiken av den osynliga "vita" positionen i socialt arbete "här". kritiken kommer från olika håll men gemensamt att den tar fasta på det interkulturella. 1960-talets politiska radikaliserings innebar att kultur blev en viktig dimension i internationellt socialt arbete. (1 p)

Fråga 1d Skriv ett essäsvår.

Frågan relaterar till artikeln "Familjehemsvård i granskningsområdet – hur följer kommunerna upp sina placeringar?" (Socionomen 6/2015, Forskningssupplement) av Marie Sallnäs och Stefan Wiklund.

Redogör för på vilka sätt kommunerna försöker säkerställa och följa upp situationen för barn i familjehemsvård (6p). Vilka är de största utmaningarna med att ta reda på hur barn har det i familjehem? (4 p)

Modellsvar: *Enligt artikeln framstår arbetet med uppföljningen av familjehemspaceringar som relativt hög prioritet i socialtjänstens organisation. Ca hälften (46%) anger att resurserna har förstärkts medan 10% anger att resurserna minskat. (1 p) Kommunerna har organiserat uppföljningsarbetet på olika sätt som kan grupperas under kategorierna: organisatorisk inramning, professionell med huvudsakligt uppföljningsansvar, organisatoriska strategier, strategiernas innehåll (flera alternativ möjliga), besöksfrekvens (genomsnitt). (1p)*

Som organisatorisk inramning tolkas att det finns *en särskild placeringsenhet eller motsvarande* (i 42% av kommunerna som deltagit i undersökningen). En professionell med huvudsakligt uppföljningsansvar kan vara *en utredande socialsekreterare, familjehemssekreterare/-inspektör, barnsekreterare eller motsvarande eller ingen särskild personal*. I största delen av kommunerna (86%) fanns organisatoriska strategier i form av *särskilt utarbetade rutiner* för ändamålet. De organisatoriska strategiernas innehåll varierar: det kan vara *detaljerade anvisningar, kommunal handlingsplan eller andra rutiner* (för uppföljningsarbetet). Den genomsnittliga besöksfrekvensen varierar: *ca hälften (53%) av kommunerna som besvarat enkäten anger 4-5 gånger per år, 35% 1-3 gånger per år och 10% 6 gånger per år eller oftare.* (3 p)

Enligt Socialstyrelsens anvisningar bör besök göras fyra gånger om året. I en dryg tredjedel av kommunerna görs uppföljningsbesök 1-3 gånger per år, dvs. en lägre frekvens än den rekommenderade. Svaren anger ett "genomsnitt" och det finns högst troligt variation när det gäller enskilda barn (1 p).

Angivna utmaningar är inte ömsesidigt uteslutande, utan respondenterna kan ha nämnt flera svårigheter. De flesta svaren berör socialtjänstens relation till barnen. Att man från socialtjänstens sida måste få en

förtroendefull kontakt med barnen så att de verkligen vågar berätta om sin situation, vilket inte är en enkel uppgift för den externa granskaren (2p). Ett annat tydligt tema är den egna organisationens resurser och det sätt som man arbetar på (1p). Övriga utmaningar som lyfts fram har att göra med familjehemmet, anhöriga som informationskälla/barns lojalitetskonflikt och själva informationen (att värdera uppgifter och utsagor på ett korrekt sätt) (1p).

DEL 2. (totalt högst 20 poäng)

Läs igenom den bifogade artikeln "ADHD; Om förekomst, ökning och konsekvenserna för social barnavård" av Tommy Lundström (publicerad i Socionomen 1/2016, Forskningssupplement nr 39, s.18-31).

Besvara sedan alla fem delfrågor (a-e)

- a) Varför anser Lundström att det är viktigt att studera förekomst och medicinering av ADHD bland barn i den sociala barnavården (barnskyddet) (2 p)

Modellsvar: För att *antalet diagnostiserade och antalet medicinerade i Sverige har ökat kraftigt* under de senaste åren och trenden verkar fortsätta. Internationellt kan man tala om globalisering av diagnosen. *Diagnostisering och medicinering sprids till fler och fler länder och till fler och fler individer.* Svenska rapporter (Socialstyrelsen 2014 och SBU 2013) visar att kunskaperna om diagnos av ADHD och effekterna av behandling är mindre än förväntat och att den sociala barnavårdens (barnskyddets) klienter är överrepresenterade när det gäller läkemedelsbehandling av ADHD, men också bland normalpopulationen kan man tala om en ADHD-explosion. Lundströms syfte är att diskutera vad det kan betyda för socialt arbete med barn och unga (2p).

- b) I artikeln redogör Lundström för biologiska och psykosociala förklaringar till ADHD. Vad anser han att är relevant ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv? (2 p)

Modellsvar: ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder) brukar beskrivas som *bristande förmåga till koncentration och uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet.* I medicinsk terminologi kan det betecknas som *en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller utvecklingsavvikelse.* Medicinen kan ändå inte helt och hållet förklara fenomenet. *Medicinsk forskning har inte lyckats identifiera någon särskild gen eller annan biologisk förklaring som restlöst kan förklara "ADHD-beteenden". Man talar om att ADHD orsakas av biologiska/genetiska faktorer, utan att man kan identifiera avvikelser i någon speciell gen.* Det handlar om ett samspel av flera genetiska faktorer och vid sidan av det också faktorer under graviditeten och det första levnadsåret. Idag är det många som menar att ADHD orsakas av en kombination av genetiska och psykosociala faktorer: man ärver en viss känslighet för ADHD, men symtomen kan utlösas eller förstärkas av miljöfaktorer i skola och/eller familj. *Det som från ett samhällsvetenskapligt perspektiv verkar ensidigt är "den starka neuropsykiatriska tesen" dvs. att genetiken och biologin ensamt kan förklara uppkomsten av symtom. Psykosociala faktorer ges inte någon självständig förklaringskraft.* Lundström hävdar att man, *för att förstå den snabba men mycket ojämna spridningen av ADHD-diagnoser runt om i världen, behöver analysera systemfaktorer. Hur sociala system som skola, läkemedelsindustri, patientföreningar och sjukvård i samspel påverkar antalet diagnostiserade, formar våra föreställningar och styr hur de symtom som karakteriserar diagnosen skall behandlas. Det handlar om att identifiera de sociala mekanismer som påverkar diagnosens spridning* (2p).

- c) Vad kan enligt Lundström tänkas förklara skillnader i prevalens mellan länder, regioner och sociala grupper (5 p)

Modellsvar: Det förekommer *olikheter i diagnostik av ADHD* och därtill *skillnader i diagnostisk kultur samt olikartad "efterfrågan" på diagnoser i olika länder och regioner*. Lundström skriver att det är svårt att ens ur ett medicinskt perspektiv svara på hur många barn och unga som potentiellt skulle kunna diagnostiseras med ADHD. Man brukar ange ett spann mellan 3 till drygt 10 procent för barn och tonåringar i skolåldern, men skillnaderna är stora mellan olika länder. *Högsta siffrorna rapporterar USA (11%, i Arkansas och Kentucky runt 15%)*. (1p)

Med *lägsta siffror brukar länder som Storbritannien, Brasilien och Frankrike nämnas*. Orsakerna kan enligt Lundström t.ex. ha att göra med *hårdare diagnostiska kriterier och en annan förståelse för hur beteenden skall tolkas*. I Brasilien och Frankrike har *psykodynamiska förklaringsmodeller en stark ställning i vårdssystemet och bland professionella* vilket kan bidra till att förklara låg prevalens. I Sverige anges prevalensen för ADHD till 3-10 procent, men så hög som 20 procent bland utsatta undergrupper. Detta baserat på utländska och svenska studier. (2p)

Den verkliga prevalensen skall enligt Lundström ses som internationellt etablerade uppskattningar (ger ibland intryck av gissningar). Uppskattningar som görs av prevalens i befolkningen är beroende av vilka instrument som används. Man kan fråga sig om skillnader har att göra med skillnader i förekomst eller om det beror på olikheter i metodik i de undersökningar som gjorts. Märkbart att olikheter inom enskilda länder är mycket stora, i USA stora skillnader i prevalens mellan delstater, men påtagliga olikheter också mellan etniska grupper. Samband mellan socioekonomiska faktorer och ADHD-diagnos. Diagnosen är vanligare för barn i familjer med ensamstående mödrar och i fattiga familjer. (2p)

Statistiken är säkrare gällande förskrivning av mediciner för ADHD och även för läkemedelsförskrivning är de länders variationerna stora med USA i topp. I en analys av vad som påverkar skillnader i spridning av medicinering påpekas att skillnaden i hur skolsystemen fungerar och vilka incitamentsstrukturer som omger dem, har mycket stor betydelse för hur många barn som diagnostiseras och medicineras.

- d) Redogör kortfattat för de centrala slutsatserna i artikeln (8 p)

Modellsvar: Lundström konkluderar att man kan konstatera att *ADHD och ADHD-medicinering förekommer och utgör en påtaglig realitet i den sociala barnvården (barnskyddet), samtidigt som kunskaperna om vad det betyder för socialt arbete är begränsade*. (1p)

Många barn som medicineras och deras föräldrar är positiva till effekterna av medicineringen. Troligtvis är det inte så att alla som skulle må bättre av medicinen faktiskt får den. Det borde ändå leda till eftertanke att man medicinerar närmare 10 procent av ungdomarna (i de amerikanska sydstaterna och på Gotland som ligger nära ett amerikanskt snitt). Höga andelar väcker enligt Lundström frågor om hur t.ex. skolan fungerar och hur samspelet mellan skola och aktörer inom hälso- och sjukvården påverkar andelen medicinerade och diagnostiserade i olika sociala grupper. (2p)

Läkemedelsindustrin är en viktig aktör i sammanhanget som har mycket att vinna på ADHD-mediciner. Expansionsmöjligheterna verkar oändliga. Särskilt tydligt märks läkemedelsindustrins inflytande i USA, där att göra reklam direkt till allmänheten är möjligt. (1p)

Ur etiskt perspektiv tar Lundström upp frågor på både samhälls- och vid avgörande av enskilda fall. Det är problematiskt om stora andelar av barnen i ett samhälle får diagnoser som placerar dem utanför det som betraktas som normalt. Det rör grundläggande frågor om vad för slags samhälle vi vill leva i. (2p)

Han avslutar med frågor/teman som borde bli föremål för fortsatt diskussion: Då en stor del av de svenska ADHD-diagnoserna tillkommer under tiden i dygnsvård undrar Lundström *i vilken utsträckning, på vilka indikationer och på vilket sätt kan och skall socialarbetare initiera diagnoser för ADHD?* Hur skall olika aktörers intressen vägas och hur skall självbestämmanderätten hos de centrala aktörerna tas tillvara? Sådana etiska bedömningar skall bygga på samverkan mellan olika professioner. Lundström efterlyser vidare systematisk kunskap om vilken roll ADHD eller andra liknande diagnoser spelar vid svenska omhändertaganden? Avslutningsvis lyfter han fram behovet att diskutera hur medicinering skall hanteras i vardagen (institutionsvård, familjehemsvård). Medicinering eller ej, så krävs i flesta fall andra former av insatser och där är socialarbetare viktiga personer. (2p)

- e) Vilka tankar väcker artikeln hos dig? Basera ditt svar på aktuell samhällsdiskussion och på egna erfarenheter och artiklarna du läst till urvalsprovet. (3 p)

Modellsvar: kopplingar t.ex. till diskussioner om belastning hos socialarbetare, stora grupper i skolan, behov av och rätt till individuellt stöd (hjälp en diagnos att få även annat stöd?), ersätter diagnos+medicin ett arbetssätt där man beaktar och respekterar mångfald och arbetar utifrån vars och ens situation och behov? Resonemang baserad på övriga artiklar i urvalsprovet kring diagnoser hos flyktingbarn på HVB / i samverkan mellan skola-socialtjänst-BUP / internationell jämförelse och socialarbetets kritiska ifrågasättande / diagnos och medicinering av barn i familjevård? (3 p för eget logiskt resonemang kopplad till artikeln)