

Masteroppgave

Helsedirektoratets konstruksjon av ADHD

- Kritisk diskursanalyse av den nye retningslinjen om ADHD

Av

Gitte Sehm-Larsen

Sammendrag

Aktualitet, formål og problemstilling: Antall elever med ADHD-diagnose i skolen er stadig økende. Diagnosen er kjent for folk flest, og forbindes ofte med urolige barn og unge med utfordringer knyttet til blant annet skole. I møte med hjelpeapparatet blir elever, foreldre og pedagoger forklart at atferden er symptomer på en biologisk ubalanse i hjernen som skyldes nevrologiske og i noen tilfeller genetiske faktorer. Ofte blir sentralstimulerende midler i form av tabletter løsningen sammen med enkle, (spesial)pedagogiske tilrettelegginger i skolen. Kritikerne av den medisinske forståelsen av ADHD åpner derimot for at det kan være andre årsaker som ligger bak atferden som tolkes som symptomer på ADHD, og stiller spørsmål til diagnosens gyldighet.

Denne oppgaven har til hensikt å undersøke hvordan Helsedirektoratet i sin nye, nasjonal faglige retningslinje om ADHD, utgitt desember 2014, forstår ADHD, og hvilke konsekvenser denne framstillingen kan ha for samfunnet generelt, og for skolen spesielt.

Opgavens tittel er «Helsedirektoratets konstruksjon av ADHD: Kritisk diskursanalyse av den nye retningslinjen om ADHD», og problemstillingen lyder:

Hvilke diskurser om ADHD ligger til grunn for utarbeidelsen av nasjonal faglig retningslinje, og hvordan uttrykkes disse i den ferdige Retningslinjen?

Forskningsmetode: Jeg har valgt å rette et kritisk blikk på Helsedirektoratets framstilling av ADHD gjennom Norman Faircloughs analytiske verktøy for kritiske diskursanalyse. For bedre å få øye på diskursene i retningslinjen, har jeg valgt å gjøre en tekstanalyse av utkastet som var på høring, og med dette analysere høringsutkastets diskursive praksis. Med utgangspunkt i de identifiserte diskursene i dette dokumentet, har jeg analysert den nye retningslinjen for å vise hvordan Helsedirektoratet konstruerer ADHD. Ved videre å analysere retningslinjens sosiale praksis, har jeg satt funnene inn i en sosial kontekst og skissert hvilke mulige konsekvenser denne framstillingen av ADHD kan ha for samfunnet generelt, og skolen spesielt.

Hovedfunn: Gjennom analysene har jeg funnet at den medisinske diskursen i retningslinjen er den dominerende, med en forståelse av ADHD som et avvik i barnet eller ungdommen. Dette kommer til uttrykk blant annet gjennom årsaksforklaringer og gjentakelser av ord som pasient, pårørende, sykdom og lidelse. Ved bruk av et passivt språk med høy modalitet, er det den medisinske modellen som gjelder, selv om faktorer rundt barnet eller den unge beskrives som medvirkende til atferden som tolkes som symptomer på ADHD. Det biologiske avviket kommer først, mens det sosiale aspektet er sekundært.

Mens andre faggrupper, som fastleger og spesialisthelsetjenester, har graderte og styrende anbefalinger i retningslinjen, ivaretas ikke skolen på lik linje med disse, til tross for at fagpersoner i skolen er en av retningslinjens målgrupper. Skolens oppgave blir å oppdage barn som «viser symptomer på ADHD» og vurdere behov for videre utredning, og å tilrettelegge undervisning gjennom gamle kjente og forholdsvis allmenngyldige pedagogiske tiltak, skissert i et vedlegg basert på en masteroppgave og en artikkel uten fagfelleevaluering. Foruten mulige konsekvenser med ytterligere økt medisinerings av barn og unge med Helsedirektoratets konstituering av den medisinske forståelsen av ADHD, er jeg redd flere vil ønske barn og unge utredet for diagnosen, i stedet for at bedre pedagogiske og strukturelle tiltak i skolen iverksettes.

Forord

Gjennom mine år som lærer, spesialpedagog og spesialpedagogisk rådgiver i grunnskolen har jeg møtt mange elever med diagnosen ADHD, og snakket med flere lærere og foreldre som har ønsket barn og unge utredet fordi de har ment at «her er det noe som ikke stemmer; kan det være ADHD?». Jeg har undret meg over om det virkelig er så enkelt at det er elevene som er avvikende og derfor må behandles, eller om det er andre årsaker som kan ligge til grunn. Etter mange timer med nesen godt begravet i litteratur om ADHD, vet jeg at feltet ikke er så unyansert som jeg tidligere har opplevd det gjennom kollegaer og kjent litteratur på skoler, i spesialisthelsetjenesten, og via media. Det finnes kritikere som ikke legger skylden på barnet, og det finnes de som deler min nysgjerrighet rundt hva som kan være sosialt konstruert.

Takk til veileder Øyvind Kvello som støttet meg i min iver etter å rette et kritisk blikk på hvordan Norges høyeste fagdirektorat, Helsedirektoratet, konstruerer ADHD. Takk for faglige tilbakemeldinger, for svar på mail og tekstmeldinger, til og med i juleferien og årets første dag. Du har tilpasset deg mine ønsker og behov for tilbakemelding, og bidratt til at prosessen fram til ferdig masteroppgave har vært motiverende og overkommelig.

Takk til Høgskolen i Lillehammer som har oppfostret meg til å ha et kritisk blikk på språk og konstruksjoner av virkeligheten. Årene som masterstudent i spesialpedagogikk har vært utrolig interessante, og jeg håper for framtidige skoleelever og samfunnet forøvrig at HiL vil fortsette med å utfordre studentene sine til å rette blikket oppover og utover. Takk til mine medstudenter, takk til Egil Støfring og din fantastiske evne til å engasjere og stille spørsmål til refleksjon, og takk til Jenny Steinnes som virkelig åpnet mine øyne for språkets betydning.

Takk til Karianne for uvurderlige, faglige samtaler og støtte; på kafé, på jobb, hjemme hos hverandre eller pr. telefon. Takk til Mari for moralsk støtte og oppmuntring, ved å gi meg troen på at jeg kan få til dette. Nå skal jeg snakke (litt) mindre om ADHD når vi møtes. Takk!

Og ikke minst takk til familien min; Takk Bekke for korrekturlesing. Takk til mannen min som har hørt på og diskutert med meg, og tatt vare på barna når jeg har vært i masterboblen. Okkupasjonen av stua med bøker og pc er over! Takk kjæreste Iben Louise og Noel Christopher som har vært så tålmodige når mamma har skrevet på oppgaven; de gode kosene og tullingen inniblant har hjulpet meg videre. Nå er mamma ferdig, og selv om det har vært en spennende reise i ADHD-land, er jeg glad for å kunne være mer tilstede i deres verden. Takk!

Gitte Sehm-Larsen, Trondheim, januar 2015.

INNHALDSFORTEGNELSE

Oversikt figurer	vii
Oversikt tabeller	viii
1. Innledning	1
1.1 Introduksjon til temaet	1
1.1.1 En samfunnsmessig og pedagogisk interesse for ADHD	1
1.1.2 Personlig motivasjon for valg av tema	2
1.2 Forskningsdesign, teoretiske perspektiver og problemstilling.....	4
1.2.1 Kritisk diskursanalyse.....	4
1.2.2 Sosialkonstruktivisme.....	4
1.2.3 Hvorfor Høringsutkastet og Retningslinjen?	4
1.2.4 Problemstilling og forskningsspørsmål	5
1.3 Oppgavens oppbygging og avgrensning	5
1.3.1 Avgrensninger	6
2. Teoretisk og metodisk tilnærming	7
2.1 Et diskursanalytisk perspektiv	8
2.1.1 Innenfor det sosialkonstruktivistiske forskningsparadigmet	8
2.1.2 Ulike diskursanalytiske tilnærminger	11
2.2 Kritisk diskursanalyse	12
2.2.1 Hva er diskurs?	12
2.2.2 Hvorfor kritisk diskursanalyse?	13
2.2.3 Tekst i kritisk diskursanalyse	14
2.3 Kommunikativ begivenhet.....	14
2.3.1 Faircloughs tredimensjonale modell.....	14
2.4 Diskursordenen	19
2.5 Utvalg av tekst	20

2.6 Forskerrollen	21
2.7 Kvalitetskriterier	23
3. Relevant teori og forskning rundt ADHD	25
3.1 ADHD i et historisk perspektiv	26
3.1.1 Oppdagelse eller oppfinnelse?	27
3.1.2 Sentrale utviklingstrekk	28
3.1.3 Utvikling av diagnosekriteriene	30
3.2 ADHD i dagens samfunn	33
3.2.1 Påvirket utenifra?	34
3.2.2 Statistisk oversikt i Norge	35
3.2.3 Medikalisering av samfunnet	37
3.3 ADHD - et kontroversielt felt	38
3.3.1 Medisinsk forståelse av ADHD	38
3.3.2 Kritikk mot den rådende diskurs - ulike forklaringsmodeller	41
4. Analyse og drøfting	51
4.1 Utvalgte, observerbare fakta om Høringsutkastet	52
4.2 Analyse av kommunikative begivenheter i Høringsutkastet	52
4.2.1 Tekstanalyse - beskrivende del	52
4.2.2 Diskursiv praksis i Høringsutkastet – tolkende del	70
4.3 Diskurser i Høringsutkastet	81
4.3.1 Identifiserte diskurser i Høringsutkastet	81
4.3.2 Hoveddiskurs – hvordan konstrueres ADHD i Høringsutkastet?	82
4.4 Diskurser i Retningslinjen	83
4.4.1 Utvalgte, observerbare fakta om Retningslinjen	83
4.4.2 Analyse av Retningslinjen	84
4.5 Diskursorden	102
4.6 Konklusjon	102

4.6.1 Hvordan konstrueres ADHD i Høringsutkastet?	103
4.6.2 Hvordan konstrueres ADHD i den publiserte Retningslinjen?	104
4.6.3 Hvilke konsekvenser har Helsedirektoratets framstilling av ADHD?.....	105
5. Avsluttende refleksjoner	111
Litteratur.....	117
Oversikt over vedlegg	125
Vedlegg 1: Diagnosekriterier i ICD-10.....	126
Vedlegg 2: Diagnosekriterier i DSM-IV-R.....	127
Vedlegg 3: Diagnosekriterier i DSM-5	129
Vedlegg 4: Utvalg av Faircloughs verktøy for tekstanalyse	132
Vedlegg 5: Presentasjon av arbeidsgruppen bak Høringsutkastet og Retningslinjen.....	134
Vedlegg 6: Ordskyer av Høringsutkastet og Retningslinjen.....	136
Vedlegg 7: Retningslinjen i sosiale media.....	137

OVERSIKT FIGURER

Figur	Tittel	Side
Figur 1	Faircloughs tredimensjonale modell	15
Figur 2	Prosentvis forekomst av barn og unge fra 4-17 år med ADHD-diagnose i USA fordelt på stater	34
Figur 3	Antall ADHD-medisinerte barn og unge i % fra 0-19 år fordelt fylkesvis, pr. 2013.	36
Figur 4	Diagram over frekvensen av utvalgte begreper brukt i Høringsutkastets kapittel 7 «Tilpasset opplæring for elever med ADHD»	76
Figur 5	Ulike perspektivers samspill i det medisinske paradigmet	102
Figur 6	Ulike perspektivers samspill med fokus på hele barnet	107

OVERSIKT TABELLER

Tabell	Tittel	Side
Tabell 1	Oversikt over de ulike utgavene av DSM, med årstall, antall diagnoser og sidetall	32
Tabell 2	Brukere av ADHD-midler i Norge, tall fra 2004 og 2013	35
Tabell 3	Oversikt over tekstanalytisk fokus i Høringsutkastet	53
Tabell 4	Faircloughs oversikt over ordenes verdi	55
Tabell 5	Modalitetens ekspressive og relasjonelle verdi	63
Tabell 6	Eksempler på endringer gjort fra populærvitenskapelig artikkel til Høringsutkastets kapittel 7 «Tilpasset opplæring for elever med ADHD»	78

1. INNLEDNING

Innledningen til denne oppgaven er delt inn i tre avsnitt. I det første introduserer jeg temaet med sentrale problemstillinger, og min personlige motivasjon for valg av tema redegjøres for. I det andre avsnittet presenteres oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål, og tilnærmingen til disse. Det siste avsnittet beskriver oppgavens oppbygging og avgrensning.

1.1 INTRODUKSJON TIL TEMAET

ADHD er den hyppigst stilte diagnosen innenfor psykisk helsevern i Norge (Idås & Våpenstad, 2009). Selv om nøyaktige tall over antall diagnoser ikke er tilgjengelig for allmennheten¹, dokumenterer Reseptregisteret hvor mange brukere av ADHD-midler det er i landet. Økningen fra 2004 til 2013 har vært på 270 %², som tilsvarer i overkant av 34 000 brukere i 2013, hvorav halvparten er mellom 5-19 år (Folkehelseinstituttet, u.å.). Barn og unge med ADHD-diagnose topper mange statistikker som ingen ønsker å toppe (Idås, 2006). Blant annet inngår ADHD som en av de hyppigst forekommende diagnosene i kategorien 'nevroser og atferds- og personlighets-forstyrrelser', hvor 27,5 % av uføretrygdede fra 18-29 år har en slik diagnose (Lunde, 2013). Brukerorganisasjonen ADHD Norge argumenterer i et innspill til Regjeringen for at ADHD er et folkehelseproblem, og estimerer med en negativ livsløpsdifferanse på 15 millioner kroner pr. person som står utenfor arbeidslivet grunnet uførhet (ADHD Norge, 2014).

1.1.1 EN SAMFUNNSMESSIG OG PEDAGOGISK INTERESSE FOR ADHD

Diagnosen ADHD er et kjent begrep for folk flest i den vestlige verden, noe som muligens skyldes at en økende andel barn, unge og voksne får diagnosen (Hannås, 2010). I media diskuteres temaet fra tid til annen, blant annet med fokus på den økte bruken av sentralstimulerende midler i behandlingen. Enkelte mener at effekten av medikamentell behandling er god, med tall opp mot 75 % av barn med diagnosen som viser betydelig 'bedring' under utprøving av sentralstimulerende midler (Olsvold, 2012). Andre hevder at langtidseffekten av medisineringsen er betydelig mindre enn først antatt, og at de positive forandringene avtar etter 14 måneder (Idås & Våpenstad, 2009). Konsensususerklæringen om ADHD fra 2002 (Barkley et al.) argumenterer for diagnosens validitet, og peker på

¹ Foruten blant annet søknad til Norsk pasientregister <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/bestille-data/Documents/Retningslinjer-for-utlevering-av-data.pdf>

² I samme periode har befolkningsveksten vært på 10,6 %.

³ Høringsutkastet *AD/HD - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging: Rett diagnose*

neurobiologiske avvik hos personene med ADHD. Andre kritiserer dette synet, og i et svar på konsensuserklæringen, blir det hevdet det ikke finnes kognitive, metabolske eller nevrologiske markører for ADHD (Timimi et al., 2004). Uenighetene i fagmiljøene er store, og dermed er det store forskjeller i diskursene rundt ADHD.

I følge Nordahl og Hausstätters rapport om situasjoner til elever med særskilte behov for opplæring i grunnskolen, kommer gruppen med ADHD-diagnose spesielt dårlig ut, med lave skolefaglige prestasjoner, lav sosial kompetanse, og dårlig trivsel (2009, s. 95).

Barn og unge med, eller under utredning for, en ADHD-diagnose, trenger tilpasninger i ulik grad. Noen følger det ordinære utdanningsløpet uten ytterligere tilrettelegginger, mens andre har vedtak om spesialundervisning (jf. Opplæringsloven, 1998, § 5-1). Andelen elever med spesialundervisning varierer, og det ser ut til å ha sammenheng med den generelle kvaliteten på undervisningen (Nordahl & Hausstätter, 2009). Det er ingen vilkår i Opplæringsloven om at det må foreligge bestemte årsaker til det mangelfulle læringsutbyttet for at eleven har krav på spesialundervisning, men det handler om hvorvidt eleven har, eller ikke har eller kan få, tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet. Hvordan elevens vansker forstås, og hvordan vurderingen om hvorvidt utbyttet til eleven er tilfredsstillende, avhenger blant annet av om synet på vansken er grunnet biologiske avvik eller om de er politisk og sosialt konstruert (Nordahl & Hausstätter, 2009). Å undersøke hvorfor vi har den forståelsen vi har og hvordan denne forståelsen blir brakt videre, er interessant for å forstå dette.

1.1.2 PERSONLIG MOTIVASJON FOR VALG AV TEMA

Etter over 10 år i skolen, som kontaktlærer, spesialpedagog, og som spesialpedagogisk rådgiver, har jeg følgelig arbeidet med mange elever fra 1. til 10. trinn med diagnosen ADHD. I tillegg opplever jeg at flere foreldre og lærere ønsker barn og ungdom utredet for diagnosen. I litteratur tilgjengelig på skoler og studier, og i møte med spesialisthelsetjenesten i utredning og behandling av elever, har jeg fått en oppfattelse av ADHD tilnærmet lik den medisinske forståelsen skissert i konsensuserklæringen. Den medisinske diskursen har vært den rådende, og dermed farget mitt syn på både diagnosen, behandling og oppfølging.

Som spesialpedagogisk rådgiver har jeg deltatt på dagskurs med foreldre til barn og ungdom med ADHD-diagnose i regi av barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, med blant annet informasjon om hva ADHD 'er'. Min interesse for feltet ble for alvor vekket da et svært unyansert bilde av årsakene bak 'lidelsen' ble presentert av en overlege, i tillegg til en foreldres hyllest til medisineringen av sitt barn under dette dagskurset. Jeg undret meg over

om løsningen virkelig er så enkel som det høres ut, i den grad det er enkelt å gi barn amfetaminlignende preparater. Kan vi være helt sikre på at atferden som elevene viser er 'symptomer på ADHD', og hvis ikke; er det etisk forsvarlig å sette merkelappen ADHD på disse barna, og kanskje til og med medisinere dem?

Etter noen år som kontaktlærer ønsket jeg å tilegne meg mer kunnskap innenfor det spesialpedagogiske feltet. Jeg opplevde at flere elever falt utenfor den inkluderende skolen og trengte spesialpedagogisk hjelp, og jeg så at skolen representerte en snever normalitetsforståelse. Er det ikke noe jeg som klasseleder kan gjøre for å utvide klasserommets pedagogikk og didaktikk, slik at det er plass til alle? Å medisinere barn og unge for deres 'symptomer på ADHD', ble for meg det motsatte av å utvide normalitetsbegrepet; vi gir elevene medisiner slik at de kan sitte i ro og ha en atferd som aksepteres av omgivelsene, i stedet for å tilpasse og utvide fellesskapet for alle.

Etter dagskurset om ADHD, ble jeg nysgjerrig på hvem eller hva det er som avgjør hvilke stemmer om ADHD som skal høres, og hvilke som ekskluderes. Hvem har bestemt at det er den biologisk og medisinske forståelsen av ADHD som er den «rette»? Helsedirektoratet, som er Norges øverste fagdirektorat og myndighetsorgan styrt og Helse- og omsorgsdepartementet, ga ut en veileder om ADHD i 2005, sist revidert i 2007 (Sh.dir., 2007). I søk etter aktuelle rapporter, artikler og forskning om ADHD fant jeg høringsutkastet til en ny retningslinje om ADHD, som etter planen skulle publiseres høsten 2014. Jeg bestemte meg for å undersøke hvilke diskurser om ADHD som ble presentert i disse dokumentene. Kanskje ville jeg få innsikt i prosessene bak et slikt tungtveiende dokument, hvor omtalen av ADHD vil være avgjørende for hvordan blant annet spesialisthelsetjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), foreldre, barn og ungdom med diagnosen, og spesielt interessant for meg; hvordan pedagoger og spesialpedagoger oppfatter ADHD. Kan framstillingen av ADHD i denne retningslinjen ha konsekvenser for samfunnet generelt, og skolen spesielt?

1.2 FORSKNINGSDESIGN, TEORETISKE PERSPEKTIVER OG PROBLEMSTILLING

Som tittelen på oppgaven, «Helsedirektoratets konstruksjon av ADHD: Kritisk diskursanalyse av den nye retningslinjen om ADHD» antyder, er et av hovedformålene å undersøke hvordan ADHD framstilles eller konstrueres i Helsedirektoratets nye nasjonal faglige retningslinje om ADHD. Med dette følger en analyse av dokumenter, og valget i forskningsdesign falt på diskursanalyse for å «... kaste lys over de forutsetningene og betingelsene som alltid er en del av politiske praksiser» (Neumann, 2001, s.15).

1.2.1 KRITISK DISKURSANALYSE

De ulike formene for diskursanalyse deler målsetningen om å gjøre en «kritisk forskning» ved å utforske og kartlegge maktrelasjoner i samfunnet (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Diskursanalyse kan egne seg godt for å studere situasjoner hvor en gitt maktrelasjon opprettholdes (Neumann, 2001). Kritisk diskursanalyse som metode og teori sikter mot å stille seg på den sosialt undertrykte side (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 76). Metodikken kan anvendes på et hvert sosialt problem med et diskursivt aspekt, og Helsedirektoratet, som med sin posisjon innehar autoritet og makt, vil med sin framstilling av ADHD ha stor betydning for samfunnet generelt, og skolen spesielt.

1.2.2 SOSIALKONSTRUKTIVISME

Selv om kritisk diskursanalyse kan brukes på mange ulike områder, kan den ikke settes inn i hvilken som helst teoretisk ramme (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Det er en premiss for diskursanalyse at språket spiller en viktig rolle i den sosiale konstruksjonen av verden. Innenfor sosialkonstruktivismen eksisterer det en kritisk grunnholdning til at alt vi tar for gitt i måten vi kategoriserer verden på for å forstå den bedre, ikke nødvendigvis refereres til reelle skiller (Burr, 2003). I et sosialkonstruktivistisk paradigme er ADHD en sosialt konstruert kategori, på linje med konstruksjonen av normalitet og avvik.

1.2.3 HVORFOR HØRINGSUTKASTET OG RETNINGSLINJEN?

I påvente av publiseringen av retningslinjen *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse- nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging: Rett diagnose – individuell behandling* (Helsedirektoratet, 2014a, heretter omtalt som Retningslinjen), studerte jeg høringsutkastet til retningslinjen³ (heretter omtalt som Høringsutkastet) for å danne meg et bilde av dokumentet som ville komme. Med analyseverktøyer som brukes i kritisk

³ Høringsutkastet *AD/HD - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging: Rett diagnose - individuell behandling* (Helsedirektoratet, 29.02.2012) har vært å finne på nett, men er nå fjernet.

diskursanalyse nylig studert, ble det naturlig å anvende dette i mitt nysgjerrige blikk på Høringsutkastet. Jo mer jeg studerte Høringsutkastet, dess flere interessante elementer kom til syne. Dokumentet som arbeidsgruppen hadde lagt til grunn før 58 hørings svar og revidering før den endelige Retningslinjen forelå, hadde det som jeg vil benevne som en «upolert råskap» over seg. Gjennom mine øyne viste dette «utilslørte» tekstdokumentet, Retningslinjens pionertekst (Neumann, 2001, s. 54), hva tekstforfatterne ønsket å formidle om ADHD, før en pyntet og forfinet utgave av en ny nasjonal retningslinje lå for hånden for et publikum.

1.2.4 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Med utgangspunktet beskrevet over har jeg valgt å gjøre en kritisk diskursanalyse av Høringsutkastet og Retningslinjen, for av nærme meg Helsedirektoratets konstruksjon av ADHD.

Oppgavens problemstilling lyder:

Hvilke diskurser om ADHD ligger til grunn for utarbeidelsen av nasjonal faglig retningslinje, og hvordan uttrykkes disse i den ferdige Retningslinjen?

Denne problemstillingen vil jeg se nærmere på ved hjelp av følgende forsknings spørsmål:

- (1) Hvordan konstrueres ADHD i Høringsutkastet?
- (2) Hvordan konstrueres ADHD i den publiserte Retningslinjen?
- (3) Hvilke konsekvenser har denne framstillingen av ADHD for samfunnet generelt, og skolen spesielt?

1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING OG AVGRENSNING

Kapittel 2, «Teoretisk og metodisk tilnærming» gjør rede for hvordan jeg har gått fram for å besvare problemstillingen. Kritiske diskursanalyse beskrives som både teori og metode, og impliserer en sosialkonstruktivistisk tilnærming som utdypes i kapittelet. Jeg vil presentere Norman Faircloughs analytiske rammeverk, den tredimensjonale modellen, som jeg bruker for å analysere tekstmaterialet i oppgavens kapittel 4.

I kapittel 3, «Relevant teori og forskning rundt ADHD», presenterer jeg ADHD i et historisk perspektiv, for deretter å se på ADHD i dagens samfunn. Som vist over, er ADHD et kontroversielt felt, og jeg presenterer ulike forståelser av ADHD i dette kapittelet.

Kapittel 4, «Analyse og drøfting», er oppgavens hoveddel. Her presenterer jeg Høringsutkastet, før jeg analyserer dette med fokus på tekst gjennom vokabular, grammatikk og tekststruktur. Deretter vil jeg analysere Høringsutkastets diskursive praksis ved å se på produksjon, intertekstualitet og interdiskursivitet, og ønsker med dette å identifisere ulike diskurser i Høringsutkastet. Med en abduktiv tilnærming, vil jeg på bakgrunn av det jeg finner i Høringsutkastet som analysekategorier, lete i den publiserte Retningslinjen etter eksempler i teksten på diskurser som også der gjør seg gjeldende. For å undersøke hvilken rolle den diskursive praksisen spiller i opprettholdelsen av ulike maktforhold i diskursordenen ADHD, analyserer jeg Retningslinjens sosiale praksis for å utpeke hvilke potensielle konsekvenser Helsedirektoratets framstilling av ADHD kan få. I kapittelets siste avsnitt samler jeg trådene og sammenfatter funnene med å besvare forskningsspørsmålene, og med dette belyse oppgavens problemstilling.

Oppgaven oppsummeres i kapittel 5, «Avsluttende refleksjoner», Der vil jeg vil legge frem refleksjoner jeg har gjort undervegs, og se på muligheter for videre forskning.

1.3.1 AVGRENSNINGER

Det empiriske materialet for denne oppgaven er omfattende, med Høringsutkastet og Retningslinjen på henholdsvis 64 og 96 sider. Analyseverktøyene som presenteres i Faircloughs litteratur er mange og detaljerte, og på grunn av oppgavens omfang, har det vært nødvendig å avgrense både analysematerialet og hvilke aspekter av kritisk diskursanalyse jeg har fokus på. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i de deler av Høringsutkastet og Retningslinjen som omhandler barn og ungdom, fordi dette er mest relevant for meg som (spesial)pedagog i grunnskolen. Metodisk sett har jeg tatt utgangspunkt i Faircloughs tredimensjonale modell for analyse av kommunikative begivenheter, med størst fokus rettet mot analyse av tekst og diskursiv praksis i Høringsutkastet. I Retningslinjen har jeg lett etter diskurser med utgangspunkt i dem jeg har funnet i Høringsutkastet, og deretter analysert sosiale praksis, for å nærme meg en konklusjon på problemstillingen ved hjelp av forskningsspørsmålene. Jeg utdyper avgrensningene for de tekstanalytiske valgene jeg har gjort i avsnitt 4.2.

2. TEORETISK OG METODISK TILNÆRMING

Jeg har i kapittel 1 redegjort for *hva* denne studien handler om, og *hvorfor* jeg har valgt dette temaet. I følgende kapittel vil jeg definere mitt vitenskapelige ståsted, og greie ut om *hvordan* jeg har gått fram for å besvare problemstillingen min. Når jeg ønsker å undersøke hvilke diskurser om ADHD som ligger til grunn for utarbeidelsen av nasjonal faglig retningslinje, og hvordan disse diskursene uttrykkes i Retningslinjen, blir forskningsmetoden følgelig dokumentanalyse.

Gjennom dokumenter får vi tilgang til noe historisk eller sosialt som tilhører fortiden, eller sosiale rom i nåtiden (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Retningslinjen, som ble publisert 3.12.2014, kan si noe om hvordan Helsedirektoratet konstruerer ADHD, og gi en indikator på hvordan den rådende nåtidige samfunnsdiskurs om ADHD er. Forfatterne bak Retningslinjen (se vedlegg 5) er antagelig kjent med tanken om at etterfølgere kan komme til å granske dokumentet, og kan ha valgt formuleringer som tildekker omstridte og kontroversielle aspekter ved teksten. Retningslinjen bør derfor ikke leses som om det direkte avspeiler virkeligheten. Ved å se på Høringsutkastet vil jeg derimot kunne komme nærmere bakgrunnen for diskursene som eksisterer i Retningslinjen. Jeg vil dermed kunne se på det som et innspill til, eller et forsøk på å feste, en bestemt virkelighetsdefinisjon avgitt under bestemte betingelser (Dahler-Larsen, 2005, s. 236–237).

Denne analysen er inspirert av det sosialkonstruktivistiske og til dels det poststrukturalistiske paradigmet, hvor fokuset er på at dokumenter ikke avspeiler en sannhet eller virkelighet, men at dokumentet genererer mange betydninger, avhengig av hvem som leser dokumentet (Järvinen & Mik-Meyer, 2005).

«Analyse af tekster og dokumenter udgør en central metode i kvalitativ og kvantitativ forskning» (Phillips & Schrøder, 2005, s. 275). Begge metodene deler en felles «interesse i teksters indhold, og i hvordan indholdet kan påvirke læserne og det samfund eller felt, som repræsenteres i teksterne» (Phillips & Schrøder, 2005, s. 275). Dokumentanalysen ses i denne sammenheng som en kvalitativ forskningsmetode, og jeg har valgt å bruke en diskursanalytisk tilnærming. Analysen av Høringsutkastet har som mål å identifisere hvilke diskurser som ligger til grunn for utarbeidelsen av Retningslinjen, og dermed undersøke hvordan disse diskursene uttrykkes i den publiserte Retningslinjen.

2.1 ET DISKURSANALYTISK PERSPEKTIV

Diskursanalyse er et teoretisk perspektiv der metoden ligger implisitt i teorien. Det er ikke bare metoder til dataanalyse, men et teoretisk og metodisk hele (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 12). Pakken, som Winther Jørgensen og Phillips omtaler diskursanalyse som, inneholder filosofiske premisser, teoretiske modeller, metodologiske retningslinjer og spesifikke analyseteknikker (1999). Av de filosofiske premissene, står sosial konstruksjon som et nøkkelement (Phillips & Schrøder, 2005). I det følgende vil jeg derfor gjøre rede for diskursanalysens sosialkonstruktivistiske forankring for å danne et vitenskapelig bakteppe⁴.

2.1.1 INNENFOR DET SOSIALKONSTRUKTIVISTISKE FORSKNINGSPARADIGMET

Winther Jørgensen og Phillips (1999) henviser til Vivian Burrs karakteristikkk av sosialkonstruktivismen⁵. Selv om det ifølge Burr (2003) er vanskelig å gi én karakteristikkk som dekker alle sosialkonstruktivistiske tilganger, lister hun likevel opp fire premisser som binder feltet sammen:

1. EN KRITISK HOLDNING TIL KUNNSKAP SOM VI TAR FOR GITT

Sosialkonstruktivistiske tilnærminger kjennetegnes ved at en forholder seg kritisk til selvfølgelig kunnskap. Mennesker kategoriserer verden, og dermed er den verden vi oppfatter ikke speilbilder av virkeligheten. Det er med andre ord ikke noe som tilsier at vår oppfattelse av verden kan betraktes som en objektiv sannhet, og objektiv kunnskap finnes ikke (Burr, 2003; Lysgård, 2001; Winther Jørgensen & Phillips, 1999).

2. HISTORISK OG KULTURELL SPESIFISITET

Den vanligste måten å forstå verden på, kategoriene og konseptene vi bruker, er historisk og kulturelt preget, og vår oppfattelse er avhengig av hvor i verden vi lever, og til hvilken tidsalder (Burr, 2003, s. 3-4). All vår forståelse er altså historisk og kulturelt relativ. Det vi produserer av kunnskap kan umulig «... peke tilbake på en universell, objektiv og verdifri sannhet» (Lysgård, 2001, s. 3). Dette synet kan tolkes til å være antiessensialistisk, hvor den sosiale verden, inkludert oss som mennesker, er produkter av sosiale prosesser, og det finnes derfor ikke en gitt, forutbestemt, ekte, indre essens i verden eller mennesket (Burr, 2003; Lysgård, 2001; Winther Jørgensen & Phillips, 1999).

⁴ I tillegg vil det sosialkonstruktivistiske paradigmet vil spille en viktig rolle i diskusjonen rundt konstrueringen av ADHD-diagnosen (kapittel 3).

⁵ Burr bruker sosial konstruksjonisme i stedet for konstruktivisme. Det samme gjør Winther Jørgensen og Phillips for å ikke blande med Piagets konstruktivistiske teori (1999 s. 13) Jeg velger å bruke sosialkonstruktivisme konsekvent gjennom hele oppgaven

3. SAMMENHENG MELLOM KUNNSKAP OG SOSIALE PROSESSER

Vivian Burr stiller spørsmål om hvor vår viten om verden kommer fra, hvis den ikke er avledet fra den naturlige verden slik den egentlig er (2003, s. 4). «The social constructionist answer is that people construct it between them» (Burr, 2003, s. 4). Kunnskap skapes og opprettholdes i sosial interaksjon og sosiale prosesser, og vi konstruerer felles sannheter gjennom disse (Lysgård, 2001, s. 4). «Therefore, social interaction of all kinds, and particularly language, is of great interest to social constructionists» (Burr, 2003, s. 4).

4. SAMMENHENG MELLOM KUNNSKAP OG SOSIAL HANDLING

Vi kan snakke om en rekke mulige sosiale konstruksjoner av verden og verdensbilder, og hver konstruksjon fører til ulike sosiale handlinger. «Den sociale konstruktion av viden og sandhed får dermed konkrete sociale konsekvenser» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 14), i form av handlinger og handlingers utfall.

2.1.1.1 POSTSTRUKTURALISTISK RELEVANS

Sosialkonstruktivistiske nøkkelpremisser har røtter til blant annet poststrukturalistisk teori (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Poststrukturalisme ser på språk som den viktigste siden av konstruksjonen av mennesket; personen du er med dine opplevelser, din identitet, og din personlighet, er alle effekter av språket (Burr, 2003, s. 53). Ikke alle diskursanalytikere bekjenner seg til poststrukturalismen⁶, men den ene av de tre tilnærmingene til diskursanalyse (se avsnitt 2.1.2), Ernesto Laclau og Chantal Mouffes diskursteori, tar utgangspunkt i det poststrukturalistiske poeng at diskurs konstruerer den sosiale verden i betydning, og at betydning derfor ikke kan være fastlåst på grunn av språkets skiftende natur (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 15).

Gjennom at mennesker antas å være inkonsistente, og at språket ikke ses på som noe som reflekterer ytre og indre tilstander, viser diskursanalyse en viss likhet med poststrukturalismen (PS) ifølge Alvesson og Sköldbberg (2008). Diskursanalyse «... skiljer sig från PS huvudsakeligen genom att det är en empirisk och systematisk forskningsansats som undvikler det ibland ganska så mångordiga filosoferandet som kännetgner PS» (Alvesson & Sköldbberg, 2008, s. 459).

⁶ En viktig forskjell mellom Fairclough og poststrukturalistisk diskursteori, er at i Faircloughs kritiske diskursanalyse er diskurs ikke bare konstituerende, men også konstituert. En annen forskjell er at i motsetning til tendensen i poststrukturalisme, framhevet Fairclough at man også kan lage systematiske analyser av taler og skriftspråk i for eksempel massemediene eller gjennom intervju (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 77).

Med et sosialkonstruksjonistisk bakteppe som ståsted, og med en fot innenfor det poststrukturalistiske forskningsparadigmet, innebærer dette for min forståelse at ikke noe er gitt; «... verkeligheten är just *socialt konstruerad*» (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 81). Dette inkluderer følgelig også ulike diagnoser, som ADHD.

2.1.1.2 DEN ALETISKE HERMENEUTISKE SIRKEL

Man kan ikke skille konstruktivisme fra fenomenologi og hermeneutikk på en absolutt måte. I blant har også hermeneutikk blitt assosiert med sosialkonstruktivisme (Alvesson & Sköldberg, 2008). Det dreier seg om man ser på analyseobjektet som en mer eller mindre stabil størrelse, eller om det ansees pr. definisjon som «... et flydende, ustabilt og flertydige fænomen, som bliver formet i mødet med forskeren» (Järvinen & Mik-Meyer, 2005, s. 9). Selv om det fra vitenskapelig ståsted trekker meg mot antagelsen om at analyseobjektet, Høringsutkastet og Retningslinjen, er nettopp flertydige fenomener som skapes i møtet med meg som leser, velger jeg å ha med kort avsnitt om hermeneutikken, med fokus på den hermeneutiske sirkel.

Et av hovedtemaene for hermeneutikken er «... at *meningen hos en del endast kan förstås om den sätts i samband med helheten*» (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 193). Helheten består i deler, og helheten kan ikke forstås uten disse. En må derfor begynne på et punkt, dra det opp til helheten, og alternere mellom del og helhet; den objektiverende hermeneutiske sirkel. Kanskje enda mer relevant for min studie, er den aletiske hermeneutikken⁷ hvor sirkelen går fra forforståelse til forståelse. Vi setter oss i dialogsituasjon med teksten; vi må lytte til den, og vi må lære oss å sette spørsmålsteget ved den (Alvesson & Sköldberg, 2008). «Vi frågar, undersöker svaret noga, vrider och vänder på det, noterar dess ofullkomligheter - och ställer samme fråga igjen på den nye kunnskapsnivå som framkommit genom så vel svarets positiva tilskott som dess ofullkomligheter» (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 248). En sentral grunntanke i hermeneutikken er at den som fortolker en tekst gjør det ut fra sine forutsetninger, og det blir viktig i min studie å være bevisst mine forforståelser, preferanser, verdier og eventuelle fordommer, og kjennskap til for eksempel de ulike diskursene rundt ADHD (se avsnitt 3.3).

I den aletiske hermeneutikken går en ut fra at det ligger noe skjult bak teksten; et grunnleggende spørsmål. I hver tekst, altså også Høringsutkastet og Retningslinjen, er det «... mycket underförstått, utsagt, och alt detta utsagda i själva verket är det viktigaste som

⁷ Aletisk kommer fra gresk (aletheia) og betyr å åpenbare noe skjult. (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 200).

förmedlas, inte vad öppet utsägs» (Alvesson & Sköldbberg, 2008). Kan diskursanalyse bidra til å finne dette usagte i Retningslinjen?

2.1.2 ULIKE DISKURSANALYTISKE TILNÆRMINGER

Diskursanalyse kan anvendes på ulike tekster, fra muntlige tekster som i klasseroms-kommunikasjon og politiske taler, til skriftlige dokumenter som stillingsannonser og offentlige dokumenter. De ulike analysene har til felles at de «... undersøker menneskeskapt kommunikative fenomener som dannes i forskjellige sosiale sammenhenger ... [gjennom å] kombinere analyser av ytringer, tekster og kommunikative handlinger med analyser av kulturen og samfunnet» (Hitching & Veum, 2011, s. 11). Tekst og samfunn påvirker hverandre gjensidig, dermed virker all tekst inn på hvordan vi forstår ulike fenomener. I denne studien vil jeg se på hvilken måte Retningslinjen virker inn på hvordan vi oppfatter fenomenet ADHD, og barn og unge med denne diagnosen.

Winther Jørgensen og Phillips (1999) presenterer tre ulike tilganger til diskursanalyse som alle deler synet om at måten vi omtaler fenomener på, spiller en aktiv rolle i å skape og forandre vår omverden, våre identiteter og sosiale relasjoner (s. 9). Disse tilgangene er Laclau og Mouffes diskursteori, diskurspsykologi, og kritisk diskursanalyse, som alle anses å være godt egnet som teorier og metoder i forskning innen kommunikasjon, kultur og samfunn (Winther Jørgensen & Phillips, 1999).

Laclau og Mouffes foretok en teoretisk bevegelse fra strukturalismen mot blant annet Foucault (her fra Neumann, 2001). Deres diskursteori «... sigter mod en forståelse af det sociale som en diskursiv konstruktion, hvor alle sociale fænomener i princippet kan analyseres med diskursanalytiske redskaber» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 34). Det analytiske fokus er på den diskursive konstitueringen av samfunnet (Lysgård, 2001), og trekker som vi har sett tidligere på poststrukturalismen.

Diskurspsykologien ser tekster og talt språk som konstruksjoner av verden, og det fremheves at en skal betrakte påstander om psykologiske tilstander som sosiale aktiviteter. Diskurspsykologien skiller seg fra den kognitive psykologien som forklarer holdninger og handlinger utfra underliggende sinnstilstander eller mentale prosesser, ved å argumentere for den sosiale konstruksjonen av holdninger, sosiale grupper og identiteter (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 106–112). Det analytiske fokuset er på menneskers konkrete hverdagspraksis, og formålet er å studere «... hvordan mennesket strategisk bruker diskurser for å framstille seg selv og verden på bestemte, fordelaktige måter i sosial interaksjon, og hvilke konsekvenser dette får for samfunnet» (Lysgård, 2001, s. 11).

Kritisk diskursanalyse er en konkret lingvistisk tekstanalyse av språkbruk i sosial interaksjon, og har et politisk utgangspunkt og formål, med ønske om «... å bidra til sosial endring i retning mot mer likhet i maktforhold i kommunikasjonsprosesser og samfunnet som helhet» (Lysgård, 2001, s. 11). Norman Fairclough er den sentrale teoretikeren, og det er han og hans tredimensjonale modell som vil være utgangspunkt for min analyse av Høringsutkastet og Retningslinjen.

2.2 KRITISK DISKURSANALYSE

Som navnet tilsier, har kritisk diskursanalyse til hensikt å være kritisk gjennom å påvise ulike maktrelasjoner, og eventuelt til å bidra med å utjevne disse maktrelasjonene (Phillips & Schrøder, 2005). For å forstå hvordan makt gjennomsyrrer metodediskursen (Neumann, 2001, s. 15), er det nødvendig med en forståelse for hva egentlig diskurs er.

2.2.1 HVA ER DISKURS?

Neumann viser til flere definisjoner av begrepet. Han trekker på strukturalismen når han skriver at «Diskursanalyse dreier seg blant annet om å studere mening, og den studerer mening der den oppstår, nemlig i sproget selv» (2001, s. 18). Definisjoner vil følgelig skifte med tid og rom (Neumann, 2001), så å finne en definisjon som er gjeldende i alle tider og kontekster vil være vanskelig.

Den første utgaven av boken *Critical discourse analysis. The critical study of language* (1995), samler Faircloughs arbeid på kritiske diskursanalyse fra 1983-1992, og i denne presenterer han sitt syn på diskursbegrepet; «My view is that ‘discourse’ is use of language seen as a form of social practice, and discourse analysis is analysis of how texts work with sociocultural practice» (s. 7). I en senere samleutgivelse av hans tekster, beskriver han bruk av begrepet diskurs «... der lingvister normalt har skrevet om ‘språkbrug’, ‘parole’ eller ‘performance’» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 15). Han anser språkbruk for å være en form for sosial praksis, når han bruker diskursbegrepet;

For det første implicerer det, at diskurs både er en måte at handle på, en form, hvori folk kan agere i forhold til verden og særlig til hinanden, og en måte at repræsentere verden på. ... For det andet indebærer det, at der er et dialektisk⁸ forhold mellem diskurs og sociale strukturer og mere generelt mellem sociale praksisser og sociale strukturer: Sistnævnte er både en betingelse for og en effekt af førstnævnte (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 17).

⁸ Dialektikk, metode som gjennom samtale – spørsmål og svar, bevis og motbevis, argument og motargument – søker å bestemme begrepenes innhold eller, mer allment, trengte inn i et problem (Tranøy, 2012).

Videre utdyper Fairclough at «Diskurs bidrager til konstitueringen af alle de dimensioner af sociale strukturer, som direkte eller indirekte former eller begrenser diskursen: diskursenes egne normer og konventioner så vel som de relationer, identiteter og institutioner, som ligger bag dem» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 17).

Phillips og Schrøder (2005) tredeler også Faircloughs definisjoner av diskursbegrepet; 1) diskurs som diskursive praksiser, dvs. språkbruk som sosial praksis der språkbruk ikke kun avspeiler andre praksiser, men er en konstituerende del av enhver sosial praksis, 2) diskurs som språk som brukes innenfor et spesifikt sosialt felt eller domene, og 3) diskurs som en bestemt måte å snakke på ut fra et bestemt perspektiv (Phillips & Schrøder, 2005, s. 280). Sammenfattet skriver Phillips og Schrøder at «Diskurser udgør kulturelt spesifikke måder at give betydning til verden eller aspekter af verden på, det gør andre måder at udlægge verden på mindre plausible og naturlige eller helt udelukker dem (2005, s. 277). Enda enklere uttrykker Winther Jørgensen og Phillips diskursbegrepet: «... diskurs er en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på (1999, s. 9).

Med *kritisk* i kritisk diskursanalyse, peker Fairclough på det som er feil i et samfunn, en institusjon eller en organisasjon med mer, og hvordan feil kan bli rettere eller redusert (Fairclough, 2010). Kritisk forskning og teori er en forkastelse av naturalisme, rasjonalitet, nøytralitet og individualisme (Rogers, 2004, s. 3). Kritikk er forankret i verdier, spesielt synet på det gode samfunn og på menneskelig vekst og velvære, på grunnlag av hvordan det evaluerer eksisterende samfunn og mulige måter å endre dem på. Kritikk vurderer det som eksisterer, hva som kan eksistere og hva som bør eksistere på grunnlag av et sammenhengende sett av verdier (Fairclough, 2010, s. 7, min oversettelse).

2.2.2 HVORFOR KRITISK DISKURSANALYSE?

Fairclough skriver at målet med kritisk diskursanalyse er å få «... lingvistisk orientert diskursanalyse til å spille sammen med en sosial og politisk tenkning, som er relevant for diskurs og sprog, i form af en analyseramme, som vil kunne anvendes i samfundsvidenskabelig forskning og særligt i studiet av social forandring» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 15). Kritisk diskursanalyse handler om hvordan man kan bruke diskursbegrepet til å analysere det sosiale og det politiske (Fairclough & Halskov Jensen, 2008), og «... har som ambisjon å beskrive, forklare og kritisere språkbruk som tilslører eller dekker over problematiske samfunnsforhold» (Grue, 2011a, s. 112). Hensikten er altså ikke å identifisere en virkelighet bak diskursen, men å få øye på diskursen og hvordan den virker. «Diskurs bidrager til at konstruere: sociale identiteter, sociale relasjoner, og viden- og

betydningssystemer» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 79). Analyseresultatene av tekster og dokumenter forslår Fairclough blir anvendt i samfunnet utenfor forskerverdenen, gjennom kritisk språkbevissthet for å gjøre folk mer oppmerksomme på rammene som begrenser deres språkbruk og dermed deres handlingsrom (Fairclough, her fra Phillips & Schrøder, 2005, s. 296). Kritisk diskursanalyse tar sikte på å produsere tolkninger og forklaringer på områder av samfunnslivet som både identifiserer årsakene til sosial urett og produserer kunnskap som kunne (i de rette forholdene) bidra til å rette eller dempe dem (Fairclough, 2010). Med min problemstilling vurderer jeg kritisk diskursanalyse som en metodisk fremgangsmåte som vil være hensiktsmessig å bruke.

2.2.3 TEKST I KRITISK DISKURSANALYSE

Tekstanalyse innenfor kritisk diskursanalyse utgjør en integrert del av forskningen, som sikter mot å være kritisk gjennom å påvise og bidra til utligning av mulige maktrelasjoner (Fairclough, 2003). Formålet med tekstanalyse er å bringe fram detaljert kunnskap om hva som skjer når folk snakker og skriver (Phillips & Schrøder, 2005, s. 277–278).

Det empiriske grunnlaget for denne oppgaven er Høringsutkastet til Retningslinjen, og den publiserte Retningslinjen. Helt enkelt beskrevet er begge disse dokumentene tekst som bokstaver trykt på papir eller digitalt, men i diskursanalytisk sammenheng er tekstbegrepet mer komplekst. Winther Jørgensen og Phillips bruker betegnelsen «kommunikativ begivenhet», et tilfelle av språkbruk, som en av to dimensjoner som det fokuseres på når diskurser analyseres. Den andre dimensjonen er diskursordenen; summen av diskurser som brukes innenfor en sosial institusjon eller sosialt domene (1999, s. 79–80), og vil bli omtalt i avsnitt 2.4.

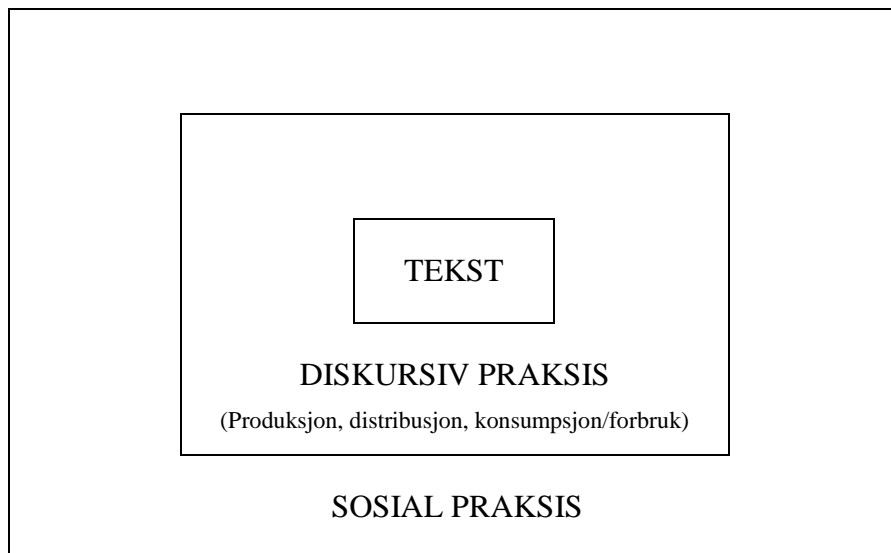
2.3 KOMMUNIKATIV BEGIVENHET

I følge Winther Jørgensen og Phillips (1999) er enhver form for språkbruk en kommunikativ begivenhet med tre dimensjoner; tekst, diskursiv praksis og sosial praksis. Det er dette som er kjent som Faircloughs tredimensjonale modell.

2.3.1 FAIRCLOUGHS TREDIMENSJONALE MODELL

Faircloughs tredimensjonale modell for kritisk diskursanalyse danner utgangspunkt for hele hans analytiske rammeverk. Språkbruken i tekster er helt klart viktig å analysere nærgående, men ikke uten å rette søkelyset mot også den sosiale sammenhengen teksten står i; konteksten. Han forklarer denne dialektikken mellom språk og sosial virkelighet gjennom en modell han

har utviklet; the three-dimensional conception of discourse / den tredimensjonale modellen for kritisk diskursanalyse, som egner seg til bruk for empirisk forskning i kommunikasjon og samfunn (Fairclough, 1992, 2001, 2003, 2010; Fairclough & Halskov Jensen, 2008; Grue, 2011b; Winther Jørgensen & Phillips, 1999).



Figur 1: Den tredimensjonale diskursmodellen (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 29)

Kritisk diskursanalyse av kommunikative begivenheter analyseres med Fairclough sin modell gjennom tre dimensjoner eller fasetter; tekst, diskursiv praksis og sosial praksis (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 124). Fairclough skiller disse nivåene for diskurs av analytiske hensyn, men i det sosiale liv henger disse dimensjonene sammen (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Tekster produseres og fortolkes under visse produksjonsbetingelser som igjen avhenger av samfunnsformen som omgir dem (Grue, 2011b, s. 119). Den delen av den diskursanalytiske prosedyren som handler om tekstanalyse, kan kalles den beskrivende delen, analyse av diskursiv praksis er den tolkende delen, mens analyse av sosial praksis, kalles fortolkning eller forklarende del (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 29).

2.3.1.1 TEKST – BESKRIVENDE DEL

Tekst ses på som både talt og skrevet språk, og den tekstuelle dimensjonen skal gi en analyse av tekstens lingvistiske oppbygning. Fairclough organiserer sin tekstanalyse på ulike måter, og jeg har valgt å ta utgangspunkt i kategoriene vokabular, grammatikk, og tekststruktur som han presenterer i boken *Language and Power* (Fairclough, 2001, se vedlegg 4).

Vokabular kan undersøkes på mange ulike måter. Fairclough mener begrepene ordvalg, leksikalisering og betydningsfastleggelse er bedre å bruke enn ordforråd, fordi de overnevnte begrepene impliserer prosesser hvor man gir betydning til verden (Fairclough & Halskov Jensen, 2008). Fokuset i analysen av vokabular er på alternative ordvalg og deres ideologiske

og politiske betydning, og hvordan bruken av disse er en del av den sosiale og politiske kamp (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 33–34), for eksempel reformuleringen fra aktiv til urolig eller omvendt, om en elev i skolen. Jeg vil bruke Faircloughs spørsmål til hjelp for å se på ordenes verdier i Høringsutkastets tre første kapitler, med fokus på ordenes erfaringsverdi, relasjonell verdi, og ekspressiv verdi (Fairclough, 2001).

Analyse av en teksts grammatikk handler om mer enn å se på ordenes sammensetninger til leddsetninger og helsetninger. Fairclough mener «Hver setning er multifunksjonell, for hver setning er en kombinasjon av ideationelle, interpersonelle (identitetsmessige og relationsmessige) og tekstuelle meningsenheder» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 32). To begreper blir fremhevet av Fairclough; modalitet og transitivitet (Fairclough, 2001, 2003, 2010). Modalitet handler om hvordan tekstforfatteren forplikter gjennom språket (Winther Jørgensen & Phillips, 1999), og kan analyseres blant annet ved å se på bruk av modale hjelpeverb. Transitivitet omhandler blant annet tekstforfatterens tilstedeværelse i teksten, gjennom for eksempel passivt språk og nominaliseringer (Fairclough, 2001, 2003, 2010).

Å analysere en teksts struktur handler om arkitekturen til teksten. Fairclough foreslår å se på tekstens makrotrekk; hvilke elementer eller sekvenser kombineres på hvilke måter for å konstituere for eksempel en nasjonal retningslinje. Fokus på dette kan gi innsikt i «... hvilke verdisystemer og antagelser om sosiale relationer og sosiale identiteter der er bygget ind i teksttypers konvensjoner» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 35).

2.3.1.2 DISKURSIV PRAKSIS – TOLKENDE DEL

Relasjonen mellom tekstene og den sosiale praksis medieres av den diskursive praksis. Diskursiv praksis dreier seg om produksjon og lesning av en tekst, altså hvordan tekstforfattere trekker på diskurser og genrer som allerede eksisterer for å skape en tekst, og om hvordan mottakeren også bruker tilgjengelige diskurser og genrer i lesning og tolkning av teksten (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 81–82). Ut fra figur 1 ser vi at diskursiv praksis dekker produksjonsprosesser, distribusjonsprosesser og konsumpsjonsprosesser (forbruk). Karakteren av disse prosessene varierer mellom ulike typer diskurser alt etter hvilke sosiale faktorene som er involvert (Fairclough & Halskov Jensen, 2008).

Produksjon

Begrepet tekstprodusent kan ved første blick peke på tekstforfatterne, men begrepet er mer sammensatt enn så. Fairclough mener det er nyttig å dekonstruere tekstprodusenten til flere posisjoner, bestående av en eller flere personer. Fairclough viser videre til samfunnsforskeren

Erwing Goffman, som foreslår å skille mellom ulike roller. I sammenheng med kritisk diskursanalyse anser Goffman den som lager skriften på papiret («animatøren»), den som setter ordene sammen og gir opphav til ordlyden («forfatteren») og den som gir seg ut for å stå bak («principal»), som tre ulike aktører. Selv om tekster som er skrevet av flere forfattere kan det gjerne fremstå som om de kommer fra en person (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 35).

Som produksjon kan forbruket være individuelt eller kollektivt. Noen tekster, som offisielle intervju eller taler, tas opp, transkriberes, oppbevares og leses igjen, mens andre er overgangsfenomen, som reklame eller tilfeldige samtaler, og oppbevares ikke. Tekster brukes forskjellig i ulike sosiale kontekster, og hvordan en tekst blir anvendt er et sentralt spørsmål rundt forbruket av teksten (Fairclough & Halskov Jensen, 2008). Høringsutkastets forbruk har for «de innvidde parter» vært kollektiv, men etter Retningslinjens publisering er Høringsutkastet ikke å finne for offentligheten. Retningslinjen derimot har til sikte både å brukes nå, og å oppbevares for fremtiden.

Tekster produsert i en samtale mellom to venner eller tekster skrevet om internasjonale forhold, har ulike måter å bli distribuert på. Samtalen kan distribueres gjennom for eksempel slarv eller rykter, mens tekster skrevet av politiske ledere vil for eksempel distribueres til flere ulike institusjonelle domener. Hvert av disse domene vil ha sitt eget forbruksmønster og egne rutiner for reproduksjon (Fairclough & Halskov Jensen, 2008). Høringsutkastet er distribuert til de Helsedirektoratet har vurdert som aktuelle parter for innspill, mens Retningslinjen ligger åpent på Helsedirektoratets nettsider, og har med hensikt å bli distribuert til målgruppene.

Intertekstualitet og interdiskursivitet

At tekster nødvendigvis står i dialog med andre tekster, kalles intertekstualitet. Bakhtin var den første til å teoretisere fenomenet (her fra Neumann, 2001, s. 20), som handler om at all kommunikativ begivenhet trekker på tidligere begivenheter; man kan ikke unngå å bruke ord som andre har brukt før (Fairclough, 2003; Fairclough & Halskov Jensen 2008; Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Ofte inkorporerer tekster elementer fra en annen eller flere andre tekster, og tekstene bindes sammen i en kjede. Teksten ses da som en del av en intertekstuell kjede, og de bidrar til historisk utvikling og forandring, fordi teksten refererer til historiens innvirkning på teksten, og tekstens innvirkning på historien. Som Neumann uttrykker det; «Hvert språklig uttrykk bærer med seg en bagasje fra tidligere relasjoner med andre språklige

uttrykk som påvirker det nye relasjoner med tekster og dets situering i nye kontekster» (2001, s. 178). Fairclough ser på intertekstualitet som uttrykk på både stabilitet, men også forandring. Forandring skjer når man trekker på eksisterende diskurser på nye måter. Mulighetene for forandring av maktrelasjonene begrenses og innskrenkes likevel når hegemoniske⁹ relasjoner og hegemoniske kampers status pågår, og når det settes rammer for forskjellige aktørers adgang til de ulike diskursene (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 84–85).

Interdiskursivitet kan ses på som en form for intertekstualitet (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 84). Det handler om å sette fokus på relasjonen mellom diskurser, hvordan de henter impulser fra hverandre, og hvordan de påvirker og påvirkes av hverandre. Interdiskursivitet utvider intertekstualitetsbegrepet i retning av prinsippet om at diskursordenen har fortrinnsrett (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 44). Høy interdiskursivitet antyder forandring innenfor diskursene, mens lite interdiskursivitet antyder høy grad av repetisjon og lite dialog med andre diskurser, og tyder på reproduksjon og stabilitet (Winther Jørgensen og Phillips, 1999, s. 85). Dette vil bli vurdert i avsnitt 4.3 hvor jeg sammenfatter Høringsutkastets diskurser, og Høringsutkastets grad av interdiskursivitet blir vist i avsnitt 4.3.2 hvor jeg konkluderer hva som står fram som dokumentets hoveddiskurs.

2.3.1.3 SOSIAL PRAKSIS – FORKLARENDE DEL

Den kritiske diskursanalysen hevder at språklige praksiser bidrar til å skape og reproducere maktforhold mellom ulike sosiale grupper. Analysen av en kommunikativ begivenhet på et sosialt praksis-nivå, innebærer en overveielse «... omkring hvorvidt den diskursive praksis reproducerer eller omstrukturerer den eksisterende diskursorden, og hvilke konsekvenser det har for den bredere sociale praksis» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 82).

Begrepet sosial praksis setter folks handlinger i et dobbeltperspektiv, hvor folks handlinger på den ene siden er individuelle, konkrete og kontekstuelle, men samtidig også institusjonaliserende og sosialt forankrede, og dermed er handlingene også til en viss grad regelmessige (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 82). Det diskursanalyse har til formål å analysere ved å se på sosial praksis er språkbrukens forbindelse til sosial praksis, og hvilke konsekvenser diskurser har for det sosiale livet. «Fokus er på de diskursive praksissers rolle i opretholdelsen af den sociale orden og i social forandring. ... Hver kommunikative begivenhed fungerer som en form for social praksis, idet den reproducerer eller udformer diskursordnen» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 82). Gjennom den bredere sosiale

⁹ Hegemoni forklares av Neumann som «... situasjoner der en gitt maktkonstellasjon opprettholdes ved hjelp av kulturelle maktmidler som utfordres bare i beskjeden grad» (2001, s. 60).

praksis sitt forhold til diskursordenen, former og formes en kommunikativ begivenhet. Altså er en diskursiv praksis' spesifikke karakter avhengig av den sosiale praksis som den er en del av (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 82).

I analysedelen (kapittel 4), vil alle de tre dimensjonene tekst, diskursiv praksis og sosial praksis (og deres underkategorier) bli vurdert som analyseredskaper for å se på hvilke diskurser om ADHD som ligger til grunn for utarbeidelsen av Retningslinjen, og hvordan disse diskursene kommer til uttrykk i den ferdige Retningslinjen. Fairclough selv skriver; «Man kan ... vælge at fokusere på diskursiv praksis, enten på tekstproduktionsprosesser eller på tekstkonsumptionsprosesser. Alternativt kan man vælge at fokusere på teksten ... og selektiv sociokulturell analyse» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 130–131). Valgene jeg tar vil bli klargjort i begynnelsen av analysekapittelet.

2.4 DISKURSORDENEN

Diskursorden er summen av diskurstypene, og blir til sammen det diskursive aspektet av et nettverk av sosiale praksiser (Fairclough, 2003, s. 220). «Diskursordenen er en form for system som både former og formes av spesifikke tilfeller av språkbruk» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 83).

Fairclough forklarer diskursorden med «... fællesskabers diskursive praksisser – deres normale måder at bruge sproget på ...» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 122), men han snakker også om diskursordener på samfunnsnivå, for eksempel medias diskursorden, pedagogisk diskursorden, og den politiske diskursorden. Selv om diskurser og genrer er relativt stabile konfigurasjoner, utfordres de konstant i diskursive kamper om hegemoni (Fairclough & Halskov Jensen 2008, s. 12). Når for eksempel en saksbehandler i PPT bruker en medisinsk diskurs om ADHD, trekker hun på et system, en diskursorden, og ved å gjøre dette er hun samtidig med på å konstituere dette systemet. Hvis det er sann at det er denne diskursordenen som rutinemessig brukes for de sakkyndige i PPT, er saksbehandleren med på å reproducere dette systemet (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 83). Samtidig har man mulighet til å endre diskursordenen gjennom språkbruk, hvis disse trekker på diskurser eller genre på nye måter, eller fra andre diskursordener. Winther Jørgensen og Phillips skriver at «Diskursordnen er en form for system ... idet kommunikative begivenheder ikke bare reproducerer diskursive ordner, men også kan ændre dem gennem kreativ sprogbruk» (1999, s. 83).

2.5 UTVALG AV TEKST

Valget av kritisk diskursanalyse som forskningsmetode er med på å avgjøre hva som skal betraktes som data. Noen velger å inkludere ulike typer data, som intervjuer, bilder eller deltakende observasjoner, mens andre velger å konsentrere analysen om tekster (Hitching & Veum, 2011, s. 15). Jeg har avgrenset mitt datasett til å være to skriftlige tekster.

I Faircloughs artikkel «A dialectical-relational approach to critical discourse analysis in social research» (hentet fra Fairclough, 2010), presenterer han en metodikk på fire steg som følger praksisen i kritisk forskning med å fokusere på det som er «feil» i samfunnet. I begrepet feil, inkluderer han urettferdighet og ulikheter som mennesker opplever, men som ikke nødvendigvis er feil i den forstand at de under visse sosiale forhold kan bli rettere eller i det minste redusert (Fairclough, 2010, s. 226). Disse fire stegene representerer en del av den prosessen jeg selv har gått igjennom i utvalget av tekster som kan være med å representere feil i samfunnet (og i mini-samfunnet skole), og som jeg kommenterer kort bak hvert steg; 1) Fokus på et sosialt problem som har et semiotisk aspekt; den unyanserte framstillingen av ADHD i opplevd praksis og litteratur, hvor en snevrere normalitetsforståelse, økning i spesialpedagogiske tiltak i skolen, og det som kanskje kan hevdes å være en medikalisering av samfunnet, står fram som noen av de mange, mulige konsekvensene. 2) Identifisere hindringer for å løse denne sosiale feilen; hvor kommer den forholdsvise ensidige biologiske forståelsen av ADHD fra, og hvilke forståelser underkommuniseres? 3) Vurdere om den sosiale ordenen behøver eller er avhengig av denne sosiale feilen; er det en årsak til at ADHD framstilles som en biologisk betinget vanske, en «feil», hos individet? 4) Identifisere mulige veier forbi hindrene; hvilke andre forståelser finnes, og hvordan kan disse bidra til at noen av konsekvensene nevnt i steg 1 unngås?

Helsedirektoratets veileder om ADHD fra 2007, ble erstattet i starten av desember 2014. Høringsdokumentet for erstatteren fant jeg på ADHD Norge sine nettsider, da med tittelen *AD/HD – nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling* (Helsedirektoratet, 29.2.2012). Jeg vil med en kritisk diskursanalyse av dette dokumentet få en synkron studie, dvs. en punktstudie. Om jeg hadde inkludert veilederen fra 2007 i studien, ville jeg kunne se etter forandringer i diskurser over tid; en diakron studie som tar hensyn til tidsdimensjonen ved fenomenet som studeres (Hitching & Veum 2011, s. 16). Siden jeg har valgt å analysere Høringsutkastet først for å finne hvilke diskurser om ADHD som ligger til grunn for nasjonal faglig retningslinje, og deretter

undersøke hvordan disse uttrykkes i den publiserte Retningslinjen, kan studien ses på som en diakron studie i miniatyr, i og med at tidsaspektet er svært kort.

Dokumentene i søkelyset er ment å ha en styrende funksjon; «Retningslinjene beskriver anbefalinger og råd til fagpersoner i hjelpeapparatet som skal gi tjenester til personer med AD/HD. Anbefalingene er styrende for hva helsepersonell skal bistå med av tjenester ...» (Høringsutkastet, s. 4).

Høringsutkastet og Retningslinjen er ikke skrevet av representanter fra Helsedirektoratet alene, og medlemmene arbeidsgruppen bak har noe ulik bakgrunn (vedlegg 5). Disse medlemmene vil bli omtalt i avsnittet om produksjon (4.2.2.1), og dette kan gi oss et bilde av hvem som inkluderes i avgjørelser om utredning, behandling og oppfølging for barn og unge med diagnosen ADHD i Norge.

Høringsutkastet; *AD/HD – nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling* og Retningslinjen; *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling*, utgjør det empiriske materialet for min studie.

2.6 FORSKERROLLEN

Diskursanalytikerens utgangspunkt er at «... man aldrig kan nå virkeligheden udenom diskurserne, og det er derfor diskursen i sig selv, der udgør genstanden for analysen» (Winther Jørgensen og Phillips, 1999, s. 31). I diskursanalytisk forskning må man derfor forholde seg til det som står skrevet, og ikke determinere om utsagnene er sanne eller ikke. Målet er å finne og å vise dokumentasjon på at diskursen(e) eksisterer (Järvinen & Mik-Meyers, 2005, s. 292).

Som analytiker står jeg overfor mange valg (som jeg redegjør for i innledningen av analysekapittelet), og min forforståelse og forståelse (jf. den aletiske hermeneutiske sirkelen, avsnitt 2.1.1.2) vil være ulik en annen mottaker av Høringsutkastet og Retningslinjen. Den lingvistiske analysen vil være beskrivende, men også her vil jeg kunne ta andre valg enn en annen analytiker, for eksempel gjennom valg av fokus. Min analyse av diskursiv praksis og sosial praksis avhenger av min sosiale og kulturelle forståelse. Det blir avgjørende for min analyse av dokumentene å forbinde den lingvistiske, beskrivende analysen, med den fortolkende analysen av diskursiv og sosial praksis. På denne måten kan det bygges bro

mellom språk og tekst på den ene siden, og kultur og samfunn på den andre siden (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 130).

Hitching og Veum (2011, s. 21) viser til Berge som sier at det er ideelt om forskeren klarer å forstå den kulturen eller det feltet som undersøkes på to ulike måter samtidig. På den ene siden må forskeren ta et deltakerperspektiv gjennom å forstå den kulturen som blir undersøkt fra deltakerne sitt ståsted. På den andre siden må forskeren ta et tilskuerperspektiv gjennom å tolke atferden til de som kommuniserer. Prinsipielt sett skal analytikerens være i stand til å forstå feltet på to ulike måter samtidig. Det å ha inngående bakgrunnskunnskap om den kulturen man studerer ses på som en fordel, men samtidig kan kjennskap til og deltakelse i feltet som undersøkes føre til at man mangler distansen som gjør det mulig å oppdage de sosialt konstituerte normsystemene (Hitching & Veum, 2011, s. 21).

Det er åpenbart, skriver Hitching og Veum, at «... forskeren tar med seg ett sett av verdier, fortolkningsrammer og holdninger inn i forskningsprosjektet» (2011, s. 21). Den kritiske diskursanalysen tar ofte utgangspunkt i forskerens eget samfunnsengasjement, og som jeg viste i innledningen, er nettopp konstruksjonen av ADHD noe som engasjerer meg, både som samfunnsborger, og ikke minst som profesjonell i skolen. Det er dermed enda viktigere å være bevisst, eksplisitt og tydelig i størst mulig grad i analyseprosessen, på hvilken bakgrunnskunnskap, verdisyn og holdninger jeg har til fenomenet jeg studerer (Hitching & Veum, 2011, s. 21). Min posisjon i forhold til forståelsen av ADHD påvirker selvsagt hva jeg ser, og hva jeg legger fram som resultater. Jeg gjør meg ikke til talskvinne for den riktige analysen av dokumentene, for det vil alltid finnes andre posisjoner hvorfra virkeligheten vil se annerledes ut (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 32). Innenfor det sosialkonstruktivistiske paradigmet er det vanskelig å argumentere for at min analyse og representasjon av en tekst, her Høringsutkastet og Retningslinjen, er bedre eller mer riktig enn en annens representasjon. Dette bygger på en aksept om at «... virkeligheden er socialt skabt, at sandheder er diskursivt producerede effekter» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 32). Jeg må dermed akseptere den sosialkonstruktivistiske premiss om at det finnes ett vilkår for all kunnskap; den er én representasjon av en verden, blant andre mulige representasjoner.

2.7 KVALITETSKRITERIER

Jeg har redegjort for mitt sosialkonstruktivistiske ståsted, og med dette følger at datamaterialet som studeres gjennom kritisk, diskursanalytiske tilnærminger, er sosialt konstruert. Fordi jeg som diskursanalytiker en del av den sosiale verden, er det ikke mulig å gjøre objektive beskrivelser av data. Resultatene av analysen er et resultat av mine fortolkningsprosesser, og det er min forståelse av mening i menneskeskapte prosesser som er sentral.

En generell innvending mot kvalitativ forskning er at den ikke er så transparent som kvantitativ forskning (Hitching & Veum, 2011, s. 19). Selv om ikke objektivistiske vitenskapelige krav om pålitelighet og gyldighet innenfor sosialkonstruktivismen aksepteres, har man ikke avskrevet seg kravet om gyldighet (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 120). Jeg kan validere mine forskningsresultater ved å redegjøre for hvor jeg står i forhold til diskursene jeg undersøker, og det er viktig at jeg reflekterer over min egen rolle gjennom hele forskningsprosessen (Hitching & Veum, 2011, s. 21). «Alt diskursen består av er situert, også diskursanalytikeren, og det er en diskursanalytisk dyd å være mest mulig eksplisitt hva angår egen situering og hvorledes den påvirker analysen» (Neumann, 2001, s. 178).

Alle slutninger som involverer vurdering av kontekstuell relevans, kan vurderes som abduktive (Hitching & Veum, 2011, s. 19). Med en abduktiv tilnærming starter man med noen observerte forekomster eller fenomener som det ønskes å finne forklaring på, uten forhåndsdefinerte hypoteser som i deduktive forskningsprosesser. Abduksjon «... har en del drag av både induksjon og deduksjon ...» (Alvesson & Sköldbberg, 2008, s. 55), og abduksjon står «I en posisjon mellom induksjon og deduksjon ... [og] fremhever det dialektiske forholdet mellom teori og praksis» (Thagaard, 2009, s. 194)¹⁰. Mønstrene jeg finner i Høringsutkastet kan bidra til en overordnet forståelse av det fenomenet jeg undersøker; hvilke diskurser om ADHD ligger til grunn for utarbeidelsen av ny retningslinje om ADHD, og hvordan uttrykkes disse i den ferdige Retningslinjen, og mønstrene kan igjen formuleres som hypoteser om Retningslinjens egenskaper. «Analyse av data har en sentral plass når det gjelder å utvikle ideer, og forskerens teoretiske forankring gir perspektiver på hvordan dataene kan forstås» (Thagaard, 2009, s. 194). I en abduktiv tilnærming settes alltid materialet som undersøkes i en kontekst, og kunnskapen som frembringes er ikke sikker kunnskap i

¹⁰ En deduktiv tilnærming innebærer at «... forskeren utvikler analytiske rammer på bakgrunn av etablert teori» (Ragin, her fra Thagaard, 2009, s. 194), mens den induktive siden av forskningsvirksomheten innebærer at forskeren konstruerer bilder («images») av dataenes meningsinnhold, som gir grunnlag for å sammenfatte mønstre i dataene» (Thagaard, 2009, s. 194).

positivistisk forstand, men et kvalifisert grunnlag for å sette frem nye antakelser og hypoteser om de fenomenene som er undersøkt (Hitching & Veum, 2011, s. 18–20).

Begrepene validitet og reliabilitet danner grunnlaget for vurderinger av kvaliteten ved kvantitative forskningsopplegg, mens innen kvalitativ forskning, og dermed kritisk diskursanalyse i min studie, har spørsmålet om validitet vært gjenstand for diskusjon. Begreper som troverdighet og overførbarhet blir i kvalitativ forskning ofte brukt i stedet for validitet, og pålitelighet i stedet for reliabilitet (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2006, s. 198–201).

Faircloughs tredimensjonale modell har både en beskrivende og fortolkende del (jf. avsnitt 2.6), og jeg har vist til problematikken rundt å gjennomføre nøytrale analyser av språk, kommunikasjon og sosial handling, uten påvirkning fra mine verdier, fortolkningsrammer og holdninger. Analysens troverdighet og overførbarhet oppnås ikke ved å unngå fortolkning, men at jeg gjør min analyseprosess mest mulig eksplisitt, gjennomsiktig og sammenhengende (Hitching & Veum, 2011, s. 20). Jeg må altså rekonstruere og forklare hvordan jeg har kommet fram til de fortolkningene jeg presenterer som funn. På denne måten kan andre forskere etterprøve operasjonaliseringene og fortolkningen som ligger til grunn for resultatene (Hitching & Veum, 2011, s. 20). Dette reflekterer jeg over i oppgavens siste kapittel.

3. RELEVANT TEORI OG FORSKNING RUNDT ADHD

I både Høringsutkastet og Retningslinjen gjøres det rede for ADHD i korte trekk ved først å se på historisk utvikling. Deretter er kapittelet om ADHD i de to dokumentene bygd opp noe ulikt (se avsnitt 4.1 og 4.4.1), men hovedtrekkene for de begge er avsnitt om diagnostiske kjennetegn / symptomer, årsaksfaktorer, forekomst og kjønnsforskjeller, og utviklingsforløp. Den største innholdsmessige forskjellen i de to dokumentene i redegjørelsen om ADHD, er at komorbiditet¹¹ og differensialdiagnostikk¹² har fra å være et avsnitt på 12 linjer i Høringsutkastet, blitt ett eget kapittel på 6 sider i Retningslinjen.

Ingen av dokumentene har en klar definisjon av hva ADHD er, men støtter seg til diagnosemanualene *International Classification of Diseases, versjon 10 (ICD-10)*¹³ og det amerikanske *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 4 Text Revision (DSM-IV-TR)* i Høringsutkastet, og DSM-5 i Retningslinjen. I ICD-10 brukes betegnelsen hyperkinetiske forstyrrelser F.90, med flere undergrupper (vedlegg 1), mens DSM-IV-TR / DSM-5 bruker betegnelsen attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), også med undergrupper (vedlegg 2 og 3). Jeg vil komme nærmere inn på de to manualene i avsnitt 3.1.3. Norge har brukt ICD-10 som diagnosemanual siden 1997 innen psykiatri, og fra 1999 innenfor somatisk spesialhelsetjeneste (Helsedirektoratet, 19.12.2014), men det er likevel DSM sin betegnelse ADHD som brukes; både i Høringsutkastet (AD/HD), Retningslinjen, i media, og på folkemunne. Jeg velger derfor å omtale diagnosen som ADHD.

I denne teoridelen av oppgaven vil jeg se på ADHD i et historisk perspektiv, hvordan ADHD ble oppdaget (eller oppfunnet som noen hevder), sentrale utviklingstrekk, og utviklingen av diagnosemanualene. Jeg vil deretter se på ADHD i Norge i dag, påvirkning fra utlandet, statistikk rundt ADHD, og økt bruk av medisiner mot psykiske lidelser i samfunnet. Det er ingen tvil om det hersker store uenigheter i litteraturen og forskningen om ADHD. Det er likevel en rådende diskurs, den medisinske, og jeg vil gjøre rede for forståelsen av ADHD og forskning som er gjort innenfor dette paradigmat i kapittel 3.3 «ADHD - et kontroversielt felt». Jeg vil også vise til andre forklaringsmodeller, og hvordan disse skiller seg fra og kritiserer den medisinske diskursen.

¹¹ Komorbiditet er definert av Pliszka som «... two or more diseases occurring in the same individual» (2009, s. 2).

¹² Differensialdiagnostikk er undersøkelser om for eksempel «ADHD-symptomer kan maskere ... symptomer på andre lidelser, som depresjon, bipolar lidelse, eller angst» (Damm & Thomsen, 2012, s. 19).

¹³ Verdens helseorganisasjon (World Health Organization [WHO]) utgir og redigerer ICD Dette klassifikasjonssystemet, eller kodeverket som det omtales som av Helsedirektoratet, er et redskap for systematisk klassifisering og registrering av sykdommer og beslektede helseproblemer, og er det offisielle diagnosesystemet i Norge (Helsedirektoratet, u.å.).

I Høringsutkastet og Retningslinjen omtales både barn, unge og voksne med ADHD-diagnose, men i denne oppgaven velger jeg å holde fokus på barn og unge (jf. avgrensning avsnitt 1.3.1). Det blir derfor viktig å klargjøre hva jeg legger i begrepet barndom. Jeg støtter meg igjen på det sosialkonstruktivistiske paradigmet:

Childhood is, within this paradigm, to be understood as a social construction. This is, the institution of childhood provides an interpretive frame for understanding the early years of human life. In these terms it is biological immaturity rather than childhood which is a universal and natural feature of human groups (James & Prout, 1997, s. 3)

Videre vil det for denne oppgaven være relevant å belyse hva jeg anser å utgjøre en normal barndom. Jeg viser til Francks artikkel «Normality and deviance in Norwegian day-care institutions» (2014) i hennes doktoravhandling *Constructions of children in-between normality and deviance in Norwegian day-care centres* som også henviser til blant annet James og Prout om hvordan hun «... anser forståelser av barn og hva som utgjør et «normalt» barn som sosialt, historisk og kulturelt konstruert» (s. 3, min oversettelse). Videre skriver hun:

Hence, I do not regard there to be a universal or natural standard from which to describe and evaluate children; rather, I think it is necessary to analyse evaluations and descriptions of children as representations of children based on certain understandings and discourses. What becomes perceived as 'normal' or 'deviant' is ... understood as constructed in particular cultural and discursive contexts (Franck, 2014, s. 3).

Min forforståelse er med på å påvirke min forståelse av teorien jeg leser om ADHD (jf. den aletiske hermeneutiske sirkelen, avsnitt. 2.1.1.2, og avsnitt 2.6 om forskerrollen). Jeg gjentar sitatet fra Hitching og Veum; «Forskeren tar med seg ett sett av verdier, fortolkningsrammer og holdninger inn i forskningsprosjektet» (2011, s. 21). Jeg vil forsøke å greie ut om feltet på en så objektiv måte som jeg har forutsetning for å gjøre. Likevel understreker jeg at også i min søken etter litteratur og forskning om ADHD, vil mine verdier, fortolkningsrammer og holdninger spille inn, til tross for en bevisst tilnærming og viten om feltets ulike diskurser.

3.1 ADHD I ET HISTORISK PERSPEKTIV

Over the past decade hundreds of thousands of children, adolescents and adults have been diagnosed and treated for ... attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Advocacy groups for individuals and families affected with ADD/ADHD are burgeoning not only in the United States and Canada, but also in the United Kingdom, Germany, Mexico, Norway, Spain, Japan, and many other diverse cultures around the world (Brown, 2006, s. xi, min kursivering).

Sitatet er hentet fra forordet skrevet av Dr. Thomas E. Brown¹⁴ i boken *Attention Deficit Disorder, the unfocused mind in children and adults* (2006). Norge blir nevnt blant andre, folkerike land, hvor interessegrupper for enkeltpersoner og familier som er berørt av ADHD er spirende. Videre fortsetter Brown med å fastslå at skeptikerne rundt validiteten til ADHD-diagnosen er uvitende om den komplekse lidelsen (2006, s. xi). Det bekreftes med en gang at det er stor uenigheter rundt diagnosen, og Brown tydeliggjør sitt standpunkt; «I argue that ... the core problem in ADHD is not the lack of willpower, but chronic, often lifelong impairment of the 'executive' or management functions of the brain» (2006, s. xiii). Han starter hvert kapittel i den prisbelønnede boken¹⁵ med en myte, og fakta som «svar» på myten, om de ulike tema som kapitlene tar opp.

3.1.1 OPPDAGELSE ELLER OPPFINNELSE?

Freddy Jackson Brown¹⁶ bruker begrepsparet oppdagelse og oppfinnelse («discovery» og «invention»), i artikkelen «ADHD and the philosophy of science» (Brown, 2005) i boken *Making and breaking children's lives*, for å skildre to ulike fortellinger om ADHD. En oppdagelse av ADHD viser til at det er en underliggende sannhet som avdekkes, og det understøttes av antakelsen om at det er mulig å produsere absolutte og objektive sannheter om verden slik den egentlig er (Brown, 2005). På den andre siden sees vitenskap på som en prosess hvor det produseres nyttige måter å omtale erfaringer på; «the invention narrative» (Brown, 2005, s. 42). I et oppfinnelses-perspektiv blir ADHD kun sett på som en nyttig måte å omtale flere problemer innenfor barns atferd som vanligvis hører sammen (Brown, 2005, s. 42). Også Jim Wilson opererer med begrepene; «from discovery to invention» i sin artikkel «A social relational critique of the biomedical definition and treatment of ADHD; ethical practical and political implications» fra 2013. Artikkelen vil bli omtalt i avsnitt 3.3.2.3.

I den etablerte forskningsfronten finner vi for eksempel Russel Barkley som bruker et oppdagelsesnarrativ i hans forklaring på at vi oppdager og klarer å avdekke mer og mer av en biologisk lidelse i takt med at legevitenskapen utvikler seg (2006). På motsatt side finner vi blant annet Sami Timimi (2005), som er mer inspirert av et oppfinnelsesnarrativ. Her plasseres også forfatteren Vanheuler bak boken *Diagnosis and the DSM: A Critical Review* (2014) som viser til Moynihan, Heath, Henry og Gotzsche når han skriver «The social

¹⁴ Dr. Brown er klinisk psykolog som for sin forskning og undervisning om ADHD har mottatt en hederspris av National Attention Deficit Disorder Association (*About Dr. Brown*, u.å).

¹⁵ "Winner of 2006 Will Solimene Award for Excellence in Medical Communication from the New England Chapter of the American Medical Writer's Association" (Brown, 2006, fra baksiden av boken).

¹⁶ Freddy Jackson Brown er klinisk psykolog som jobber med barn med funksjonshemminger og utviklingsforstyrrelser i Bristol, og har publisert flere artikler om vitenskapsteori og gyldigheten av psykiatrisk sykdomslære (Newnes & Radclioff, 2005, s. 167).

construction of illness is being replaced by the corporate construction of disease» (Moynihan, Heath, Henry & Gotzsche, her fra Vanheule, 2014, s. 27). Videre viser Vanheule til Timimi og Leo (2009) når han skriver «Disease mongering has been documented for several conditions that are included in the DSM, including ... inattentive behavior/ADHD» (Timimi & Leo, her fra Vanheule, 2014, s. 27).

Sett til side diskusjonen om oppdagelse eller oppfinnelse, så har interessen for barn som i dag ville fått diagnosen ADHD kommet inn i historien på et gitt tidspunkt. Både Timimi (2005, s. 116) og Barkley (2006, s. 3–4) viser til barnelegen George Frederick Still som en av de første til dokumentert å rette interesse for barn med dårlig konsentrasjon og hyperaktivitet.

3.1.2 SENTRALE UTVIKLINGSTREKK

“Phil, stop acting like a worm,
The table is no place to squirm.”
Thus speak the father to his son,
severely said it, not in fun.
Mother frowns and looks around,
although she doesn’t make a sound.
But Phillip will not take advise,
he’ll have his way at any price.

He turns,
and churns,
he wiggles
and jiggles
Here and there on the chair,
Phil, these twists I cannot bear.

Barnerim fra 1863 (Dykman, 2005, s. 1–2)

Barnerimet «Der Struwelpeter»¹⁷ er «... den tidligste beskrivelsen av det vi nå *gjenkjenner* som ADHD» (Dykman, 2005, s. 1, egen oversettelse og kursivering). Den første, kjente vitenskapelige artikkelen med lignende beskrivelser, kom ut i 1899, av legen T. S. Clouston som skrev «Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and their treatment by the bromides»¹⁸ (Zeiner, 2004). Det er likevel flere som fastslår at historien om ADHD starter med den britiske legen Georg Frederic Still, og dateres tilbake til noen forelesninger han holdt i 1902. Mange av forelesningene hans hvor han beskrev barn med oppmerksomhetsvansker som han møtte i sin kliniske praksis, ble publisert (Barkley, 2006; Timimi, 2005; Zeiner, 2004).

Utover 1900-tallet kom flere studier fra USA som beskrev «... barn som etter alvorlig hjerneskade og hjernehinnebetennelse kunne få en impulsiv, ukonsentrert og motorisk overaktiv atferd» (Sivertsen & Tranøy, 2007, s. 19). Disse artiklene «... included *what we now incorporate* into the concept of ADHD. Such children were described as being impaired in their attention, regulation of activity, and impulsivity, as well as in other cognitive abilities,

¹⁷ Skrevet av den tyske legen og forfatteren Heinrich Hoffmann (1809-1884) (Zeiner, 2004).

¹⁸ Publisert i i The Scottish Medical and Surgical Journal (Zeiner, 2004).

including memory; they were often noticed to be socially disruptive as well» (Barkley, 2006, s. 5, min kursivering).

I 1937 oppdaget den amerikanske legen Charles Bradley det Hannås kaller en «paradoksall effekt» (2010) på hyperaktiv og impulsiv atferd ved en tilfeldighet. Han ønsket å finne en lindrende medisin for store hodepineplager hos barn med atferdsforstyrrelser. Bradley ga barna Bazedrine for at det sentralstimulerende amfetaminet skulle få et blodkarnøste i ventrikkelsystemet i hjernen til å lage mer spinalvæske (Adalbéron, 2008). Målet med dette var å øke blodtrykket, men det hjalp ikke mot hodepinene. Derimot rapporterte lærerne til barna om en bedring i barnas læring, motivasjon og atferd når de gikk på amfetamin, og det paradoksale bestod i at mange av barna ble mer medgjørlige og konsentrerte på disse preparatene i stedet for å få en mer «speedet» atferd (Adalbéron, 2008; Barkley, 2006; Brown, 2006; Hannås 2010; Timimi & Leo, 2009; Zeiner, 2004). Denne «oppdagelsen» fikk imidlertid ingen innvirkning på behandling med medisiner før 30-40 år senere (Zeiner, 2004), selv om Bradley mente at den beroligende effekten han observerte trolig også ville gjelde for andre som tok lavdose sentralstimulerende midler, ikke bare hyperaktive barn som han behandlet (Timimi & Leo, 2009, s. 2).

Ti år senere rapporterte Strauss og Lehtinen tilsvarende effekt (Barkley, 2006; Hannås, 2010), og «... the concept of the “brain-injured-child” was to be born in this era. ... In fact, Strauss and Lehtinen argued that the psychological disturbances alone were de facto evidence of brain injury as etiology» (Barkley, 2006, s. 6). På grunn av delvis fravær av bevis på hjerneskade, utviklet uttrykket «brain-injured-child» seg senere til begrepet «Minimal Brain Damage» (Barkley, 2006, s. 6). I følge Sivertsen og Tranøy (2007) var det store uenigheter innad i profesjonene, men ekspertene sluttet seg til dette begrepet uten større diskusjoner. Likevel, på grunn av stor faglig uklarhet om begrepet, bidro den internasjonale psykiatriske ekspertise i 1963 til at forkortelsen MBD i stedet skulle stå for «Minimal Brain Dysfunction» (MBD), og det skulle omfatte hyperaktivitet og andre forstyrrelser (Barkley, 2006, s. 8; Sivertsen & Tranøy, 2007, s. 19–20; Timimi & Leo, 2009, s. 2; Zeiner, 2004, s. 20). MBD omfattet store problemområder som språkvansker, lese- og skrivevansker, motoriske vansker og konsentrasjonsvansker. Diagnosen var basert på spekulasjoner om organisk dysfunksjon, enten av biokjemisk karakter eller strukturelle skader som påvirket hjernens funksjon, mens miljømessige forhold var av mindre betydning i synet på årsakssammenheng (Sivertsen & Tranøy, 2007, s. 20–21; Timimi & Leo, 2009; Zeiner, 2004). I Norden ble diagnosevarianten til MBD kalt «Dysfunction in Attention, Motor control and Perception»; DAMP (Sivertsen &

Tranøy, 2007). Denne beskrivende termen utelukket barn med konsentrasjonsproblemer, og oppmerksomhetssvikt ble det sentrale symptomet (Sivertsen & Tranøy, 2007; Zeiner, 2004). Begrepet MBD forsvant fra fagbøker og artikler i 1980- og '90-årene, men var fortsatt i bruk i mange sammenhenger. Parallelt med arbeider rundt MBD, ble artikler som beskrev hyperaktive barn publisert, og begrepene «hyperkinetic behavior syndrome» og «hyperkinetic impuls disorder» ble anvendt (Zeiner, 2004, s. 21). I 1968 ble MBD-diagnosen erstattet med uttrykket «Hyperkinetic reaction of childhood» i DSM-II (Barkley, 2006, s. 9; Timimi & Leo, 2009, s. 2; Zeiner, 2004, s. 21).

3.1.3 UTVIKLING AV DIAGNOSEKRITERIENE

Diagnoser er navn eller samlebegreper for problemer laget ut fra gjennomsnittsopplevelsen og gjennomsnittsferden til et flertall av mennesker med samme problematikk. De kan ses på som kunnskap om kategorier, et arbeidsredskap, for å sammenfatte og få styr på mangfoldet av kliniske data. En diagnose er kun en beskrivelse av visse egenskaper hos en person på et gitt tidspunkt, og det er et poeng at en diagnose ikke er virkelig eller riktig, men om den er formålstjenlig (Isager, 1999). Denne beskrivelsen av diagnoser passer inn i den sosialkonstruktivistiske oppfatning av at diagnoser er konstruert. Også Zeiner påpeker at «... diagnosen kun beskriver en liten del av det barnet eller ungdommen sliter med» (2004, s. 37).

3.1.3.1 NORMALITET OG AVVIK

At diagnoser har sitt utgangspunkt i fagfolks gjenkjenning av symptommønstre og medisinske avvik (Zeiner, 2004, s. 38), og er laget ut fra hva gjennomsnittsopplevelser og gjennomsnittsferd er, impliserer dermed også en oppfatning av hva som anses som normalt, og hva som anses som avvik. Flere hevder at det er et asymmetrisk forhold mellom normalitet og avvik fordi normaliteten er verdsatt, og i stor utstrekning tatt for gitt, mens avvik blir degradert og gransket (Bauman, her fra Franck, 2014, s. 1, min oversettelse). «'Normal' not only refers to what is understood as common and average, but also to what is perceived as acceptable and desirable» (Turmel, her fra Franck, 2014, s. 6). «... descriptions of a child as 'normal' or not need to be seen not as mere observations, but rather valuations of that child» (Rose, her fra Franck, 2014, s. 6). I Utdanningsdirektoratets «Veileder til opplæringsloven om spesialpedagogisk hjelp» (Utdanningsdirektoratet [Udir.], 2009), blir begrepet normal brukt i utviklingsadekvat sammenheng to ganger¹⁹. Denne veiledningen har blitt erstatter av to andre

¹⁹ «... om dette barnet utvikler seg senere enn det som er *normalt for alderen*» og «I ”særleg behov” ligger det et krav om at barnet må ha et behov som er mer omfattende enn det behovet som barn med *normal utvikling* har» (Udir, 2009, s. 10, mine kursivering).

veiledere²⁰ hvor begrepet normal ikke er å finne, noe som kan ses på som en utvikling bort fra kategorisering av normalitet og avvik fra Udirs side. Derimot bekreftes Francks utsagn om at det er et asymmetrisk forhold mellom normalitet og avvik gjennom de nye to veiledernes bruk av ordet «bekymring» når et barn strever faglig eller sosialt, brukt til sammen henholdsvis 8 og 14 ganger (Udir, u.å.a og Udir, u.å.b). «By explaining how a child does not live up to expectations of normality, one implicitly defines expectations of what is perceived as ‘normal’» (Franck, 2014, s. 11).

Diagnoser knyttes som vi har sett opp mot dikotomiene normalitet og avvik. Å brette en fot gjør at vedkommende fysiologisk sett ikke er i sin «normaltilstand», og personen får behandling knyttet til formålet som er å kunne bruke foten igjen. Rønhovde omtaler benbrudd, eller for eksempel meslinger, som ideelle diagnoser med symptomer som finnes hos alle med diagnosen, og kun disse (2004). Slik er det imidlertid ikke med diagnostiseringen av ADHD.

3.1.3.2 INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDERS

International Classification of Disorders, ICD, er det første kjente diagnosekodeverket i verden, og ble utviklet rundt 1850²¹. Den nåværende versjonen, ICD-10 kom i 1993 (Helsedirektoratet, u.å.), og med den siste bokutgaven av ICD-10, som ble publisert i april 2011, ble det samtidig lagt ut en pdf-fil på internett som inneholdt 2011-versjonen av ICD-10 (Helsedirektoratet, 2014c)²².

I ICD-10 finner vi diagnosen som korresponderer med ADHD; *Hyperkinetiske forstyrrelser* med koden F90 (vedlegg 1). Diagnosen er ikke basert på operasjonaliserte kriterier, men det gis en beskrivelse av ‘tilstanden’ på i overkant av 10 linjer. Hyperkinetiske forstyrrelser er delt inn i flere undergrupper, og ekskluderer affektive lidelser, angstlidelser, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, og schizofreni. Selv om det er ICD-10 som er det offisielle diagnosesystemet i Norge, brukes navnet ADHD hentet fra den amerikanske diagnosemanualen DSM i praksis (Zeiner, 2004).

²⁰ *Veilederen Spesialpedagogisk hjelp* (Udir, u.å.a) og *Veilederen Spesialundervisning* (Udir, u.å.b).

²¹ I slutten av 1800-tallet ble diagnosemanualen ICD anvendt for registrering av dødsårsaker. I 1893 utarbeidet Det internasjonale statistiske institutt en ny klassifikasjon av dødsårsaker, og den har blitt revidert i 1900, 1909, 1920, 1929, og 1938. Diagnosemanualen utviklet seg etter hvert til en verdensomfattende klassifikasjon for sykkelighet av befolkningen, og de siste revisjonene var i 1948, 1955, 1965, 1975 og 1993 da den nåværende utgaven ICD-10 kom (Helsedirektoratet, u.å.).

²² Gjennom Helsedirektoratets nettsider, finnes også søkeverktøyet FinnKode som alltid inneholder oppdaterte koder, og som gjør det mulig å søke opp diagnoser, som for eksempel ADHD (Helsedirektoratet, 2014b).

3.1.3.3 DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

Utviklingen av den amerikanske diagnosemanualen startet mange år før den første utgaven av klassifikasjonssystemet for psykiske lidelser; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), som ble utgitt i 1952²³ av American Psychiatric Association (APA) (APA, 1952). Vi kan se av tabell 1 at antallet diagnoser har økt betraktelig fra den første manualen; fra 106 til 635 på 61 år, en økning på 499 %²⁴.

Tabell 1: Oversikt over de ulike utgavene av DSM, med årstall, antall diagnoser og sidetall.

Manual	År	Antall diagnoser	Antall sider
DSM	1952	60-106	130
DSM-II	1968	140-182	134
DSM-III	1980	230-265	494
DSM-III-R	1987	292	567
DSM-IV	1994	Over 350-365	886
DSM-IV-TR	2000	-nærmere 400	943
DSM-5	2013	635	947

Det er i DSM vi finner diagnosen ADHD; en klinisk diagnose som stilles på bakgrunn av utredninger ved hjelp av blant annet observasjoner, og samtaler med den som utredes. Det er altså ikke noe fysiologisk som kan undersøkes for å stille diagnosen (Damm & Thomsen, 2012). DSM-5 opererer med diagnosekriterier innenfor tre kjerneområder; oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet (vedlegg 3). Innenfor oppmerksomhetssvikt må 6 av de 9 diagnosekriteriene²⁵ som listes opp være oppfylt, og de må ha vedvart i minst seks måneder i en grad som medfører funksjonsnedsettelse og ikke i overensstemmelse med utviklingsnivået. Det samme gjelder for symptomene innenfor hyperaktivitet og impulsivitet; også her må 6 av 9 diagnosekriterier²⁵ (til sammen innenfor begge områdene) være oppfylt. Ett annet kriterium er at flere symptomer på oppmerksomhetssvikt eller hyperaktivitet-impulsivitet som skaper funksjonssvikt skal ha vært til stede før 12 års alder. I tillegg skal nedsatt fungering på grunn av symptomene vise seg på to eller flere områder (Duvner, 2004; Rønhovde, 2004, s.48–49; Timimi & Leo, 2009, s. 4–5; Zeiner, 2004, s. 38–40), og symptomene «... do not occur

²³ I 1918 kom en statistisk manual med 22 diagnostiske kategorier som kunne benyttes til klassifikasjon av sinnssyke i institusjoner (Ekeland, 2003, s. 59). I 1933 ble den første offisielle *Standard Classified Nomenclature of Disease* publisert i USA. Denne ble revidert ved flere anledninger, og i den fjerde revisjonen i 1942, utgjorde avsnittet «Diseases of the Psychobiologic Unit» terminologien for DSM som kom i 1952. Da var konteksten en etterkrigssituasjon med fulle institusjoner og vekst i psykiatridisiplinen (Ekeland, 2003, s. 59). Etter den gang er manualen revidert flere ganger, og den siste versjonen er DSM-5 som kom ut i mai 2013, etter en 14 år lang revisjonsprosess (APA, 2013b).

²⁴ Den prosentvise økningen på 499 % er når det tas utgangspunkt i de største tallene fra 1952. Med utgangspunkt i 60 diagnoser i 1952, er økningen på 958%. Tabellen er laget ut fra tall presentert i Ekelands artikkel fra 2003, og Hannås' avhandling fra 2010, og egen optelling av diagnosene i DSM-5 (APA, 2013a).

²⁵ For unge eller voksen over 17 år, er kravet 5 av 9 diagnosekriterier.

exclusively during the course of schizophrenia or psychotic disorder and are not better explained by another mental disorder» (DSM-5 kriterium E, her fra APA, 2013, s. 60).

Utviklingen fra DSM-IV-TR til DSM-5

Etter en 14 år lang revisjonsprosess ble DSM-IV-TR (vedlegg 2) til DSM-5 (vedlegg 3), med flere endringer knyttet til diagnostisering av ADHD. Blant annet er aldersdebuten senket fra 7 til 12 år, samt at antall kriterier som må være oppfylt for å få diagnosen etter fylte 17 år er senket fra 6 til 5. I tillegg er ordbruken knyttet til debut av symptomer endret seg noe (Midtlyng, 2013). Fra «noen av» symptomene som forårsaket funksjonsvansker skulle debutere før fylte 7 år i DSM-IV-TR, til «flere» av symptomene som forårsaket funksjonsvansker før fylte 12 år i DSM-5. Rent semantisk sett ser det ut til å være strengere krav i den nyeste utgaven av diagnosemanualen. Med strengere begrepsbruk fra noen til flere, men samtidig også heving av debutalder, stiller Midtlyng spørsmål ved om dette vil få kliniske konsekvenser (2013). Det finnes nemlig også eksempler på at begrepsbruken har gått i motsatt retning; i kriterium D het det tidligere «There must be clear evidence ...», mens nå heter det «There is clear evidence ...». Andre endringer er at gjennomgripende utviklingsforstyrrelse ikke lenger er et ekskluderingskriterium slik det var i DSM-IV-TR, kriterium E, og den siste versjonen har tatt til orde for mer differensierte symptombeskrivelser for de ulike aldersgruppene. Midtlyng konkluderer med at selv om endringene er små og justeringene ikke medfører vesentlige endringer, så kan det bidra til at terskelen for å sette diagnosen samlet sett senkes (2013). Selv om vi offisielt sett bruker ICD-10 i Norge, er det forventet at den nye versjonen ICD-11 som er antatt at publiseres i 2015, tilpasses kriteriene for ADHD i DSM-5 (Midtlyng, 2013).

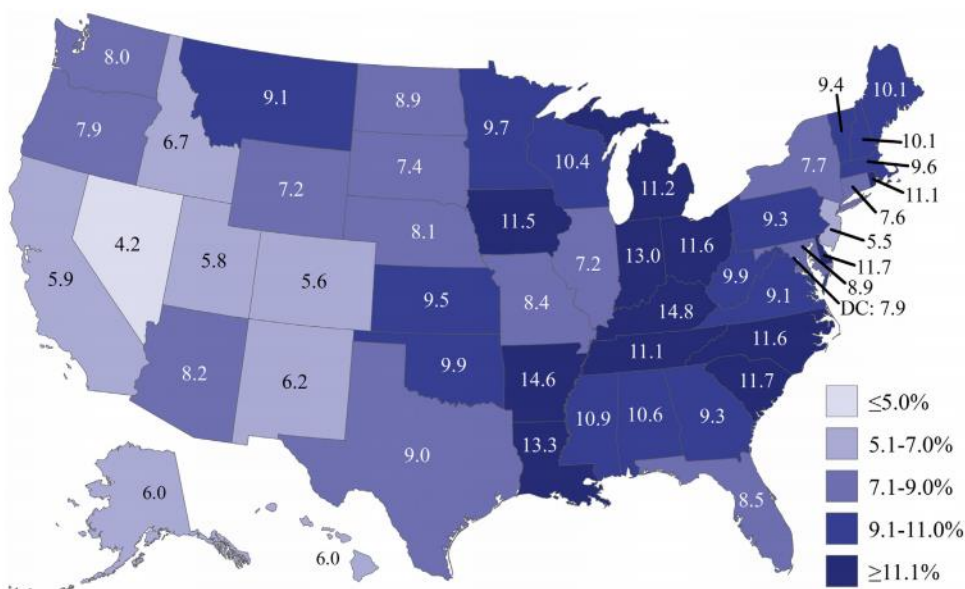
3.2 ADHD I DAGENS SAMFUNN

ADHD er den diagnosen i Norge med mest vekst de siste tiårene, og antall barn og unge som bruker medisiner for ADHD har hatt en kraftig økning. Diskusjonen om utviklingen rundt ADHD, og spesielt med tanke på medisiner av unge, er svært aktuell. I sin artikkel *Urovekkende utvikling rundt ADHD?* melder Idås (2006) sin bekymring knyttet til medisinskrivingen til barn under 18 år. Denne utviklingen er tydelig også i USA (Visser et al., 2013).

3.2.1 PÅVIRKET UTENIFRA?

Da diagnosen ADHD ble «... vedtatt gjennom en enkel votering i APA ...» (Sivertsen & Tranøy, 2007, s. 10) i 1989, fikk 500 000 barn i USA diagnosen dette året. Da var andelen «... 5 % av funksjonshemmede skolebarn såkalte ADHD-tilfeller. Andelen ADHD-tilfeller var ved utgangen av 1990-årene økt til nesten til 30 %» (Sivertsen & Tranøy, 2007, s. 12). I løpet av 90-årene steg antallet barn med diagnosen til 5 millioner, hvorav 3 millioner brukte Ritalin eller andre sentralstimulerende stoffer (Sivertsen & Tranøy, 2007, s. 12). Og slik har utviklingen fortsatt.

I 2011 ble 2 millioner flere barn og unge mellom 4-17 år diagnostisert med ADHD i USA sammenliknet med 2003. I 2011 tilsvarte dette 11 % av befolkningen i samme aldersspenn, til sammen 6,4 millioner barn og unge. Fordelingen mellom kjønn viste at 1 av 5 gutter og 1 av 11 jenter i amerikanske videregående skoler hadde ADHD-diagnose. Økningen fra 2003 til 2011 har vært jevn, fra 7,8 % i 2003, 9,5 % i 2007, og 11 % i 2011. Det har også vært en økning i antall barn og unge som medisineres, med en årlig økning på 7 % fra 2003 til 2011, da tallet var på 6.1 %, noe som tilsvarer 3,5 millioner barn og unge (Visser et al., 2013). Det viser seg også å være store geografiske forskjeller på forekomsten:



Figur 2: Prosentvis forekomst av barn og unge fra 4-17 år med ADHD-diagnose i USA fordelt på stater (Visser et al., 2013).

Man kan spørre om ikke dette kun er et amerikansk fenomen, eller om Norge er USAs «lillesøster» i ADHD-spørsmålet (Nordengen, 2011). Timimi og Leo påstår at «The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder ... has reached epidemic proportions, particularly amongst boys in North America» (2009, s. 1). Videre sier de at ADHD er godt etablert i

mange lokale kulturer, spesielt i Nord-Amerika, Australia og Nord-Europa, og at politiske og økonomiske krefter har en stor innvirkning på samfunnets oppfattelse av barndommens natur. «ADHD-barnet» er en ny kategori som har dukket, opp mener Timimi og Leo (2009).

3.2.2 STATISTISK OVERSIKT I NORGE

Sammenlignet med USA er forekomsten av ADHD blant norske barn og unge beskjeden. Likevel spør Idås og Våpenstad «Er vi best i klassen, eller skaper vi en tragedie?» i artikkelen med samme navn (2009). Med dette stiller de spørsmål ved om økningen ADHD-diagnoser i befolkningen er et tegn på at vi er på rett vei, eller om det er et farlig varsel at ADHD er den hyppigst stilte diagnosen innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom. «Særlig i vesten ser vi en markant økning av lidelsen, og parallelt øker forbruket av ADHD-medisin både nasjonalt og internasjonalt» (Idås & Våpenstad, 2009, s. 878). I den vestlige verden hadde salget av ADHD-medisinene Ritalin, Concerta og Strattera en økning på 582 % fra 2,8 til 19,1 tonn på 1990-tallet, og i Norge er utviklingen enda mer bekymringsfull. Her økte utskrivingsutgiftene fra 18 millioner kroner i 2002 til 118 millioner kroner i 2005 (Idås, 2006), en økning på 555 % på 3 år. Jeg vil omtale medisinbruk knyttet til ADHD i avsnitt 3.2.3 «Medikalisering av samfunnet».

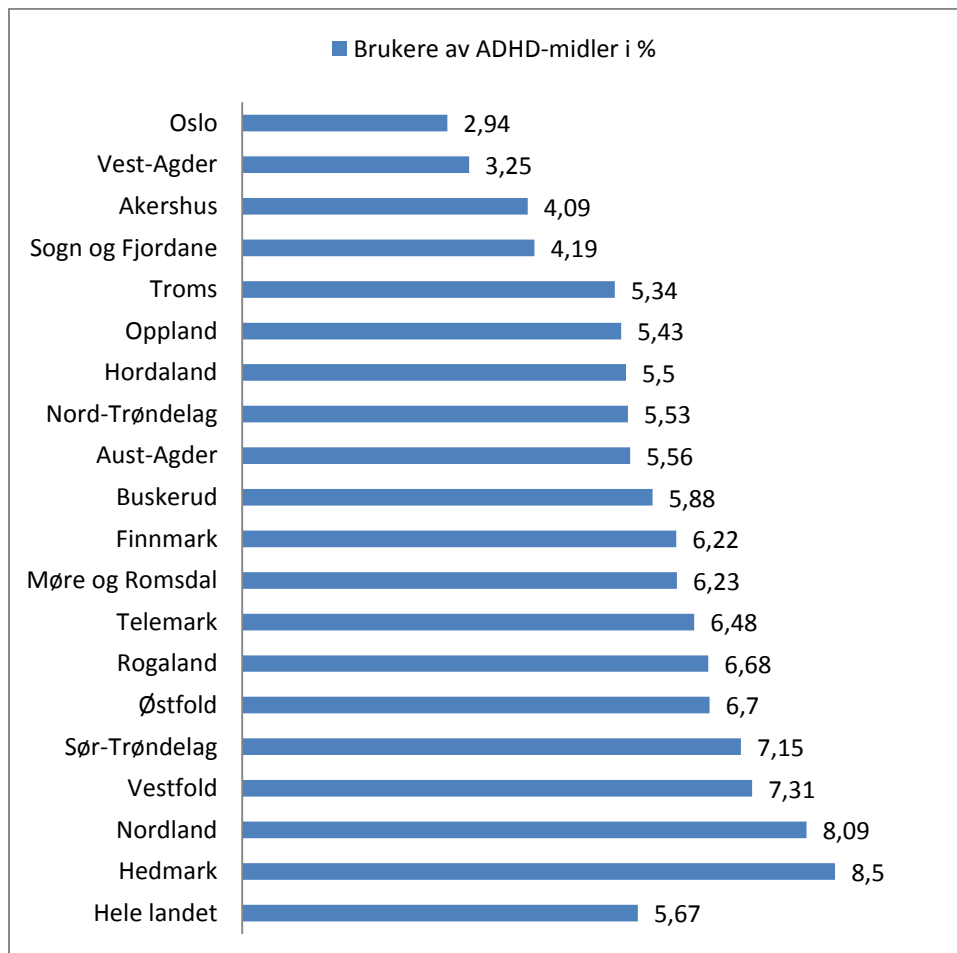
Gjennom Reseptregisteret kan en få en oversikt over antall brukere av ADHD-midler i ulike alders-, kjønns-, bosteds-, og periodekategorier (Folkehelseinstituttet, u.å.).

Tabell 2: Brukere av ADHD-midler i antall og prosent av befolkningen i 2004 og 2013, og prosentvis økning i perioden.

Alders- gruppe	Antall brukere		Befolkningsgrunnlag		Brukere i prosent av befolkningsgrunnlag		Prosentvis økning
	2004	2013	2004	2013	2004	2013	
År							
0-9 år	1 806	2 298	566 372	590 568	0,32 %	0,39 %	22 %
10-14 år	4 555	8 306	312 785	307 245	1,45 %	2,70 %	86 %
15-19 år	2 902	7 221	288 334	324 506	1,01 %	2,23 %	120 %
Totalt 0-19 år	9263	17825	1 167 491	1 222 319	0,79 %	1,46 %	84 %

Tallene under sier ikke noe om antall personer med ADHD-diagnosen, da flere av ulike årsaker ikke medisineres. Av tabellen kan vi derimot se vi at bruken av ADHD-midler har økt i alle alderskategorier fra 2004 til 2013. Den mest markante økningen finner vi i aldersgruppen 15-19 år; med en økning fra 1,01 % til 2,23 % av befolkningen i dette aldersspennet, en økning på 120 %.

Vi har sett at antallet ADHD-medisinerede barn og unge i USA har hatt stor geografisk variasjon, og gjennom Reseptregisteret kan tilsvarende data hentes ut for Norge. Det er interessant å merke seg det er en markant forskjell i forekomst av ADHD-medisinerede barn og unge fylkesvis, vist i figur 3.



Figur 3: Antall ADHD-medisinerede barn og unge i % fra 0–19 år fordelt fylkesvis²⁶.

Figuren viser fylkesvis variasjon, med lavest prosentandel brukere av ADHD-midler for barn og unge mellom 0 til 19 år i Oslo, med i underkant av 3 %, mens det i Hedmark for tilsvarende gruppe er 8,5 % brukere av ADHD-midler. Av statistikken fra Reseptregisteret kan vi også se ulikhetene mellom kjønn. I aldersgruppen 0–19 år bruker 3,3 % jenter ADHD-medisiner, mens tilsvarende tall for gutter er på 7,9 %²⁶.

SINTEF-rapporten *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD* (Andersson, Ådnes, & Hatling, 2004), sier at epidemiologiske studier²⁷ fra ulike land viser varierende forekomst av ADHD i

²⁶ Tallene er hentet fra statistikk funnet på Reseptregisteret i oktober 2014, og viser forekomst fra 2013.

²⁷ Studier om utbredelse av diagnosen (Rønhovde, 2004, s. 155)

barne- og ungdomsbefolkningen, og at grunnen til dette er bruk av ulike metoder og diagnostiske kriterier. Tallet på utbredelser av diagnosen avviker derfor svært mye. For eksempel opererer Zeiner i sin bok med tall fra epidemiologiske undersøkelser hvor DSM-systemets ADHD-begrep anvendes, og andelen som oppfyller kriterier for ADHD-diagnosen varierer mellom 2 % og 20 % (2004, s. 45). På grunn av de store variasjonene, velger jeg derfor å forholde meg til mer nøyaktig statistikk knyttet til medisinerbruk. Vi må derfor anta at antallet barn og ungdommer som har diagnosen er betydelig høyere.

3.2.3 MEDIKALISERING AV SAMFUNNET

Legemidlene det er snakk om i Reseptregisteret knyttet til ADHD-midler er amfetamin, dexamfetamin, metylfenidat og atomoksetin²⁸. Som jeg har vist i avsnitt 3.2.2, har det vært en markant økning i bruken av ADHD-medisiner, både i USA og Norge.

Peter Conrad skrev i 1976 sin doktoravhandling gjennom deltakende observasjonsstudie av medikaliseringen av hyperaktive barn; *Identifying Hyperactive Children – The Medicalization of Deviant Behavior*, og har hatt interesse for fenomenet medikalisering siden den tid (Conrad, 2007, s. x). Conrad, Mackie og Mehrotra definerer medikalisering slik: «Medicalization is the process by which non-medical problems become defined and treated as medical problems, usually as illnesses or disorders» (2010). Videre skriver de at de anser medikalisering som et kontinuum hvor det er ulike grader av medikalisering (Conrad, Mackie & Mehrotra, 2010). I de siste 30 årene har medisinske fagfolk identifisert flere problemer som har blitt bedre kjent som sykdom, forstyrrelse eller lidelse, og antallet livsproblemer som er definert som medisinske øker enormt (Conrad, 2007). Betyr denne økningen at det er en ny epidemi av medisinske problemer, eller har det vært en bedring i hvordan å identifisere og behandle allerede eksisterende problemer, spør Conrad (2007). Videre reflekterer han rundt om årsaken til denne økningen skyldes at en hel rekke av livets problemer nå mottar medisinske diagnoser og er gjenstand for medisinsk behandling, til tross for tvilsomme bevis på symptomenes medisinske natur (2007, s. 3, egen oversettelse). Spørsmålet er om medikaliseringen er basert på at mennesket har reelle medisinske problemer, og videre hvem det er som betrakter disse problemene, eller om det er de som har makt til å definere et problem som medisinsk som bidrar til denne samfunnsendringen (Conrad, 2007, s. 4). Conrad ser medikaliseringen av mange sosiale problemer som et generelt trekk ved den

²⁸ I Norge brukes vanligvis metylfenidat, hvor vi finner preparatene Ritalin og Concerta, og amfetamin, med preparatene Racemisk amfetamin og Dexedrine, som alle faller under medikamentgruppen sentralstimulerende medikamenter (Rønhovde, 2004). Atomoksetin er et antidepressivt middel, hvor preparatet som brukes for behandling av ADHD-symptomer heter Strattera (Adalbéron, 2008, s. 65–67).

vestlige kultur, og han gjør ADHD til objekt for en studie av dette fenomenet i boken *Identifying hyperactive children: the medicalization of deviant behavior* (Conrad, her fra Nordengen, 2011, s. 29).

Det er ingen test som kan bekrefte ADHD-diagnosen, hverken blodprøve, MR eller psykologiske tester, skriver Idås (2006), og viser til National Institutes of Health som i 1998 uttalte etter en konsensuskonferanse om ADHD; «We do not have an independent, valid test for ADHD, and there is no data to indicate that ADHD is due to a brain malfunction» (National Institutes of Health, her fra Idås, 2006, s. 262). Andre vil derimot argumentere for det motsatte, og det finnes sterke krefter innenfor dette miljøet som påstår at de har bevis for at ADHD nettopp er et biologisk fenomen som kan medisineres med for eksempel Ritalin eller Concerta (Barkley, 2006; Barkley et al., 2002). I et sosialkonstruktivistisk perspektiv kan en se på utviklingen av stadig flere antall diagnoser som at hverdagslige problemer gjøres til patologier, som igjen fører til at normalitetsbegrepet snevres inn.

3.3 ADHD - ET KONTROVERSIELT FELT

Som jeg har vist i den historiske utviklingen til ADHD var forståelsen på 1920-tallet og fremover at symptomene på hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsvansker forårsaket av skade på hjernen (Zeiner, 2004). Ideen om at ADHD er en biologisk sykdom dominerer blant forskere og fagmiljøet også i dag, og den ledende innenfor denne forståelsen er Russel Barkley fra det medisinske universitetet i Massachusetts (Nylund, 2000). Denne retningen møter likevel motstand, og ADHD ansees som et kontroversielt felt. Jeg vil i det følgende legge frem hovedpunktene og forskning innenfor det biomedisinske paradigmet, samt redegjøre for andre forståelser av ADHD som kritiserer denne.

3.3.1 MEDISINSK FORSTÅELSE AV ADHD

I biomedisin er det en naturalisert oppfatning av sykdom, noe som innebærer at både diagnose og behandling skal forankres i vår forståelse av den biologiske kroppen som natur, det vil si en subjektløs eller naturlig, biologisk natur. Diagnosen i en (bio)medisinsk forståelsesramme impliserer vitenskapelig kunnskap om etiologi (årsaken bak), patologi (sykdomsprosessen), og prognose (utvikling), og at dette kan etterprøves gjennom medisinske data (Ekeland, 2003). ADHD har veldig sterke biologiske bidrag til sin forekomst, til tross for at nøyaktige årsaker enda ikke har blitt identifisert (Barkley & Murphy, 2006). Selv om flere etiologier kan

lede til ADHD, peker bevisene på neurologiske og genetiske faktorer som de største bidragsyterne til ADHD, hevder Barkley (2006, s. 219, min oversettelse)

3.3.1.1 NEUROLOGISKE FAKTORER

Rapporten fra Skandinavias største, uavhengige forskningskonsern, SINTEF, åpner med å si at ADHD er en medfødt, neurologisk funksjonsforstyrrelse (Andersson, Ådnes & Hatling, 2004, s. 25), og i litteraturen henvises det til en mengde studier som bekrefter dette utsagnet. I følge Barkley (2006) er det blitt bemerket likheter mellom symptomer på ADHD og det som kan sees etter lesjoner²⁹ eller skader på frontallappene, og mer spesifikt hjernebarken. «Evidence continues to mount that ADHD is associated, at least in part, with structural and/or functional differences from normal in the frontal lobes, basal ganglia, and cerebellum» (Barkley, 2006, s. 220). I undersøkelser av hjernefunksjon³⁰ har man kunnet påvise nedsatt aktivitet i blant annet hjernestamme, mellomhjerne, basale ganglier og pannelappen ved oppgaver som krever utholdende oppmerksomhet (Duvner, 2004, s. 25). Det er nedsatt blodgjennomstrømming til områdene i fremre del av hjernen, som frontallappene og basalgangliene, det er snakk om, og det antas at dette er forårsaket av for liten aktivitet i nervebanene til disse (Barkley, 2006, s. 221; Zeiner, 2004, s. 56). Barkley viser til en artikkel skrevet i 2002 med tittelen «Effects of methylphenidate discontinuation on cerebral blood flow in prepubescent boys with attention deficit hyperactivity disorder» av Langleben med flere, som fant at blodgjennomstrømming i de prefrontale regionene i hjernen og lillehjernen ser ut til å bli påvirket av metylfenidat (Langleben et al., her fra Barkley, 2006, s. 221), legemiddelet som brukes i blant annet Ritalin og Concerta. I tillegg indikerer flere MRI-studier mindre total hjernestørrelse i følge Barkley, i hovedsak størst reduksjon i frontallappene, basale ganglier og lillehjernen (2006, s. 237). Flere innenfor den medisinske forståelsen av ADHD viser til undersøkelser knyttet til lavt dopamin-nivå som en neurologisk faktor, men da dette også kommer inn under kategorien genetisk faktor, blir det derfor omtalt nedenfor.

3.3.1.2 GENETISKE FAKTORER

Barkley og Murphy hevder at det er liten tvil om at arv og genetiske faktorer er sentrale, og at arveligheten på ADHD er på 80 % (2006). Forskerne har identifisert flere gener som knyttes til ADHD, og det vil uten tvil oppdages enda flere, hevder de. Dette begrunner de med at når

²⁹ «Lesjon, fellesbetegnelse på alle slags lokaliserte skader på kroppen (ytre vold, svulst, infeksjon)» (Schichtling, 2009).

³⁰ Med PET – Positron Emission Tomography og SPECT – Single Photon Emission Computed Tomography (Duvner, 2004, s. 25), og MRI – Magnetic Resonance Imaging (Zeiner, 2004, s. 56).

det er gitt at ADHD består i flere komplekse atferdsmessige trekk, er det usannsynlig å finne svar i kun ett gen (Barkley, 2006; Barkley & Murphy, 2006). De som ikke er blant de 80 % av barn, unge og voksne med ADHD som er genetisk disponert for dette, er det andre årsaker som forårsaker «... the risk of the disorder in varying degrees», i følge Barkey og Murphy (2006, s. 7). Her nevner de vanskelige svangerskap, foster som er utsatt for alkohol eller tobakk, for tidlig fødsel og signifikant lav fødselsvekt, overdreven høyt nivå av bly i kroppen, eller skader mot prefrontale regioner av hjernen etter fødsel (Barkley & Murphy, 2006).

Det er flere studier som er gjennomført som forklarer den genetiske faktoren som den best begrunnede årsaken, mener Barkley (2006, s. 226). Barkley viser til forskning som er gjort når han oppsummerer at forskere har sett en høyere utbredelse av psykiske lidelser hos familie og nære slektninger av barn med ADHD (2006, s. 226). I tillegg viser han til studier gjort på adopterte barn som rapporterer om høyere forekomster av hyperaktivitet hos de biologiske foreldrene til hyperaktive barn, enn hos adoptivforeldrene til disse barna. Studiene viser at hyperaktive barn er mer sannsynlige til å ligne på sine biologiske foreldre enn adoptivforeldre med tanke på hyperaktivitet (Barkley, 2006, s. 226–227). Tvillingsstudier er det tredje beviset på det genetiske bidraget i forståelsen av årsaker bak ADHD som Barkley legger fram; «The evidence is both substantial in scope and striking in the magnitude of the genetic role in this disorder» (2006, s. 227). En rekke store tvillingstudier gjennomført etter hverandre, har vært bemerkelsesverdig konsistente med konklusjonen som viser at et stort flertall, 70-95 %, av trekkene knyttet til ADHD er et resultat av genetiske faktorer (Barkley, 2006, s. 227). Barkley hevder videre at tvillingstudiene også kan fortelle oss mye om miljømessige faktorer, og at studier viser at delt miljø tilfører lite, hvis noen, forklaring på individuelle forskjeller i egenskapene som ligger til grunn for ADHD (2006, s. 228).

På molekylært nivå er det gjort flere studier som undersøker dopamin-regulerende gener, og den mest pålitelige genetiske variasjonen forbundet med ADHD er DRD4, den 4. dopaminreseptoren som er identifisert i hjernen (Barkley, 2006, s. 228–229). Dopamin er et signalstoff som overfører impulser mellom nervecellene i hjernen, og dette har betydning for kontroll av blant annet «belønningssystemet» i hjernen (Dietrichs, 2009). Rønhovde skriver at «Resultater fra forskning på både mennesker og dyr tyder på at symptomer på ADHD har sin årsak i dysfunksjon i de systemene i hjernen som bruker blant annet dopamin, slik at det blir et underskudd på dopamin» (2004, s. 130).

3.3.2 KRITIKK MOT DEN RÅDENDE DISKURS - ULIKE FORKLARINGSMODELLER

ADHD er en av de emnene det finnes mest forskning på innenfor flere disipliner (Graham, 2008). Av de ulike måtene å tilnærme seg fenomenet innkapslet i den språklige merkelappen ADHD på, finner vi to paradigmer som dominerer; medisin og psykologi (Graham, 2008, s. 4). Innenfor det medisinske paradigmet, har vi sett en tendens til å trekkes mot psykologien gjennom nevropsykologiske faktorer, som de eksekutive funksjonene som ofte forbindes med arbeidsminne, planlegging, språklig flyt, motorisk koordinasjon og sekvensering, og tidsoppfattelse (Barkley, 2006), kjente vanskeområder for barn, unge og voksne med ADHD-dignose (Denckla, 2005; Duvner, 2004; Kutscher, Attwood, Wolff, & Holm-Hansen, 2013; Rønhovde, 2004; Willcutt et al., 2005).

«Frå å vere ein medisinsk disiplin som gjorde galskap til sjukdom, har moderne psykiatri ekspandert til å gjelde livsens vanskar generelt». Slik åpner Ekeland sin artikkel «Ein diagnose av psykiatri diagnoser» (2003, s. 56). Selv om en kan se visse sammenhenger mellom den biomedisinske og den psykologiske forståelsen av ADHD, stiller Løkke seg kritisk til biomedisinske paradigmet endimensjonalitet (2006). I arbeidsgruppen bak den forrige *Veilederen i diagnostikk, og behandling av AD/HD* (Sh.dir., 2007), satt det tolv personer, hvorav åtte var leger og en psykolog (Løkke, 2006). Løkke stiller spørsmål om ikke hele psykologien er tjent med å markere motstand mot at flere og flere lidelser blir sortert under det biomedisinske kunnskapsregimet.

3.3.2.1 PSYKOLOGISK FORSTÅELSE AV ADHD – KRITIKK MOT DET MEDISINSKE PARADIGMET

Det er nødvendig å dele opp verden for å forstå den, skriver Ekeland (2003), men hvordan vi deler den opp, etter hvilke klassifiseringssystem, er ikke gitt. I den medisinske diskursen blir mennesket sett på som biologisk natur, uten subjekt. Å diagnostisere kroppen, gir ikke kroppen sykdom, men å diagnostisere atferden, tankene og følelsene til en person, blir noe annet, skriver Ekeland (2003). Da diagnostiseres den andre som person, og subjektiviteten til den diagnostiserte objektiveres. Diagnosen kommuniserer både til personen sin tolkning av seg selv, og omverdenen sin tolkning av personen, og en må derfor se annerledes på diagnostiseringen av psykiske enn av somatiske lidelser (Ekeland, 2003).

Psykologien styres mot et psykososialt paradigme for å gi forklaring på og tiltak for å bedre barnets atferd som anses som uønsket (Graham, 2008). Spørreskjemaene som brukes i

utredningen av ADHD, er psykometriske³¹. Diagnosen ADHD er basert på atferdskriterier, og barnet eller ungdommen måles da opp mot normative standarder i forhold til hvordan andre barns atferd er (Armstrong, 1999; Damm & Thomsen, 2012; Pliszka, 2009; Smith, 2006). Lærere blir også bedt om å se etter faresignaler, for eksempel at barnet «ser ustelt ut», «har venner som enten er mye eldre eller mye yngre», «disiplinering hjelper ikke», «havner i slåsskamper», «glemmer og mister ting», «husker ikke lekser», «unnlater å se gjennom skolearbeidet sitt», «farer gjennom ting, gjør slurvete arbeide», og / eller «gjetter når de svarer» med mer (Tranøy, 2007, s. 360). Registrerings- og spørreskjemaene blir kritisert for å ha store og signifikante forskjeller på vurderingen av disse, avhengig av land og kultur, og også innenfor samme kultur (Timimi et al., 2004). Kanskje er det dette vi ser bevis på i statistikken over medisinbruk i Norge (jf. avsnitt 3.2.2)? Resultatene på psykometriske tester kan avgjøre hvorvidt barnas og ungdommenes problemer i skolen vil bli klassifisert som lærevanske, eller om de er forårsaket vanskene knyttet til oppmerksomhetskontroll (Graham, 2008, s. 10–11).

Det er den asosiale atferden som granskes, og medisineren i tiltagende grad inngår som et ledd i vår kulturs måte å disiplinere atferd på, skriver Løkke (2006, s. 267). Løkke kritiserer også det biomedisinske synet på ADHD for ikke å ta høyde for kjønnsforskjeller, og at «uro, mangel på konsentrasjon, impulsivitet og aggresjon ...» er en del av guttekulturen (Løkke, 2006, s. 266)³². I tillegg hevder Løkke at gutters smerte setter seg som uro, impulsivitet, konsentrasjonsvansker og aggresjon i kroppen. «I dette perspektivet er ADHD-symptomene ikke å betrakte som dysfunksjoner, men som den eneste mulighet til å uttrykke at det er noe vondt i deres liv» (Løkke, 2006, s. 267).

Lars Smith kritiserer det biomedisinske paradigmat for ikke å tillegge informasjon om oppvekstmiljøet større vekt, fordi barn som har vært mishandlet, fysisk eller emosjonelt, ofte blir oppfattet som barn med ADHD (2006, s. 268). I en studie av 114 menn og kvinner som fikk ADHD-diagnose i voksen alder, ble det funnet at «Emotional abuse and neglect are more common among men and women with ADHD as compared to controls» (Rucklidge, Brown, Crawford, & Kaplan, 2006, s. 631). Selv om studien antyder en sterk sammenheng mellom forekomsten av ADHD-symptomer og misbruk av barn, er det uklart om barn som viser ADHD-symptomer har større sannsynlighet for å bli misbrukt, eller om emosjonell

³¹ Psykometri omfatter i dag metoder og teorier for konstruksjon og evaluering av psykologiske måleinstrumenter (bedømmelsesskalaer, spørreskjema og psykologiske tester), og den statistiske behandling av data innsamlet med slike metoder (*Psykometri: psykologi*, 2012).

³² Dette uttrykkes også i Høringsutkastets kapittel om ADHD (se tekstanalyse i avsnitt 4.2.1.1), men er fjernet i Retningslinjen.

mishandling og omsorgssvikt øker sjansen for «å utvikle ADHD-symptomer» (Rucklidge, Brown, Crawford, & Kaplan, 2006, s. 639).

Også Idås og Våpenstad beskriver at barn og unge med belastende oppvekstvilkår som stress, psykisk sykdom, rus i nære relasjoner, mobbing, disharmoni og trusler, normalt sett sliter med konsentrasjon, oppmerksomhet og reguleringsvansker (2009, s. 879). De er kritiske til at barn som oppleves som urolige alltid må testes psykometrisk, da disse testene vil mangle validitet i forhold til om de måler vansker *i* barnet, eller vansker *rundt* barnet (Idås & Våpenstad, 2009, s. 879, min kursivering). Idås og Våpenstad viser til Perry og Shore når de uttrykker sin bekymring; «Vi mener det er en fare for at barn som egentlig skulle ha blitt behandlet for traumer, depresjon, angst og stresslidelser, havner i kategorien ADHD, nettopp fordi disse plagene også kan vise sine symptomer som svekket konsentrasjon / oppmerksomhet og indre og ytre uro» (Perry & Shore, her fra Idås og Våpenstad, 2009, s. 879). Barkley skriver i *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2006) ett kapittel om komorbiditet, og det er mange tilstander og vansker som listes opp. Steven R. Pliszka har skrevet en bok om ADHD og komorbiditet (2009), og omtaler blant annet opposisjonell atferdsforstyrrelse, bipolar lidelse, depresjon, angst, tvangslidelser, utviklingshemming og diagnoser innenfor autismspekteret, i sammenheng med ADHD. Armstrong, som i boken *ADD/ADHD alternatives in the classroom*, kritiserer det han kaller ADD/ADHD-paradigmet, mener de komorbide faktorene faktisk kan forårsake dypere, emosjonelle problem (1999, s. 44). Armstrong viser til studier som sier at det er en økende mengde forskning som tyder på at slike traumer kan svekke nevrologisk funksjon (1999, s. 4). I de tidligere utgavene av DSM har for eksempel generell utviklingsforstyrrelse vært et ekskluderingskriterie for å få diagnosen, men med utgave 5 fra 2013, sees denne diagnosen som en komorbid diagnose (jf. avsnitt 3.1.3.3). Dette betyr at et barn med autismspekterforstyrrelse også kan få diagnosen ADHD, noe som ikke var mulig i DSM-IV-TR (Midtlyng, 2013). Det vil med andre ord være lettere å få ADHD-diagnosen nå enn tidligere når DSM-5 følges.

«Den voldsomme økningen i ADHD-tilfeller kan også være en respons på endrede livs- og familievaner og endrede skolerutiner, der større tempo og krav til hurtige endringer mer er regelen enn unntaket», skriver Idås og Våpenstad (2009, s. 879). I denne sammenheng velger jeg å vise til Anne Solberg, forsker ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), og hennes artikkel om barndommens skiftende natur i Norge; «Negotiating childhood: Changing constructions of age for Norwegian children» (1997). Hun har studert

hverdagslivet til norske barn, og hvilke oppgaver de har i og utenfor hjemmet. Hun stiller spørsmål til hvorvidt det er organiseringen av dagliglivet; oppgavefordeling mellom familiemedlemmer og fastsettelse av regler for oppførsel som implisitt avgjør hva det betyr å være et barn (Solberg, 1997, s. 126). Gjennom studier har Solberg funnet at flere barn nå enn tidligere er delaktige i arbeidsoppgaver i hjemmet til daglig, med blant annet matlaging, oppvask, støvsuging og vasking. I en moderne familie hvor begge foreldrene jobber, er «timebound contributions», oppgaver som ikke nødvendigvis tar lang tid, men som må gjøres på et spesielt tidspunkt, som sette over potetene eller hente småsøsken i barnehagen, bidrag som blir høyt verdsatt (Solberg, 1997, s.131–132). Solberg viser til undersøkelser gjort fra 1970- til '80-tallet, som viser at mødres tidsbruk på oppgaver i hjemmet har sunket, og Solbergs teori på dette er blant annet at barna har utført en større andel av husets gjøremål (1997, s. 133). Det jeg leser ut av artikkelen, er at barn og unges hverdag er endret; de har mer ansvar og flere oppgaver i hjemmet, de er oftere hjemme alene, og til en viss utstrekning er de mer «adultlike», som voksne (Solberg, 1997, s. 142). Barndommen har endret seg, og den sosiologiske forståelsen for barndom som Solberg representerer, er sosialt konstruert; «... that conceptions of childhood – what it is like or should be like to be a child – is part of culture and, as such, transforms through time and space» (Solberg, 1997, s. 126). Armstrong påpeker også at det ser ut til at vi presser barn til å vokse opp for fort; de flyttes gjennom utviklingsstadier før de er klare til å forlate dem (Elkind, her fra Armstrong, 1999, s. 40).

3.3.2.2 KRITIKK MOT BÅDE DEN BIOMEDISINSKE OG PSYKOLOGISKE FORSTÅELSEN AV ADHD
Kritikerne til den biomedisinske diskursen, påpeker flere feil ved forskningen som skal støtte synet om at ADHD er en verifiserbar, biologisk sykdom (Breggin, 2002; Nylund, 2000). Nylund viser til Golden som sier «Attempts to define a biological basis for ADHD have been consistently unsuccessful» (2000, s. 21). Barkleys fundament for å si at ADHD er en biologisk betinget sykdom basert på nevrologiske mangler, bygger på en undersøkelse som Zametkin og hans kolleger utførte i 1990, men som ifølge Nylund ikke er valid (2000, s. 21). Studien gikk ut på å undersøke hjernen til voksne med og uten ADHD-diagnose³³, og sammenlikne hjernens metabolisme. De fant at den kjemiske prosessen med å bryte ned glukose gikk saktere hos voksne med ADHD. Dette var mest framtrædende i den delen av hjernen hvor blant annet håndskrivning, oppmerksomhet og motorisk kontroll er viktigst. Dette overbeviste Barkley og Zametkin om at ADHD er en nevrologisk mangel, og ikke forårsaket av miljømessige faktorer. Tre år senere derimot, ble en replikasjon av studien gjennomført av

³³ med PET-skan (Nylund 2000)

Zametkin og co, hvor resultatet *ikke* viste signifikante forskjeller i hjernen på personene med og uten ADHD-diagnose. Likevel er studien fra 1990 holdt som et landemerke for Barkley og andre talsmenn for ADHD, uten å nevne studien tre år senere som ikke klarte å oppfylle et av hovedkriteriene for god vitenskap; at utfallet kan gjentas (Nylund, 2000). En annen feil ved studien, er uklarheter om funnene med lavere glukosemetabolisme hos voksne med ADHD var *årsaken*, eller om det var *følgen* av oppmerksomhetsvanskene. Uten å se på konteksten rundt og de miljømessige faktorene som førte til oppmerksomhetsvanskene, så er det ikke tydelig hva som har hendt, skriver Nylund (2000, s.21–22).

Breggin er tydelig i sitt budskap; «ADHD is not a ‘disease’ that can be transmitted genetically and is in no way genetic; it’s a description of behaviors that annoy adults and demand attention» (2002, s. 126). Videre påpeker Breggin at diagnosekriteriene i DSM kun er en liste over atferd som irriterer lærere og som krever ekstra oppmerksomhet i klasserommene, og han anklager «... drug-oriented professionals ... to justify the medicating of children who step out of line and don’t conform to teachers expectations» (Breggin, 2002, s. 126). Diagnosekriteriene er eksempler på atferd som kan være et resultat av alt fra skoleproblemer, familieproblemer, angst, konflikt mellom foreldrene, for lite oppmerksomhet fra voksne, dårlig kosthold, for lite søvn eller aktivitet, hevder Breggin. Barn med ADHD-merkelappen viser seg vanligvis å være stand til å kontrollere atferden sin når foreldrene eller lærerne finner den rette tilnærmingen, og bruker den konsekvent (Breggin, 2002, s. 128).

Studier som har bevist effekten av Ritalin og andre sentralstimulerende midler blir også kritisert. Fordi den vanlige oppfatningen om ADHD er en mangel på dopamin i frontallappene, og fordi sentralstimulerende stoffer er kjent for å øke dopaminnivået (Sivertsen & Tranøy, 2007), er teorien at for eksempel Ritalin er den beste behandlingen for symptomene som tolkes som ADHD (Nylund, 2000, s. 23). Undersøkelser av blant andre Judith Rapoport, viste allerede på 1970-tallet at både barn med og uten ADHD-diagnose responderte likt på sentralstimulerende stoffer, med å forbedre sin oppmerksomhet og kontroll over fysisk aktivitet (Rapoport, her fra Nylund, 2000). Nylund fortsetter med å kritisere det biomedisinske og psykologiske paradigmat med å henvise til et akseptert, psykiatrisk premiss; «If a patient responds to a psychotropic medication, it proves that a chemical imbalance is present» (Nylund, 2000, s. 23).

3.3.2.3 SOSIALKONSTRUKTIVISTISK FORSTÅELSE AV ADHD

Flere støtter kritikken mot den medisinske forståelsen av ADHD. «Claims about ADHD being a genuine medical disorder and psychotropics being genuine correctives have been shaken by criticism», sier (Timimi et al., 2004, s. 59), og fortsetter med «There are no cognitive, metabolic, or neurological markers for ADHD and so there is no such thing as a medical test for this diagnosis» (Timimi et al., 2004, s. 60).

Som jeg har vist i kapittel 2.1.1 om det sosialkonstruktivistiske forskningsparadigmet, er all vår forståelse kulturelt og historisk relativ (Burr, 2003). Kulturen for hvordan vi konstruerer hva vi anser som normalt og hva vi anser som avvik innenfor barndom, kreves å bli gransket i et sosialkonstruktivistisk paradigme, hevder Timimi (2005). Barns umodenhet er et biologisk faktum, men måten denne umodenheten blir forstått og gjøres meningsfull på, er kulturelt betinget (Prout & James, 1997, s. 7, egen oversettelse). Gjennom Anne Solbergs forskning på barns hverdagsliv, har vi sett at barn i dagens samfunn i Norge har flere ansvarsområder nå enn tidligere (1997). Timimi (2005) viser til et syn om at barndommen er i ferd med å miste sin uskyldighet, og at barndom er i ferd med å forsvinne gjennom for eksempel media. Han viser til Postman som hevder at barn har så godt som full tilgang til verdens vokseninformasjon, noe som fører til en kollaps av den moralske autoriteten til voksne (Postman, her fra Timimi et al., 2004). Videre påvirker dette barneoppdragelsen i vestlige kulturer som har blitt fylt med uro; «... parents and teachers feeling the pressure from the breakdown of adult authority discourse, feel they must act to control unruly children. ... This cultural anxiety has provided the ideal social context for growth of popularity of the concept of ADHD» (Timimi, her fra Timimi et al., 2004).

Det er ikke bare den farmasøytiske industrien som tjener på konseptet ADHD; det hjelper også med å skifte fokus fra de overnevnte sosiale dilemmaene og over til det individuelle barnet (Timimi et al., 2004). Sammen med dette, og en grunnleggende endring i våre kulturelle forventinger av barndom, kan den nåværende ADHD-epidemien i vesten sees på som et symptom på alt dette. Timimi og hans støttespillere avslutter artikkelen «A Critique of the International Consensus Statement on ADHD» (2004) med å påpeke at denne måten å se ADHD på ikke trenger å implisere at noen har skylden. Derimot så krever det et forsøk på å engasjere seg positivt i mellommenneskelige relasjoner, gjennom individualisert hjelp til familier og pedagogiske tilnærminger (Breggin, her fra Timimi et al., 2004), samt å bruke flere perspektiver for å styrke barn, foreldre, lærere og andre (Timimi, her fra Timimi et al., 2004).

Joar Tranøy, norsk historiker, kriminolog, psykolog og forsker, ble nominert til Den Store Psykologprisen 2012, blant annet for kritikk av Ritalin-medisinering ved ADHD (Pearson, 2011). I omtalen av Tranøy i presentasjonen av de nominerte beskrives han som svært interessert i psykiatriens overgrep mot enkeltmennesket. Artikkelen «Alternativer til ADHD og Ritalin» (Tranøy, 2007) bygger på en intervjuundersøkelse i perioden 1997-1998 av foreldre og deres barn fra 8-18 år. Også Tranøy kritiserer den medisinske diskursen for å gjøre fagfolkene blinde for kontekstuelle forhold (2007, s. 363). Han fortsetter med å kritisere ekspertene fordi de får «avvikene» til å bli mest mulig lik de andre i samfunnet gjennom medisiner, slik at de ikke tar så stor plass på skolen, med familien, eller på fritiden. Medisineren «... kan fjerne oppmerksomheten fra grunnleggende problemer og alternative muligheter og løsninger», hevder Tranøy (2007, s. 363). Tranøy viser til Ekeland sitt sitat: «'Korkje konsentrasjon', 'hyperaktivitet' eller 'impulsivitet' er fakta om verda lausreve frå ein sosial samanheng – ein er alltid konsentrert om noko, aktiv i noko eller impulsiv i høve til noko eller nokon. Dette er sosiale data, og ADHD diagnosen er i utgangspunktet ein sosial diagnose» (Ekeland, her fra Tranøy 2007, s. 365–366).

Med sin artikkel «A social relational critique of the biomedical definition and treatment of ADHD; ethical practical and political implications» (2013) ønsker Jim Wilson å tilby en sosialkonstruktivistisk kritikk av den medisinske definisjon og behandling av ADHD. Ved å plassere seg i det sosialkonstruktivistiske paradigmet, reflekterer Wilson over sin egen rolle og sin omtale av ADHD-feltet. Han bruker begrepet fordommer, («prejudice»), «... to suggest that my own opinions are themselves predicated on arguments that confirm my beliefs in support of a social orientation. However, prejudices creatively employed should also leave room for doubt about the certainty of one's position» (2013, s. 201). Wilson mener det er umulig å jobbe uten sine fordommer, og han skissere fem fordommer for å rette opp i ubalansen til det populære argumentet om at den atferden som omtales som ADHD er forklart som en psykiatrisk sykdom i sin artikkel (Wilson, 2013, s. 201, egen oversettelse):

1. fordom: Ikke begrens deg til mikroskopet når du kan løfte dine øyne til fjellene

Med dette kritiserer Wilson forskerne i det biomedisinske paradigmet for at en søken etter genetiske forklaringer marginaliserer det sosial og relasjonelle feltet, til tross for sammenhengen mellom hjernens funksjon og relasjonelle og emosjonelle miljø (Wilson, 2013, s. 202). I en utredningsfase vil profesjonelle som støtter en sosialkonstruktivistisk retning «... invite multiple perspectives and try to celebrate different points of view» (Wilson, 2013, s. 202).

2. fordom: Å diagnostisere sosiale, relasjonelle problemer i medisinske termer er å unngå viktige etiske spørsmål

Wilson trekker frem flere etiske hensyn i selve diagnostiserings- og behandlingsprosessen. For det første trekker han fram at behandleren gir en overflatisk diagnose, og at bivirkningene til medikamentell behandling får liten oppmerksomhet. Videre vil diagnosen presentere en illusjon av sikkerhet, og som en konsekvens av dette vil medisineringsregimet være feil behandlingsmetode. Behandlerne vil også kunne oppleve flere dilemmaer hvis de føler seg presset til å støtte medisineringsregimet, til tross for at de er i tvil om dets gyldighet. Wilson nevner blant annet møtet med desperate foreldre, lange ventelister og underbemanning for andre behandlingsmetoder, det at diagnosen kan utløse ressurser for familien og for skolen gjennom spesialpedagogiske tiltak. I tillegg trekker Wilson fram problemet med å stille seg kritisk til den rådende forståelsen med tanke på de profesjonelle relasjonene i kollegiet; bør en behandler innenfor den sosialkonstruktivistiske forståelsen tie hvis vedkommende blir oppmerksom på at andre behandlere prøver å overtale for eksempel foreldre om at medisineringsregimet er det rette? Hva hvis medisineringsregimet kveller andre familiesaker som kan være relevante? «All is context-dependent and since professional relationships are infused with passionate beliefs and prejudices, it is not easy to separate the argument from the person making it, despite a desire to do so» (Wilson, 2013, s. 204). Det er en risiko, påstår Wilson, å posisjonere seg med tanken om at ADHD er konstruert, og medisineringsregimet er feil, fordi det inviterer andre til enten å støtte, eller å motsette seg dette. Det er behov for kreative dialoger hvor flere perspektiver får plass, men dette krever en trygg kontekst hvor selvfølgeligheter tåler å bli stilt spørsmål ved for å influere debatten. Dette krever at debatten mot den medisinske diskursen løftes til en bredere, politisk arena.

3. fordom: Behandling må plasseres i en større, politisk sammenheng

At helsetjenester har blitt en handelsvare, løfter flere etiske hensyn om propagandaen som markedsføres av legemiddelfirmaer som støtter teorien om en nevrologisk dysfunksjon; hva hvis diagnosen er en oppfinnelse? I norsk sammenheng har for eksempel Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourette syndrom og narkolepsi, og foreningen ADHD Norge utgitt materialer, kurs, og støttet seg til kunnskap i en medisinsk forståelse av ADHD til foreldre, helsepersonell og barn og unge med diagnosen; hva hvis diagnosen er en oppfinnelse, og ikke en oppdagelse? En mer politisk orientert arena for debatt sikrer den skeptiske utøveren et bredere forum for uttrykk og innflytelse. «The practicality of creating

communities of engaged participants requires an attitude of exploration and initiative in the political arena of mental health organizations» (Wilson, 2013, s. 208).

4. fordom: Etisk praksis involverer det å kunne gjøre det som er mulig

Wilson stiller spørsmålet ved hvilke muligheter en sosialkonstruktivistisk behandler har i møte med klienter som ser ADHD utelukkende som et biologisk fenomen. Her illustrerer han fem eksempler på slike møter. Også boken til Armstrong presenterer alternative strategier for hvordan «... empower, not control kids, labeled ADD&ADHD» (1999, s.56–102), inkludert pedagogiske, kognitive, fysiske, affektive, mellommenneskelige og økologiske strategier. På grunn av oppgavens omfang har jeg ikke mulighet til å komme nærmere inn på alternative strategier «behandling av ADHD».

Oppsummering av den sosialkonstruktivistiske forståelsen av ADHD

For å oppsummere den sosialkonstruktivistiske forståelsen av ADHD, velger jeg å vise til Timimi's bok *Naughty boys: anti-social behavior, ADHD, and the role of culture* fra 2005. Vår oppfatning av barn og barndom er sterkt forankret i kulturelle verdier, og hvordan vi definerer normalitet og avvik varierer. «The more you examine how different cultures and the same culture over time views 'normal' childhood, the more difficult it becomes to know what is meant by a normal childhood», skriver Timimi (2005, s. 27). For å kunne definere avvik, må vi først kunne definere hva et normalt barn er. Videre spør Timimi; «Which version is the universal healthy and natural childhood from which others have deviated?» (2005, s. 27).

4. ANALYSE OG DRØFTING

Fairclough presenterer sitt rammeverk for å analysere muntlig eller skriftlig språk for å styrke forskningen på en rekke områder som angår samfunnsvitere (Fairclough, 2003). Hans tilnærming til diskursanalyse er basert på antagelsen om at språk er en ureducerbar del av det sosiale livet. Språkbruk er aldri et resultat av tilfeldige valg, og vår virkelighetsoppfatning formes og endres av språket. Analyse av tekst og analyse av de øvrige kommunikative begivenhetene er en viktig del av kritisk diskursanalyse (jf. avsnitt 2.3), men ikke uten å se på diskursordenen i tillegg (Fairclough, 2001, 2003; Fairclough & Halskov Jensen, 2008). Analyse av enhver type diskurs involverer «... et skift mellom komplimentære tvillinfoki, som begge er essensielle: kommunikative begivenheter og diskursordenen» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 123). Både Høringsutkastet og Retningslinjen er kommunikative begivenhet i regi av Helsedirektoratet.

Metodisk vil analysen ta for seg Faircloughs tredimensjonale modell for å drøfte hvilke diskurser om ADHD som ligger til grunn for utarbeidelsen av en ny retningslinje, og hvordan disse diskursene uttrykkes i den ferdige Retningslinjen. Jeg vil problematisere og drøfte det jeg finner underveis, og samle dette i en avsluttende konklusjon hvor jeg svarer på de tre forskningsspørsmålene for å belyse problemstillingen.

I analysedelen har jeg valgt en abduktiv tilnærming (jf. avsnitt 2.7). De identifiserte diskursene jeg finner i Høringsutkastet, er mitt utgangspunkt for min videre søken etter diskurser i Retningslinjen. I motsetning til en induktiv tilnærming, hvor en mengde iakttagelser destillerer en allmenn sannhet, vil abduksjonene styrkes gjennom ytterligere innhenting av empiri i Retningslinjen. De ulike abduksjonene vil lenkes til hverandre og settes i større sammenhenger for å få fram en sammenhengende framstilling (Czarniawska, her fra Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 523) av hvordan Helsedirektoratet konstruerer ADHD, og hvilke konsekvenser denne framstillingen av ADHD har for samfunnet generelt, og skolen spesielt.

Analysedelen består av seks deler. I avsnitt 4.1 presenteres Høringsutkastet omfang, inndeling og tekstforfatterne bak. Avsnitt 4.2, «Analysen av kommunikative begivenheter i Høringsutkastet», er analysens hoveddel. Her fordyper jeg meg i en tekstanalyse av de fire første kapitlene; Høringsutkastets bakteppe, før en analyse av den diskursive praksien følger. I avsnitt 4.3, «Diskurser i Høringsutkastet», oppsummeres hvilke diskurser om ADHD som ligger til grunn for utarbeidelsen av Retningslinjen. I avsnitt 4.4, «Diskurser i Retningslinjen»,

presenteres først utvalgte fakta om Retningslinjen, før jeg leter etter hvordan diskursene rundt ADHD uttrykkes i dette dokumentet, med utgangspunkt i diskursene fra Høringsutkastet. I denne delen analyseres også Retningslinjens sosiale praksis, for å sette funnene inn i en sosial kontekst. Avsnitt 4.5, «Diskursorden» er en klargjøring av den diskursorden Retningslinjens tema befinner seg i, før analysekapittelet avsluttes med en oppsummering i avsnitt 4.6. Her vil jeg samle trådene over hva jeg har funnet ut om hvordan ADHD framstilles i Høringsutkastet og Retningslinjen, og hvilke konsekvenser dette kan ha for samfunnet generelt, og skolen spesielt.

4.1 UTVALGTE, OBSERVERBARE FAKTA OM HØRINGSUTKASTET

Høringsutkastet er på 64 sider, inkludert forside, forord, innholdsfortegnelse, vedlegg, referanser, bakside, og de ni kapitlene; 1) «Sammendrag», 2) «Innledning», 3) «AD/HD i korte trekk», 4) «Utredning og diagnostisering», 5) «Behandling og oppfølging», 6) «Behandling med legemidler av barn, unge og voksne», 7) «Tilpasset opplæring for elever med AD/HD», 8) «Metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser hos barn og unge med AD/HD», og 9) «Tilrettelegging og oppfølging i arbeid». Selve teksten består av 21 222 ord og 58 anbefalinger. Den har vært på høring i tre måneder, og 58 høringssvar ble levert (Retningslinjen, s. 10).

4.2 ANALYSE AV KOMMUNIKATIVE BEGIVENHETER I HØRINGSUTKASTET

«Kritisk diskursanalyse af kommunikaive begivenheder analyserer reaktioner mellem tre dimensioner eller falcetter af begivenheden, ... tekst, diskursiv praksis og sociokulturel praksis» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 124). Fairclough trekkes altså mellom tre stadier; «... *description* of text, *interpretation* of the relationship between text and interaction, and *explanation* of the relationship between interaction and social context» (Fairclough, 2001, s. 91). Jeg skal i det følgende beskrive teksten (4.2.1), og tolke den diskursive praksisen (4.2.2) i Høringsutkastet. Den tredje dimensjonen av kommunikative begivenheter; forklaring av forholdet mellom diskursiv praksis og sosial praksis, vil jeg se på i avsnitt 4.4.2.4 «Analyse av sosial praksis – forklarende del».

4.2.1 TEKSTANALYSE - BESKRIVENDE DEL

Fairclough har en mengde redskaper for å analysere tekster med. Disse redskapene har til hensikt å få innblikk i på hvilke måter «... tekster behandler begivenheder og sociale

relationer og dermed konstruerer bestemte versjoner av virkeligheten, sociale identiteter og sociale relationer» (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 95).

På grunn av oppgavens omfang vil jeg ikke ha mulighet til å gjennomføre en like grundig tekstanalyse av Høringsutkastets 64 sider ved hjelp av alle kategoriene og analyseverktøyene som presenteres i Faircloughs utgivelser. Jeg vil på bakgrunn av formålet med analysen av Høringsutkastet; hvilke diskurser om ADHD ligger til grunn for utarbeidelsen av nasjonal faglig retningslinje, ta utgangspunkt i tre kategorier med underspørsmål som Fairclough presenterer i *Language and Power* (2001); vokabular, grammatikk og tekststruktur (vedlegg 4). Fairclough presiserer at disse spørsmålene kan fungere som en guide, og ikke en oppskrift. Jeg velger derfor å ha følgende analytisk hovedfokus i de forskjellige delene av Høringsutkastet:

Tabell 3: Oversikt over tekstanalytisk fokus av Høringsutkastet

Deler og kapitler av Høringsutkastet	Kapitler i oppgaven og analysefokus	Begrunnelse for valg av analytisk hovedfokus
1) Forside, forord, kapittel 1 «Sammendrag» 2) Kapittel 2 «Innledning» 3) Kapittel 3 «AD/HD i korte trekk»	4.2.1.1 Vokabular Analyse av erfaringsverdi, relasjonell verdi og ekspressiv verdi	I disse delene av Høringsutkastet framstår tekstforfatterne som mest fri med tanke på ordvalg og formuleringer i forordet, sammendraget og innledningen. Ordvalg vil dessuten bli avgjørende i måten ADHD beskrives i kapittel 3. Delene kan gjennom analyse av vokabular vise hvilket fokus Høringsutkastet har, og hva de ønsker å formidle.
4) Kapittel 4 «Utredning og diagnostisering»	4.2.1.2 Grammatikk Analyse av modalitet og transitivitet	I denne delen av Høringsutkastet vil flere råd, anbefalinger og bestemmelser komme til uttrykk, og analyse av modalitet og transitivitet kan si noe om tekstforfatternes forpliktelser og rolle til det som formidles.
5) Hele Høringsutkastet	4.2.1.3 Tekststruktur	I analyse av tekststruktur blir hele dokumentet sett på som helhet i måten det er bygd opp, og hvordan det samsvarer med andre dokumenter det er naturlig å sammenligne det med.

Ved å dele opp det analytiske fokuset på denne måten, ønsker jeg å oppnå to ting; 1) å vise hvordan kritisk diskursanalyse gjennom Faircloughs analyseverktøy av tekst kan benyttes som metode. Jeg har fokus på vokabular gjennom ordlydenes verdi, grammatikk gjennom modalitet og transitivitet, og tekstens struktur. Samtidig vil jeg 2) bruke hele Høringsutkastet (i motsetning til å trekke ut enkelte kapitler), dog med ulikt fokus for de forskjellige delene, for å undersøke og vise hvilke diskurser om ADHD som ligger til grunn for utarbeidelsen av Retningslinjen. Jeg velger også å inkludere betraktninger med utgangspunkt i teksten om jeg oppdager elementer som jeg mener er relevant i søken på diskurser i Høringsutkastet, selv om det kan gå ut over det planlagte tekstanalytiske hovedfokuset³⁴. Som jeg viste innledningsvis til dette kapitlet, vil de følgende avsnittene med analyse av kapittel 1-4 ligge til grunn i en tolkning av diskursiv praksis (4.2.2).

4.2.1.1 VOKABULAR

I spørsmålene som omhandler vokabular og grammatikk skiller Fairclough mellom hvilke typer verdier som kan uttrykkes i valg av semantikk, avhengig av hva tekstforfatterne avslører om seg selv eller samfunnet. Her skiller han mellom tre ulike typer verdier; «Experimental value» har med erfaring, innhold, kunnskap og overbevisninger å gjøre. Finnes det spor etter hvordan tekstforfatterne presenterer sin opplevelse av den naturlige og sosiale verden? Jeg har valgt å oversette dette til erfaringsverdi, fordi det peker nettopp på hvilke erfaringer og opplevelser tekstforfatterne har av verden; Høringsutkastets ideologiske standpunkt. «Relational value» (relasjonell verdi), handler om hvordan vi kan oppdage de sosiale relasjonene som er vedtatt gjennom teksten, for eksempel ved bruk av omskrivninger for å unngå formuleringer som kan skade relasjonen mellom tekstens «principal»; Helsedirektoratet (se avsnitt 4.2.2.1), og leseren. Den relasjonelle verdien kan også avdekkes ved for eksempel bruk av formelt språk. «Expressive value» (ekspressiv verdi), sier noe om hvordan tekstforfatterne vurderer den delen av virkeligheten som teksten er relatert til. Er det utsagn som presenteres som fakta, selv om det er vurderinger som er gjort? Sistnevnte har med subjekter og sosiale identiteter å gjøre, og hvordan språket brukes for å overtale leseren (Fairclough, 2001, s. 93–99). Fairclough presenterer disse verdiene i en tabell, og understreker at enhver formell funksjon kan ha to eller tre av disse verdiene samtidig.

³⁴ Selv om vokabular er hovedfokus i analysen av kapittel 1-3, vil grammatiske elementer også inntre, og det motsatte gjelder for analysen av kapittel 4, hvor hovedfokuset er på grammatikk. Det er i noen tilfeller flytende overganger, hvor ord danner en større grammatisk enhet, og derfor blir tolket grammatisk, eller hvor grammatiske deler blir tolket ut ifra ordlyd.

Tabell 4: Faircloughs oversikt over ordenes verdi (2001, s. 94).

Dimension of meaning	Values and features	Structural effects
Contents	Experimental	Knowledge / beliefs
Relations	Relational	Social relations
Subjects	Expressive	Social identities

I Høringsutkastet har jeg altså fokus på vokabular blant annet ved å vurdere formuleringer, ordlyder, og formelt eller uformelt språk, og om disse avslører et ideologisk ståsted. Fairclough mener det også vil være relevant å undersøke «over-wording»; om nærmest like formuleringer brukes gjentatte ganger for å understreke enkelte aspekter av virkeligheten (2001, s. 96). Gjennom de følgende avsnitt vil jeg henviser til Høringsutkastet kun ved sidetall, og kursiveringene som gjøres i sitatene er mine. Dette gjøres for å vise hvor i teksten jeg mener å se sterke tendenser til det som jeg ønsker å belyse.

Analyse av forside, forord og kapittel 1 «Sammendrag»³⁵, med fokus på ordenes verdi

Tittelen på Høringsutkastet; *AD/HD – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling*, kan si noe om hvilken overbevisning, erfaring og opplevelse, ordenes erfaringsverdi, Høringsutkastet representerer med tanke på diagnosens validitet gjennom bruken av uttrykket *Rett diagnose*. I tillegg vises den relasjonelle verdien i den formelle språkbruken i tittelen; Høringsutkastet posisjonerer seg som svært viktig gjennom formuleringen på selve tittelen.

Forordet, som er skrevet av helsedirektøren³⁶, sier noe om relasjonen mellom tekstforfatterne og leser; «Målet er å gi god kunnskap om utredning, diagnostikk og behandlingstiltak». Som leser får vi, optimalt sett, noe av Høringsutkastet; god kunnskap. Det kan også være interessant å dvele ved hva som menes med *god* og med *kunnskap*. Videre i forordet kan vi se hvordan tekstforfatterne presenterer sin vurdering som fakta, og med dette gir hoveddiskursen autoritet (se avsnitt 4.2.2 om diskurser) ved å omtale ADHD som en tilstand. Ordets ekspressive verdi kan tolkes som en sannhetserklæring. Dette kan også vises i formuleringen «Når personer får en AD/HD-diagnose ...» (s. 1); erfaringen og opplevelsen til tekstforfatterne er at ADHD er noe en kan ha, eller kan få.

³⁵ Jeg velger å analysere den innledende teksten til sammendraget, ikke listen av de 58 anbefalingene, da disse eventuelt blir omtalt i de respektive kapitlene i selve teksten.

³⁶ Helsedirektøren er Bjørn Guldvog, men det er kun tittelen som vises under forordet

«Negativ omtale av en diagnose eller en behandling skal ikke føre til at *pasientgruppen behandles annerledes* enn andre pasienter» (s. 1). Personer med ADHD-diagnose omtales som pasientgruppe, og med dette kan vi trekke linjer til den medisinske diskursen. Dette stadfestes ved bruk av begrepene diagnose og behandling. Hvem som behandler, og på hvilken måte denne behandlingen kan være *annerledes*, utelates. «Når personer får en AD/HD-diagnose har de krav på en individuell tilpasset behandling som kan bidra til *et så godt liv som mulig*». Betyr dette at de i utgangspunktet ikke har like muligheter til å få et godt liv som personer uten ADHD-diagnose? Dette uttrykket kan tolkes som deterministisk, og med andre negative omtale av egenskaper, kan dette være uttrykk for ekspressive verdier; «Behandling ... har som hovedmål å *reducere symptomer, bedre funksjonen* i hverdagen og *forhindre eller avgrense utviklingen av tilleggsproblemer*». Det kommer tydelig fram at ADHD er noe en ikke ønsker å ha.

I sammendraget ser vi igjen spor av relasjonen mellom tekstforfatterne og leser; «Retningslinjene beskriver anbefalinger og råd Anbefalingene er *styrende* for hva helsepersonell *skal bistå med* av tjenester ...» (s. 4). Med dette gis Helsedirektoratet automatisk autoritet; Helsedirektoratet vet best.

Analyse av kapittel 2 «Innledning», med fokus på ordenes verdi

Det er interessant å se at ADHD omtales med negativt ladede ord i forordet og i innledningen, mens innledningens beskrivelser av hjelpeapparatet omtales utelukkende med positive ord; «Tjenestene skal være *virkningsfulle, trygge og sikre* og *involvere brukere*, de skal være *samordnet* og *preget av kontinuitet*» (s. 10). Den ekspressive verdien er tydelig, og det representerer vurderinger som tekstforfatterne gjør, selv om de fremstiller beskrivelsen av hjelpeapparatet som realistiske og faktaorienterte. Et annet begrep jeg legger merke til i innledningen, er *brukere*. Hvem er brukerne, og hva er de brukere av?

«Denne retningslinjen anbefaler hvordan utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging ... *skal gjennomføres*. Anbefalingene *er så langt som mulig* basert på dokumenterte og kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsmetoder» (s. 10). I dette sitatet kan et snev av tvil ses i overbevisningen til tekstforfatterne med tanke på hvilket grunnlag anbefalingene er gjort. Det samme kan vi se i fremstillingen av kunnskapsgrunnlaget Høringsutkastet baserer seg på; «Der det ikke finnes *evidens* eller noen form for empirisk støtte, er det utformet anbefalinger som er basert på etablert og akseptert klinisk praksis som har *konsensus* blant eksperter innen fagområdet» (s. 11). Det uttrykkes i første linje at det finnes evidens, men ikke for alt. Hvilken evidens er det Høringsutkastet mener? Og hva er det

evidens på? Det vises også til en konsensus blant ekspertene innen fagområdet, men ikke hvilken konsensus. Det kan tenkes at det er Russel Barkley og «80 of the world's leading clinical researchers investigating ADHD and related childhood disorders, and providing hundreds of supporting references» (Barkley, 2002, s. 1383) og deres *International consensus statement on ADHD* (Barkley et al., 2002) det er snakk om. I så fall har dette dokumentet møtt hard kritikk, blant annet av Jureidini (2002), og Timimi og hans 33 medstøttespillere (2004). I min gjennomgang av teori og forskning på feltet har jeg vist at det eksisterer store uenigheter i forståelsen av ADHD (jf. avsnitt 3.3).

Retningslinjen støtter seg til EU-kommisjonens vitenskapelige legemiddelkomite, Committee for Medicinal Products for Human Use [CHMP] som i 2009 fastslo at:

Children with severe ADHD can develop poor self-esteem, emotional and social problems. ADHD can also have severe effect on a child's education. For *some of these children*, methylphenidate treatment, along with other forms of non-medical treatment *can reduce* symptoms of hyperactivity and improve quality of life (CHMP, 2009a, s. 34, og s. 11 i Høringsutkastet, mine kursiveringer).

Jeg har uthevet at bruk av metylfenidat-preparater *kan redusere* symptomer, for *noen av disse* barna. Etterfulgt av sitatet over står det at «CHMP konstaterer at nytten av metylfenidat overgår risikoen når legemiddelet anvendes korrekt» (s. 11). Dette kan ikke tolkes av avsnittet skrevet i Høringsutkastet. Derimot finner jeg denne konklusjonen i dokumentet til CHMP som det henvises til; «... the benefit/risk ratio for methylphenidate containing products in the treatment of ADHD in children aged six and above, is considered favourable» (2009a, s. 39), fem sider etter der sitatet i Høringsutkastet er hentet fra. På disse fem sidene redegjøres det kort for hvilke risikofaktorer det er snakk om, blant annet; kardiovaskulær risiko (hjerte- og karsykdommer), cerebrovaskulær risiko (her; migrene, også hjerneslag og hjerneinfarkt), risiko for psykiske lidelser (som aggresjon, sinne, fiendtlighet, voldelig atferd, psykoser, mani, irritabilitet, uro, tics, angst, gråt, depresjon, søvnighet, forverret ADHD, psykomotorisk hyperaktivitet, følelsesmessig forstyrrelse, nervøsitet, rastløshet, psykotisk lidelse, humørsvingninger, morbide tanker, tvangslidelser, personlighetsendringer, forvirring, hallusinasjoner, apati, paranoia, overfokusering, repeterende atferd og suicidalitet), vekstpåvirkning (negativ påvirkning på veksthormoner, kjønnsmodning og beslektede hormoner), og leukemi (CHMP, 2009a, s. 34–38). Selv om konklusjonen er hentet korrekt ut fra kilden, overrasker det meg at bakgrunnen for konklusjonen med bruk av metylfenidat og tilhørende risikofaktorer ikke nevnes eksplisitt. Dette spesielt på grunn av alvorlighetsgraden av risikofaktorene som nevnes.

Retningslinjen lister opp flere dokumenter (s. 12) som anbefalingene for behandling av ADHD baserer seg på: kunnskapsgrunnlaget i veilederen som den publiserte Retningslinjen skal erstatte (Sh.dir., 2007), tre evalueringsrapporter fra SINTEF, National Institute for Health and Care Excellence [NICE] i Storbritannia sin retningslinje fra 2008, et annet dokument av CHMP (2009b), hvor ytterligere risikofaktorer, samt langtidsbruk og seponering av medisiner omtales, samt informasjon fra det svenske Läkemedelsverket fra 2009. Andre studier nevnes også, uten å referere til hvilke disse er. I Høringsutkastets vedlegg 1 «Kunnskapsgrunnlaget», på omtrent en side, vises det i tillegg til tre andre dokumenter. På grunn av oppgavens omfang vil jeg ikke gå videre inn på innholdet i dokumentene som nevnes, og Høringsutvalgets kunnskapssyn tolkes dermed ut fra avsnittene over og med fokus på hvordan språket brukes.

I avsnitt 2.4 «Retningslinjens rettslige stilling» (s. 12), henvises det til flere lover³⁷, og forpliktelsen som alle deler av helse- og omsorgstjenesten har «... til å yte forsvarlig helsehjelp» understrekes. «Retningslinjer er ment som et hjelpemiddel ved avveiningene tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. ... Dersom man velger å fravike anbefalingene i en retningslinje, skal dette *dokumenteres og begrunnes*. Jf. Journalforskriften § 8 bokstav h». Dette stadfester formalitetene den ferdige Retningslinjen fører med seg, og sier noe om dens makt. Med dette vises også relasjonen mellom den ferdige Retningslinjen og leser med tanke på hvem som er den autoritære og makthavende, jf. den relasjonelle verdien.

I innledningskapittelet blir arbeidsgruppen bak Høringsutkastet presentert (vedlegg 5). Disse blir ikke drøftet nærmere i tekstanalysen, men jeg vil komme tilbake til utvalgte, observerbare egenskaper til de ulike gruppemedlemmene i avsnitt 4.2.2.1.

Analyse av kapittel 3 «AD/HD i korte trekk», med fokus på ordenes verdi

Kapittelet starter med «*Kunnskapen om AD/HD har utviklet seg mye de siste årene*» (s. 13). Videre innledes denne delen av Høringsutkastet med at det som kommer er et sammendrag av «... det vi i dag *vet* om symptomer, årsaker, behandling og utviklingsforløp». Bruken av begrepene kunnskap og å vite, sier noe om den ideologiske standpunktet til tekstforfatterne. Jeg viser til det tidligere omtalte begrepsparet oppdagelse og oppfinnelse (jf. avsnitt 3.1.1), hvor oppdagelsesnarrativet viser til en kunnskap om ADHD som en biologisk lidelse, hvor mer og mer av 'sykdommen' avdekkes i takt med at legevitenenskapen utvikler seg.

³⁷ Helsepersonelloven § 4, Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, Specialisthelsetjenesteloven § 2-2

Høringsutkastet beskriver en fiktiv gutts opplevelse ved skriftlige oppgaver, som skal fungere som « ... ett bilde på AD/HD» (s. 13): «Jeg tenker noe og så skriver jeg det, og samtidig med at jeg skriver det, kommer jeg på noe annet jeg skal skrive, men når jeg er ferdig med å skrive setningen har jeg glemt hva jeg tenkte først, og så kommer jeg på noe nytt igjen, som jeg skriver». Denne beskrivelsen kan passe til mange barn, og kanskje også voksne. Er dette en del av erfaringsverdien som representerer tekstforfatterens kunnskap, overbevisning og opplevelser av ADHD? I så fall vil jeg anta at mange ville blitt utredet og kanskje fått diagnosen, om denne beskrivelsen lå til grunn.

I avsnitt 3.1 «Symptomer», skrives det at disse « ... kommer til uttrykk hos den enkelte *i ulik grad og påvirkes av* omgivelsene, personlighet og helsetilstand» (s. 14). Med dette åpnes det for en bredere forståelse; opplevelsen av «... betydelig psykologisk og sosial funksjonssvikt» er individuell. Dette henger sammen med tittelen på Høringsutkastet; *AD/HD – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling*. I tillegg åpner sitatet i starten av dette avsnittet for at miljøet rundt, personlighet og øvrig helse spiller inn på «symptomene». Erfaringsverdien dette uttrykker kan ses som et eksempel på et annet ideologisk standpunkt, og en draging mot det psykologiske og sosialkonstruktivistiske paradigmet.

Videre om symptomer uttrykkes en forståelse av eller overbevisning om at dikotomiene normalitet og avvik er aktuelle også innenfor diagnosen, som i seg selv er avvikende fra normalen i det diagnosen settes; «Den *typiske beskrivelsen* av AD/HD-symptomer *passer best* på gutter i alderen 5–12 år, da disse *i utgangspunktet ofte* er urolige, fysisk aktive og impulsive» (s. 14) Dette står i kontrast til hvorfor diagnosene settes; hvis gutter i denne alderen i utgangspunktet ofte er urolige, fysisk aktive og impulsive, hvor *i utgangspunktet ofte* peker på det som er mest normalt; det er slik virkeligheten som oftest er, hvor avvikende er da de guttene i denne alderen som faktisk får diagnosen? Vil ikke dette være mere normalen enn avviket? Med en slik forklaring, vil noen være avviket også innenfor avvikskategorien ADHD.

I avsnittet etter uttrykkes det igjen noe om normalitet; «For at tilstanden skal diagnostiseres som ADHD, må symptomene være *mer uttalt* enn det som er *forventet* ut fra alder og kjønn ...» (s. 14). Dette kan tilsi at det eksisterer en klar oppfatning av hvor mye «... kjernesymptomene konsentrasjonssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet» (s. 14) som er normalt for gutter og jenter i alle aldre. Dette viser en klar overbevisning om at det eksisterer alderskategorier med forventet oppførsel som er gyldige for allmennheten, i og med at det

ikke utdypes videre eller henvises til litteratur om dette. Erfaringsverdien med et ideologisk standpunkt kommer til syne selv om det eksplisitt ikke uttrykkes. I hvilken sammenheng er det disse kategoriene gjelder, og i hvilke kulturer og tidsaldrer?

I oversikten over de tre kjernesymptomene (s. 15) brukes verbene på ulike måter; «Konsentrasjonsvansker *kan* komme til uttrykk ... », «Hyperaktivitet *viser seg gjerne* ved ...» og «Impulsivitet *kan vise seg* ved ... ». Her uttrykkes ulik modalitet (se avsnitt 4.2.1.2), og symptomene som beskrives innenfor de tre kjernesymptomer viser seg ikke med like stor sikkerhet. Bruken av *viser seg* støtter oppdagelsesnarrativet; ADHD *er i* barnet hele tiden, men *viser seg* (eller oppdages) i ulike situasjoner.

I beskrivelsen av de to førstnevnte kjernesymptomene (s. 15) tilføres det at de ikke nødvendigvis viser seg hos barnet « ... hvis det er en aktivitet de liker», eller om barnet « ... er opptatt med noe som fenger». Disse beskrivelsene, sammen med modaliteten som uttrykkes ovenfor, kan vise en ambivalens knyttet til diagnosens validitet.

Avsnittet om symptomer avsluttes med en klargjøring av på hvilken måte Høringsutkastet bruker begrepet *funksjonsvansker*; det siktes til «... "psykologisk, sosial og/eller utdanningsyrkesmessig funksjonssvikt"» (s. 15). Dette er den eneste definisjonen i Høringsutkastet, og er med på å presisere hva de legger i uttrykk som kan tolkes i andre retninger enn hva som er tiltenkt.

«Internasjonale forskningsresultater ligger til grunn for vår kunnskap om årsaker til AD/HD» (s. 15). Slik starter avsnitt 3.2 «Årsaker». I redegjørelsen av årsaker finnes det mange eksempler på den ekspressive verdien som indikerer hva tekstforfatterne vurderer som sant; «Tvillings- og adopsjonsstudier *har vist* at genetiske faktorer er av stor betydning for utvikling av AD/HD. Det *er påvist* avvik i gener ... ». Ut i avsnittet kan det derimot virke som denne overbevisningen svekkes; «Nyere metoder for avbildning av hjernen *har i noen tilfeller vist* endringer hos personer med AD/HD. Det finnes imidlertid ingen biologiske prøver eller andre tester som *på en enkel måte kan fastslå* diagnosen». Betyr dette at prøvene det vises til kan fastslå diagnosen, men ikke på en enkel måte, eller at prøvene ikke kan fastslå noe?

Denne usikkerheten fortsetter å vise seg i beskrivelsen av forekomst og kjønnsforskjeller (s. 15). At ulike studier oppgir forskjellige tall for forekomst, skyldes «... utvalg og populasjon, undersøkelsesmetoder og anvendte diagnosekriterier». Det vises til flere studier, og verbuttrykket *det anslås* brukes.

I omtalen av utviklingsforløp fortsetter den mer dempede begrepsbruken; «AD/HD-symptomene *endrer seg som regel* over tid. *Hos de fleste* skjer det en aldersmessig modning som fører til at *noen av symptomene avtar*» (s. 16). Videre er det et avsnitt om ADHD hos barn og unge, hvor vansker med å fastslå om symptomene har sammenheng med ADHD eller ikke beskrives; «Hos mange barn kan uro og impulsivitet *være mer forbigående* og derfor mindre alvorlig. Tidlig debut av uttalte AD/HD symptomer hos førskolebarn *kan imidlertid være et varsel* om AD/HD-vansker senere» (s. 16). Her vises tekstforfatterens erfaringer med virkeligheten; den ekspressive verdien som beskriver fakta, til tross for at det er vurderinger som er gjort. Likeledes viser dette uttrykket at ADHD ses på som noe negativt i bruken av ordet *varsel*. Symptomene som det er snakk om i førskolealder «... kommer da gjerne til uttrykk som forsinket utvikling av språk og kognitive ferdigheter, svikt i førskoleferdigheter, lærevansker eller problemer med nære relasjoner» (s. 16). Det ideologiske standpunktet justeres noe når det åpnes for at «... mangelfull omsorg eller at barnet har emosjonelle vansker av andre årsaker» (s. 17) kan være grunnen til symptomene over. Konklusjonen er at nærmere undersøkelser er nødvendig i hvert enkelt tilfelle for å avklare årsaker. Dette peker tilbake på tittelen til Høringsutkastet; ... *individuell behandling*.

Symptomene beskrives utelukkende med negativt ladede ord, gjerne som egenskaper hos barnet; «rigide», «lite fleksible», «liten forståelse», «veldig intense i leken», «kan slite ut andre barn», «vansker med å holde på venner», «står i fare for å bli upopulære, ensomme, isolerte», «får ofte disiplinærvansker», «tankeløse brudd på normer og regler», «svake skolerresultater», og «vansker i forhold til lærere og medelever» (s. 17). Når Høringsutkastet forklarer årsaker til at «... barn med AD/HD møter problemer i skolesammenheng», vises det til «... konsentrasjonsvansker, nedsatt arbeidsminne, ... dårlig impuls kontroll ... startvansker ... motivasjonsvansker ... [og] atferdsvansker». Startvansker og motivasjonsvanskene gjelder «... i de fagene elevene er minst motivert for». En kan undre over om det er 'ADHD' som forårsaker dette. Det understrekes at «I hvilken grad *dette* er til stede hos den enkelte elev med AD/HD, vil imidlertid variere». Igjen stiller jeg spørsmål ved om ikke dette gjelder for alle elever, og videre hvor grensen går for at for eksempel elever som tar impulsive og dårlige valg (utfra noens vurderinger), tilskrives egenskapen *dårlig impuls kontroll*. Denne negative omtalen av symptomer og vansker er eksempel på «over-wording», hvor beskrivelsene er omtalt på samme side, og kan være en indikasjon på en grad av fiksering på enkelte forhold. Min første tanke er at jeg håper ingen med ADHD-diagnose leser denne siden, for så å risikere å få en ny og negativ forståelse av seg selv. Jeg tenker for øvrig at disse vurderingene

som uttales som fakta, ordenes ekspressive verdi, ei heller synker inn som en sannhet hos hverken fagpersonell eller andre.

Kapittel 3 om ADHD avsluttes med avsnittet «Miljømessige forhold og utfordringer for *pårørende* og familie». Det åpnes med å fortelle om at det i en undersøkelse i 2003 «... tok om lag fire år fra foreldre til barn med AD/HD *identifiserte problemet* og diagnosen ble stilt» (s. 18). Også her ser vi at ordvalgene viser hvordan tekstforfatterne erfarer verden; ADHD blir her sett i et oppdagelsesperspektiv; diagnosen er der hele tiden, men fra foreldrene *identifiserer* de, tar det tid før diagnosen settes. Videre skrives det at «AD/HD-symptomene påvirker tilværelsen betydelig både for *pasienten* og den nærmeste familien», og vi kan se spor etter det medisinske perspektivet. Flere beskrivelser av barn med ADHD-diagnosen følger; «uro, sinneutbrudd, søvnvansker, impulsivitet og problemer på skolen og blant venner» (s. 18), noe som har blitt gjentatt flere ganger i løpet av teksten. Ordet «uro» blir for eksempel brukt 20 ganger i Høringsutkastet, mens ordet «problem»³⁸, er brukt 77 ganger, og en tendens til gjentakelse ses³⁹. Videre uttrykker tekstforfatterne et syn på ressurser og økonomi ved å skrive «*Selv med god tilgang på ressurser og gode økonomiske vilkår*, vil det være vanskelig for familier som har barn og unge med AD/HD å opprettholde en stabil tilværelse». Med bruken av «selv med» kan tekstforfatternes erfaringer om at familier med god tilgang på ressurser og gode økonomiske vilkår burde klare å opprettholde en stabil tilværelse, men at problematikken rundt barn med ADHD-diagnosen er så omfattende, at til og med ikke disse familiene klarer dette. Gode økonomiske vilkår avhenger av øyet som ser, og det samme gjelder god tilgang på ressurser. Hva er god og hva er dårlig, og hvilke ressurser er det snakk om? Høringsutkastet hevder også at «Utfordringene ved å ha et barn med AD/HD i familien vil påvirke tilværelsen for søsken, enten i direkte omgang med den som har AD/HD, eller indirekte ved at foreldrene har mindre tid og overskudd» (s. 18), som igjen indikerer tekstforfatternes syn på hvilken belastning det er å ha et barn med ADHD-diagnose.

Kapittelet om ADHD avsluttes med et sitat; «Årsaken har med biologiske faktorer å gjøre, men hvordan det går har å gjøre med hvordan barnet møter omgivelsene og hvordan omgivelsene møter barnet» (s. 18). Her kommer den medisinske diskursen eksplisitt fram, og at miljøet rundt barnet er en sekundær faktor.

³⁸ Problem i en eller annen form; problemer, problemet, hovedproblem osv.

³⁹ I vedlegg 6 er det laget ordskyer av de hyppigst brukte ordene i Høringsutkastet

4.2.1.2 GRAMMATIKK

I fokuset på grammatikk blir to begreper fremhevet av Fairclough; modalitet og transitivitet. Modalitet blir i boken *Language and power* (Fairclough, 2001) både plassert i kategorien grammatisk relasjonell verdi og ekspressiv verdi, mens transitivitet deles av Fairclough opp i passivitet og nominalisering (2010, s. 107), hvor nominalisering blir omtalt under kategorien grammatisk erfaringsverdi i *Language and Power* (Fairclough, 2001). I analyse av Høringsutkastets grammatiske karakter i kapittel 4, velger jeg å holde fokus på disse to fenomenene.

Modalitet betyr måte, og handler om på hvilken måte tekstforfatterne forbindes til en setning eller et utsagn (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Modalitet er viktig for både grammatikkens relasjonelle og ekspressive verdi. Det handler om tekstforfatterens autoritet, og Fairclough skiller mellom to typer dimensjoner av autoritet; ekspressiv og relasjonell autoritet (2001, s. 105). Den ekspressive dimensjonen av autoritet handler om hvilken vurdering tekstforfatterne har av virkeligheten; hva som er sant og ikke (Fairclough, 2001, s. 107). Ved å tilslutte seg sitt utsagn fullstendig, fremstiller tekstforfatterne på denne måten noe som bestemt viten (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Den andre dimensjonen av autoritet, den relasjonelle, berører forpliktelse og tillatelse, og konstruerer sosiale relasjoner på en bestemt måte. Ofte brukes modale hjelpeverb som skulle, måtte, burde, og kunne, for å uttrykke ekspressiv og relasjonell autoritet, og de overlapper i noen tilfeller hverandre.

Tabell 5: Modalitetens ekspressive og relasjonelle verdi (Halliday, her fra Fairclough, 2003, s. 170, min oversettelse og tolkning i kursiv).

Grad av forpliktelse og modalitet	Truth <i>Sannheter</i> (<i>ekspressiv autoritet</i>)	Obligation <i>Forpliktelse / tillatelse</i> (<i>relasjonell autoritet</i>)
Forpliktelse	Certainly <i>Med sikkerhet / forpliktelse – Må</i>	Required <i>Skal / må</i>
	Probably <i>Sannsynlighet</i>	Supposed <i>Bør</i>
Modalitet	Possibly <i>Muligens – Kan</i>	Allowed <i>Kan</i>

Måten en forplikter seg til noe på er med andre ord en betydelig del av hva og hvem en er, og modalitetsvalg i tekster kan ses på som en del av artikulasjonen av identitet (Fairclough, 2003, s. 166). Jo mindre grad av modalitet, desto mer forpliktet er tekstforfatterne, og desto sterkere blir teksten en del av deres identitet.

Utover dette kan en se etter andre ord som markere modalitet; modale adjektiv som «mulig», «sannsynlig», og «med sikkerhet», verb som uttrykker inntrykk som «synes» og «vises», andre typer adverb som «faktisk», «selvsagt», «tydeligvis», «vanligvis», «ofte», «alltid», «likksom», og «på en måte». Modalitet kan også ses hvis tekstprodusenten uttaler seg på vegne av andre, eller på vegne av alle (Fairclough, 2003, s. 165–171).

I en analyse av *transitivitet* ser man på hvordan begivenheter og prosesser forbindes, eller ikke forbindes, med subjekter og objekter. Bruk av passiv form, for eksempel hvor subjektet utelates, kan føre til at det som skjer virker som et naturfenomen, uten at noen kan stilles til ansvar for det (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 95). Nominalisering er den andre funksjonen av transitivitet som bidrar til en mer upersonlig tekst (Fairclough, 2010, s.107). I stedet for å presentere en prosess som faktisk skjer, presenteres kun enheter; subjektet i prosessen (Fairclough, 2003, s. 13). Nominalisering er med andre ord en prosess omgjort til et substantiv (Fairclough, 2001, s. 103). Både setninger skrevet i passiv form og nominaliseringer har med den grammatiske erfaringsverdien å gjøre.

Analyse av kapittel 4 «Utredning og diagnostisering», med fokus på grammatikk

Allerede i innledningen til kapittelet ses nominalisering av verbet «å utrede»; «Formålet med en *utredning* ...» (s. 20). Påfølgende setningen har to nominaliseringer «En *utredning* vil omfatte ... *kartlegging* av symptomer ...». Uten nominalisering kunne denne setningen sett slik ut; «Å utrede (hvem?) vil omfatte å kartlegge symptomer ... (av hvem, og på hvilken måte?)», noe som ville medført en mer personlig og forpliktende utgave av setningen, og mer utdypende med tanke på hvem som skal gjøre hva, og hvordan dette skal gjøres.

I avsnitt 4.1 «Å sette en AD/HD diagnose», ses et eksempel på modalisering hvor tekstforfatterne uttrykker seg på vegne av alle; «I praktisk diagnostikk bruker *vi i Norge* to diagnosesystemer ...» (s. 20). Bruken av første person flertall, *vi*, sier noe om makten Retningslinjen har, eller påberoper seg. Dette spesielt fordi «*Norge er pålagt* å bruke ICD-10 som offisielt klassifikasjonssystem for sykdommer. *I praksis brukes* også DSM-IV kriteriene for AD/HD ... ». Hvem eller hva som pålegger, hvem som menes med Norge, og hva som menes med «i praksis», er utelatt. Passiv-s'en i «brukes» er et eksempel på transitivitet, hvor subjektet i setningen utelates, noe som fører til at det som skjer oppleves naturlig av leseren, uten at noen stilles til ansvar for dette. Dette har med erfaringsverdi å gjøre; hvordan verden oppleves. «ICD-10 ekskluderer *vanligvis* AD/HD ved samtidige (komorbide) tilstander ...», markerer det som lingvisten Halliday kjenner som «usuality» (i Fairclough, 2003, s.

171), en egen modalitet som sammen med «faktisk», «tydeligvis», «vanligvis», «ofte» og «alltid», sier noe om graden av sannsynlighet eller 'vanligvishet', eller hvor ofte noe skjer eller er sant.

I omtalen av hvor mange symptomer som må være til stede for å få diagnosen ADHD i DSM-IV, brukes det passive uttrykket; «Det *kreves* tilstedeværelse av ...» (s. 20). Subjektet utelates ved bruk av *s*-passiv og *de(n)* som er ansvarlige for å kreve tilstedeværelse av de ulike symptomene, utelates. Fairclough omtaler dette som en grammatisk metafor, og hevder at «Tracing the precise nature and distribution of grammatical metaphors can be seen as one productive way into researching effectivity of texts within a particular social order, and in processes of social change» (2003, s. 144–145). Passiv *s*'en og den upersonlige uttrykksformen finnes det flere eksempler på i dette avsnittet om diagnostisering, blant annet «... alle tre kjernesymptomene på AD/HD må være tilstede for at diagnosen *skal kunne settes*» (s. 20–21) i beskrivelsen av ICD-10. «Skal» uttrykker lav grad av modalitet, og dermed høy forpliktelse, mens «kunne» uttrykker lav grad av forpliktelse (jf. tabell 5 over).

Avsnitt 4.2 «Diagnosekriterier» er avskrift fra diagnosekriteriene til ICD-10 og DSM-IV, og vil bli omtalt i den tolkende delen av analysen; diskursiv praksis og intertekstualitet (4.2.2.2).

I åpningen av avsnitt 4.3 «Vurdering av funksjonsvansker» fortsetter i den upersonlige, passive formen med passiv-*s* og utelatelse av subjekt; «Graden av funksjonssvikt hos en person med AD/HD *fastsettes* etter en klinisk vurdering. For eksempel *legges det vekt på* hva barnet får til på skolen eller i barnehagen. Det *legges også vekt på ...* » (s. 24). Her kan en spørre om hvem som fastsetter hva, og hvem som legger vekt på hvilke ferdigheter hos barnet.

Når graden av funksjonssvikt omtales i et avsnitt på i underkant av åtte linjer (s. 24), brukes adverbet «ofte» fire ganger. Dette ses på som en markør for modalitet (jf. «usuality»), og av tabell 5 har jeg vist at jo høyere grad av modalitet det er i teksten, desto lavere er forpliktelsen fra tekstforfatterne. «Ofte» blir for øvrig brukt 12 ganger i diagnosekriteriene i ICD-10, og 18 ganger i diagnosekriteriene i DSM-IV. Timimi og Leo betrakter også ordbruken i kriteriene for ADHD i DSM-IV; «For example the word 'often' appears in every one of the above 'symptoms', but what does it mean? Does it mean that the child does those behaviours at least once a day or at least once a minute?» (2009, s. 5). Til sammen i Høringsutkastet finnes dette

adverbet i ulike former (ofte, oftere, oftest) 68 ganger, i gjennomsnitt ca. 1 gang pr. side⁴⁰. Denne bruken av «ofte» gjør det vanskelig å definere hyppigheten av det som forekommer «ofte», som vist i Timimi og Leo (2009).

Høringsutkastet foreslår «Når barn og unge viser symptomer på AD/HD, *må dette kunne tas opp i møte*» (s. 24–25). Jeg bruker ordet «foreslår» fordi sammensetningen av de modale hjelpeverbene «må kunne», viser høy modalitet og lav grad av forpliktelse. Avsnittet fortsetter med «Helsestasjons- og skolehelsetjenesten *kan* i slike tilfeller bidra med viktig informasjon i tillegg til de opplysningene som pårørende *kan* gi» (s. 25). «Kan» i denne sammenhengen kan enten ses på som at helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan muligens («possibly») bidra med viktig informasjon (sannhet), eller de får lov til («allowed») å bidra med viktig informasjon (tillatelse). Det samme gjelder «kan» i sammenhengen med opplysninger fra pårørende fra samme sitat. Ulike former av det modale hjelpeverbet «å kunne»⁴¹ er brukt 26 ganger i kapittel 4 av Høringsutkastet. Til sammenligning brukes det modale hjelpeverbet *må* 12 ganger i samme kapittel, som representerer lav modalitet og høy grad av forpliktelse, både som sannhet og som forpliktelse / tillatelse.

I avsnitt 4.4.1 «Anbefalinger om utredning av AD/HD hos barn og unge» kommer Høringsutkastets første anbefaling. Disse er, som jeg har vist tidligere, styrende, og det skal redegjøres for i journalen til den som blir utredet om disse ikke følges. Anbefalingene viser ulik grad av forpliktelse gjennom bruken av modale hjelpeverb, og i de to første anbefalingene brukes kategorien tillatelse, med middels grad av modalitet og forpliktelse som sier noe om den relasjonelle verdien mellom tekstforfatterne og mottaker; anbefaling 1: «Barn og unge som har symptomer på AD/HD og funksjonsvansker *bør* få vurdert behovet for hjelpetiltak, og primærhelsetjenesten ... *bør* henvise til spesialisthelsetjenesten for videre diagnostisk vurdering», og anbefaling 2: «Barn og unge med alvorligere funksjonsvansker *bør* henvises direkte fra primærhelsetjenesten ... til spesialisthelsetjenesten for diagnostisk vurdering» (s. 25). I anbefaling 3-5 brukes det modale hjelpeverbet *skal*, som viser hva den som utreder forplikter seg til å gjøre («required», jf. tabell 5), mens anbefaling 6 bruker *må*, som tilhører «skal» i kategorien relasjonell autoritet; høy forpliktelse og lav modalitet. I motsetningen til anbefalingene om utredning av barn, inneholder de fire anbefalingene knyttet til voksne (7-10) middels grad av forpliktelse når *bør* er hovedverbet i alle de fire

⁴⁰ inkludert forside, sammendrag, innhold og litteraturliste. I sidene med «faktisk tekst», fra innledning s. 10 og til s. 52, blir gjennomsnittet 1,3 ganger pr. side. Av hele Høringsutkastets tekst, utgjør bruk av «ofte» 3,22% av alle ordene i Høringsutkastet.

⁴¹ Kanskje er ikke medregnet

anbefalingene; «bør vurderes» (anbefaling 7), «bør tilbys» (anbefaling 8), «bør skje» (anbefaling 8), og «bør det legges til rette for» (anbefaling 9) (s. 26). Anbefalingen er å lese i sin helhet i Høringsutkastets kapittel 1.

Avsnitt 4.6 «Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten» har to underkapitler om utredning hos fastlege/primærhelsetjenesten og utredning/diagnostisering i spesialisthelsetjenesten. «I innledende konsultasjon for å undersøke om vanskene kan være forenelig med AD/HD *stilles* spørsmål om ...» (s. 27). Den upersonlige formen fortsetter ved bruk av passiv-s i «stilles», men hvem som stiller spørsmål om de ulike punktene som listes opp, utelates, til tross for at avsnittets tittel er «Utredning hos fastlegen / primærhelsetjenesten». Avsnittet avsluttes med «Hvis AD/HD *vurderes* som sannsynlig, *henvises pasienten* til spesialist for differensialdiagnostisk vurdering og diagnostisk konklusjon». Hvem som vurderer, og hvem som henviser «pasienten», utelates.

Spesialisthelsetjenestens ansvar i utrednings- og diagnostiseringsfasen, sammenfattes i to anbefalinger. Begge anbefalingene har lav grad av modalitet og dermed høy grad av forpliktelse innenfor kategorien relasjonell autoritet gjennom bruk av det modale hjelpeverbet å skulle; anbefaling 11: «Spesialisthelsetjenesten *skal ha* kompetanse i å vurdere symptomer på AD/HD og komorbide tilstander ...» og anbefaling 12: «Ved tilbakeføring til fastlegen / primærhelsetjenesten *skal spesialisthelsetjenesten gi* den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold ...» (s. 28).

4.2.1.3 TEKSTSTRUKTUR

I boken *Language and Power* handler de to siste spørsmålene i analyse av kommunikative begivenheter om tekststruktur (Fairclough, 2001, vedlegg 4). Det første dreier seg om dialoger; hvordan turtakingssystemet fungerer og om en av deltakerne kontrollerer bidragene til de(n) andre. Å analysere dette hadde vært svært interessant om jeg hadde vært kunnet observere prosessen i utarbeidelsen av Høringsutkastet. Det andre spørsmålet går ut på å se hvordan en tekst henger sammen, og hvordan den samsvarer med andre tekster i som følger karakteristiske mønstre knyttet til ulike typer diskurser (Fairclough, 2001). Fairclough bruker en telefonsamtale som eksempel; vi vet at vi kan forvente spesifikke ting av samtalen; åpningshilsen, etablere samtaleemne, skifte av emner, avslutning på samtalen, og avskjedshilsen. Å analysere tekststruktur omhandler det å se på «... a representation of a particular type of activity ... in terms of a predictable elements in predictable sequence» (Fairclough, 2001, s. 130). Når jeg analyserer Høringsutkastets tekststruktur, bruker jeg en

mental representasjon av en større skala tekstlige strukturer; typifikasjoner av slike strukturer, som fungerer som fortolkende prosedyrer.

Høringsutkastet til Retningslinjen er en del av mange⁴² nasjonale faglige retningslinjer som «... inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper» (Helsedirektoratet, 20.06.2014). Jeg vil i det følgende beskrive hvordan Høringsutkastet er bygd opp, og hvordan den samsvarer med andre nasjonal faglige retningslinjer. I sammenligningen med andre retningslinjer velger jeg å se bort ifra retningslinjer som omhandler kun fysiske tilstander. Jeg vil på grunn av oppgavens omfang ikke gå inn på de ulike retningslinjene spesifikt, men se overflattisk på innholdet i følgende retningslinjer: «*Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*» fra 2013, «*Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*» fra 2012, og «*Nasjonalt faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger*» fra 2012 (i omtalen av de ulike retningslinjene i denne oppgaven bruker jeg min utheving i titlene over).

Analyse av Høringsutkastets tekststruktur

Høringsutkastets og Retningslinjens forsider ligner på mange andre retningslinjer, selv om disse forsider, i motsetning til de tre jeg sammenlikner med, er enkel og grafisk framstilt, uten kunstneriske innslag som bilde bak tittelen:



(Høringsutkastet lengst til venstre, og Retningslinjen ved siden av)

Retningslinjer med forsider som ligner på Høringsutkastet og Retningslinjen, er ofte av mer fysiologiske art, som kreft, veiing og måling i helsestasjons og skolehelsetjenesten, og retningslinje for barselomsorgen.

⁴² Pr. 25/11 2014 er det 64 nasjonale retningslinjer på Helsedirektoratets hjemmeside om publikasjoner: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default.aspx?Kategori=Nasjonale+faglige+retningslinjer>

Tittelen for Høringsutkastet; *AD/HD- nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging Rett diagnose – individuell behandling*, har med tre nøkkelord; utredning, behandling og oppfølging, som både retningslinjen for psykolidelser og ROP-lidelser også har i sin tittel. Retningslinjen for bipolare lidelser har kun utredning og behandling i tittelen.

Bak forsiden følger standardinformasjon med heftets tittel, informasjon om utgivelsesmåned og år, bestillingsnummer, informasjon om hvem som har utgitt, kontaktinformasjon, informasjon om hvor heftet kan bestilles, og hvem Høringsutkastet og Retningslinjen er utgitt i samarbeid med. Noenlunde slik er de tre øvrige retningslinjene også. Alle fire retningslinjene har et forord skrevet av den sittende helseministeren. Etter forordet fortsetter Høringsutkastet med innholdsfortegnelse, og deretter med et sammendrag, først 8 linjer tekst, og så alle anbefalingene fortløpende⁴³.

Høringsutkastet gjør rede for ADHD i korte trekk, før nøkkelordene utredning, behandling og oppfølging får sine kapitler (4-6). Kapittel 7 om tilpasset opplæring, mener jeg går under nøkkelordet oppfølging, det samme gjelder Høringsutkastets to siste, ordinære kapitler «Metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser hos barn og unge med AD/HD» (kapittel 8) og «Tilrettelegging og oppfølging i arbeid» (kapittel 9). Før referanselisten finnes det et vedlegg på en side med kunnskapsgrunnlaget for Retningslinjen.

Tekststrukturen i Høringsutkastet følger hovedpunktene fra de andre retningslinjene med fakta, utredning, behandling og oppfølging. Høringsutkastet har derimot utelatt etiske eller juridiske perspektiver (foruten et lite underkapittel i innledning om Høringsutkastets rettslige stilling), pasientrettigheter og prinsipper for god praksis, definisjoner og en større utgreiing om metode og implementering⁴⁴.

⁴³ Retningslinjen for psykolidelser har en felles innledning og sammendrag, og deretter følger 10 sider med alle anbefalingene. Retningslinjen for ROP-lidelser har etter forordet én side med sentrale anbefalinger samlet i fire punkter, mens retningslinjen for bipolare lidelser har ikke et eksplisitt sammendrag, men har etter innholdsfortegnelsen en lengere innledning på 12 sider.

⁴⁴ I den ferdige Retningslinjen blir «samfunnsetiske normer» nevnt i sammenheng med at de inngår som aksepterte grunnlag for vurdering av hva som er faglig forsvarlig (s. 12). «Pasientrettigheter» blir kun nevnt som en del av ordet Pasientrettighetsloven (s. 42 i Retningslinjen), mens prinsipper for god praksis og definisjoner er utelatt også i Retningslinjen. «Metode» og «Retningslinjens rettslige stilling» har fått et egne avsnitt i den publiserte Retningslinjen.

4.2.2 DISKURSIV PRAKSIS I HØRINGSUTKASTET – TOLKENDE DEL

Diskursiv praksis er som vist den tolkende delen i analysen av kommunikative begivenheter, jf. Faircloughs tredimensjonale modell (avsnitt 2.3.1). Diskursiv praksis analyseres blant annet ved å undersøke hvordan tekster er produsert og hvordan de konsumeres. I fokus på produksjon kan det undersøkes hvilke ledd en nasjonal faglig retningslinje må igjennom før den publiseres, og på denne måten kan en få et sosialt inntrykk av produksjonsforholdene (Winther Jørgensen & Phillips, 199, s. 93). I den andre enden kan mottakelsen av en nasjonal faglig retningslinje analyseres, ved å undersøke blant annet medias omtale av dokumentet. I mitt tilfelle kunne være interessant å se på hvordan Retningslinjen mottas og tolkes av primær- og sekundærhelsetjenesten, skoler, foreldre, og barn og unge med ADHD-diagnose, i tillegg til medias omtale (se kapittel 5 «Avsluttende refleksjoner»). Da Retningslinjen ble publisert 3.12.2014 har jeg ikke hatt mulighet til å se på hvordan den blir konsumert. I det følgende vil jeg derfor ha fokus på produksjon; hvordan Høringsutkastet intertekstuellet trekker på andre tekster, og identifisere hvilke diskurser Høringsutkastet trekker på (interdiskursivitet).

4.2.2.1 PRODUKSJON

Karakteren av produksjonsprosesser varierer mellom forskjellige typer diskurs avhengig av de sosiale faktorene som er involvert (Fairclough & Halskov Jensen, 2008). For utarbeidelse av nasjonal faglige retningslinjer finnes det en veileder som Helsedirektoratet selv har utviklet, for å systematisere prosess og retningslinjemetodikk (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg har Helsedirektoratet laget en egen metodebok for å beskrive arbeidsprosessen internt i direktoratet.

Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer inneholder systematisk utarbeidede råd og sanbefalinger [sic] knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging innenfor helse- og omsorgstjenestene. Rådene og anbefalingene som gis, skal være konkrete, de skal hjelpe helsepersonell og pasienter til å ta gode beslutninger og de skal bidra til å redusere uønsket variasjon samt fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2012, s. 3).

Sitatet er hentet fra helseministerens forord til *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* (Helsedirektoratet, 2013). Veilederen inneholder blant annet en detaljert sjekkliste for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer, med 10 trinn og over 50 avkrysningspunkter for fremgangsmåte (Helsedirektoratet, 2012, s. 8–9). Kapittel 2 i denne veilederen gjennomgår de ulike punktene i sjekklisten, hvor de første omhandler vurderinger av behov for retningslinje og spørsmål knyttet til eventuell revidering eller utarbeidelse av ny

retningslinje. I Høringsutkastets forord stadfestes det at dokumentet erstatter *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD* (Sh.dir., 2007). Vurderinger og behov for ny retningslinje er dermed gjort.

Det neste trinnet i sjekklisten som presenteres er av spesiell interesse med tanke på produksjonsprosessen av Høringsutkastet og Retningslinjen, og identifisering av diskurs; «Nedsett en arbeidsgruppe og håndter habilitet og interessekonflikter» (Helsedirektoratet, 2012, s. 8). Fremgangsmåten på dette trinnet er som følger:

- Tverrfaglig kompetanse er representert i arbeidsgruppen, både helsefaglig og metodologisk
- De ulike nivåene i helse- og omsorgstjenesten er representert
- Pasienter og/eller pårørende er representert (helst flere enn en)
- Behovet for en referansegruppe i tillegg til arbeidsgruppen er vurdert
- Habilitetsskjema er utfylt
- Habilitetsspørsmål og interessekonflikter er vurdert (Helsedirektoratet, 2012, s. 8).

Jeg har tidligere vist hvordan Løkke har vært kritisk til bakgrunnen til de 12 medlemmene av arbeidsgruppen bak den forrige veilederen, hvorav åtte var leger og én psykolog (Løkke, 2006). Det er derfor interessant å se på bakgrunnen til medlemmene i arbeidsgruppen bak Høringsutkastet og Retningslinjen. Medlemmene er Arild Scillinger⁴⁵, Bjarne Bråtveit, Jens Olav Hessen, Kirsten Skram, Kristian Øen, Terje Torgersen, Tor Eikeland, og Pål Zeiner. Redaksjonen for retningslinjene har bestått Egil Midtlyng, Ebba Wannag, Rut Prietz og Anne-Grete Kvanvig (se vedlegg 5)

Av personene på listen over er det kun Zeiner og Prietz som også var medlemmer av arbeidsgruppen som stod bak den forrige veilederen, og begge arbeidsgruppene ble ledet av Anne-Grete Kvanvig (Sh.dir., 2007, s. 32). Av de åtte medlemmene i arbeidsgruppen, er fem av disse overleger i psykiatri, to spesialpedagoger og seniorrådgivere fra Statped Vest, én kommunelege, og én med treårig helsefagutdanning ansatt i ADHD Norge. Et av medlemmene i arbeidsgruppen er dame, mens de syv andre er menn. Tre av medlemmene bor på Østlandet, tre på Vestlandet, én i Nord-Norge, og én i Midt-Norge. I 2012 da Høringsutkastet ble påbegynt skrevet, var fem av medlemmene mellom 60 og 64 år, én på 50, én på 44, og den yngste på 36 år. Gjennomsnittsalderen er 55 år, mens medianen er 61 år (se vedlegg 5 for detaljer).

⁴⁵ Schillinger gikk bort 30.10.2013 (<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-rus--og-avhengighetsmedisin/hovedside/Til-minne-om-Arild-Schillinger/>).

Det neste trinnet i sjekklisten handler blant annet om å formulere målsetting og målgruppe, noe Høringsutkastet presiserer i innledningskapittelet; «Denne retningslinjen anbefaler hvordan utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med en AD/HD-diagnose skal gjennomføres» (s. 10), og «Retningslinjen er først og fremst et redskap for fagpersoner Andre som kan ha nytte av retningslinjen er pasienter, pårørende, brukerorganisasjonen ADHD Norge og ansatte i sosial og barneverntjeneste»⁴⁶ (s. 10).

Videre i produksjonsprosessen skal kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon innhentes og vurderes, og til slutt før publisering, utformes anbefalingene. Under dette punktet kommer høring og høringsinnspill inn. Helsedirektoratet hadde høringsfrist 4.4.2013, og den var forventet ferdig høsten 2014 (Helsedirektoratet, 29.2.2012). I mailkorrespondanse med Anne Grete Kvanvig 9.10.2014 skrev hun at hun regnet med å legge den ut på nett i overgangen oktober – november 2014. På telefon 14.11.2014 fortalte hun at Retningslinjen var inne til godkjenning hos ledelsen. Retningslinjen ble til slutt publisert 3.12.2014.

Prosessen før publisering av Retningslinjen er med andre ord lang, og etter en slik prosess er det vanskelig å snakke om tekstens eier, da den i større grad er et produkt av innspill fra mange ulike instanser. Med Goffmanns distinksjon av begrepet tekstprodusent (jf. avsnitt 2.3.1.2) kan vi si at det er arbeidsgruppen og redaksjonen som er tekstforfatterne bak Høringsutkastet; «... den der setter ordene sammen og er ansvarlig for ordlyden» (Fairclough & Halskov Jensen, 2008, s. 35), og det er Helsedirektoratets posisjon som representeres ved ordene, og som dermed blir tekstens «principal». Som det blir presisert av Helsedirektoratet (10.11.2014), er det Helsedirektoratet som har det endelige ansvar for og eierskap til publikasjonen, selv om andre fra fagmiljøer og tjenestemottakere er aktivt involvert.

4.2.2.2 INTERTEKSTUALITET OG INTERDISKURSIVITET

I en tekstanalyse er det viktig å være oppmerksom på hvordan tekster aldri er isolerte tilfeller, og at de alltid trekker på tidligere tekster. Fairclough kaller dette fenomenet for *intertekstualitet* (Fairclough, 1992, 2003; Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Som jeg har vist i avsnitt 2.3 handler dette om at alle kommunikative begivenheter trekker på tidligere begivenheter, slik at man aldri begynner forfra (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s. 84).

I tillegg fremhever Fairclough (2001) begrepet «presupposition» sett i sammenheng med intertekstualitet. Min oversettelse av fenomenet er antagelse eller forutsettelse, og at

⁴⁶ Faggrupper inkluderer «... fagpersoner som arbeider med tilrettelegging av undervisning i barnehage, skole» (Høringsutkastet, s. 10).

tekstforfatterne implisitt antar eller forutsetter en sannhet som tas for gitt av leseren; noe leseren allerede vet. I og med at Helsedirektoratet ikke vet hvem som leser den offentlige publikasjonen, og til tross for en viss mottakerbevissthet, er det vanlig å konstruere en ideell leser med bestemte intertekstuelle opplevelser (Fairclough, 2001). Dette kan ha en ideologisk funksjon, «... when what they assume has the character of ‘common sense in the service of power’» (Fairclough, 2001, s. 128).

Når jeg skal undersøke intertekstualiteten i Høringsutkastet vil jeg se på hvordan den drar på tidligere tekster for å skape mening eller for å underbygge argumentasjoner. Finnes det eksempler på henvisninger til forskningsresultater, lover, konvensjoner, eller en annen type tekst som opptrer? Jeg vil undersøke hvordan Høringsutkastet refererer til andre tekster eksplisitt, eller implisitt gjennom begreper eller momenter. I tillegg vil jeg lete etter eventuelle eksempler på om Høringsutkastet spiller på det de antar som «sannhet» eller sunn fornuft.

En del av analysen av den diskursive praksis er i tillegg å drøfte hvordan tekstforfatterne trekker på allerede eksisterende diskurser og genrer; *interdiskursivitet*. Interdiskursivitet er en form for intertekstualitet (Kristeva, her fra Fairclough, 2010, s. 95). Diskurs handler om ulike måter å representere på, mens genre handler om måter å kommunisere på (Fairclough, 2003; 2010).

Det at jeg har valgt problemstillingen *hvilke diskurser om ADHD ligger til grunn for utarbeidelsen av nasjonal faglig retningslinje, og hvordan uttrykkes disse i den ferdige Retningslinjen*, innebærer en antakelse om at ulike diskurser rundt ADHD faktisk opptrer i tekster. I undersøkelsen av interdiskursivitet, er målet å identifisere hvilke diskurser som opptrer i teksten, og hvordan disse opptrer (Fairclough, 1992, 2003).

Kort tilbakeblikk på kapittel 1-4 med fokus på intertekstualitet og interdiskursivitet

I tekstanalysen av Høringsutkastets fire første kapitler, har det vært flere eksempler på eksplisitte henvisninger i sitater eller omtaler av andre dokumenter; EU-kommisjonens vitenskapelige legemiddelkomite (CHMP), rapporter fra SINTEF, NICE sin retningslinje fra 2008, det svenske Läkemedelsverket fra 2009, ulike lover, forskning som er gjort (for eksempel tvilling-studiene som Barkley henviser til), og ikke minst diagnosemanualene som det har vært ren avskrift fra. Selv om Retningslinjen skal erstatte *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD* (Sh.dir, 2007), nevnes denne øverst i oversikten over kunnskapsgrunnlaget Høringsutkastet bygger på. Dette, og eksemplene over, handler om intertekstualitet.

Som jeg har vist over kan intertekstualitet også handle om antakelser som tekstforfatterne gjør om leseren, eller hvordan Høringsutkastet implisitt henvises til «sannheter» og sunn fornuft. I de fire første kapitlene har ADHD konsekvent blitt omtalt med negative ladede ord, og med en selvfølge om at symptomene er til hinder for barnet eller ungdommen. Det antas fra tekstforfatterne at symptomene og beskrivelsene av barn og unge med ADHD-diagnose er ansett som noe uønsket i den ideelle leserens øyne. I tillegg tolker jeg det som at utviklingspsykologien og forventninger til hva barn og unge skal kunne i de ulike stadiene av alder, er en uskreven sannhet; det er en implisitt forståelse av normalitet og avvik. Hvis vi derimot tar med oss for eksempel Timimi inn i Høringsutkastet og problematiserer disse sannhetene og selvfølgelighetene, kan vi stille oss dette spørsmålet: «Which version is the universal healthy and natural childhood from which others have deviated?» (2005, s. 27).

Analyse av Høringsutkastets kapittel 5-9 med fokus på intertekstualitet og interdiskursivitet
I innledningen til kapittel 5 «Behandlingstiltak og oppfølging» kan spor etter den medisinske diskursen ses gjennom bruken av ord som «behandling», «behandlingstiltak», «tilstand», «medisinske sykdommer», «pasient», og «legemidler». I bunn for kapittelet, og muligens også hele Høringsutkastet (se oppsummering avsnitt 4.3), ligger det en antakelse eller forutsetning om at ADHD-symptomer er noe negativt som skal reduseres; den som har fått en ADHD-diagnose trenger hjelp. Denne forutsetningen er implisitt forstått, og tekstforfatterne legger til grunn at leserens sunne fornuft støtter dette.

De ulike avsnittene i kapittel 5 som skisserer ulike behandlingstiltak, viser tilknytning til ulike diskurser. For eksempel trekker avsnitt 5.1 «Psykoedukasjon» på en kunnskapsdiskurs, når grunnlaget for dette tiltaket nettopp er «... informasjon og opplæring om AD/HD» (s. 29). Kapittelet som beskriver psykologisk behandling og kognitive metoder trekker nødvendigvis på en psykologisk diskurs, hvor psykologisk behandling gjennom blant annet samtaler og kognitive atferdsteknikker foreslås.

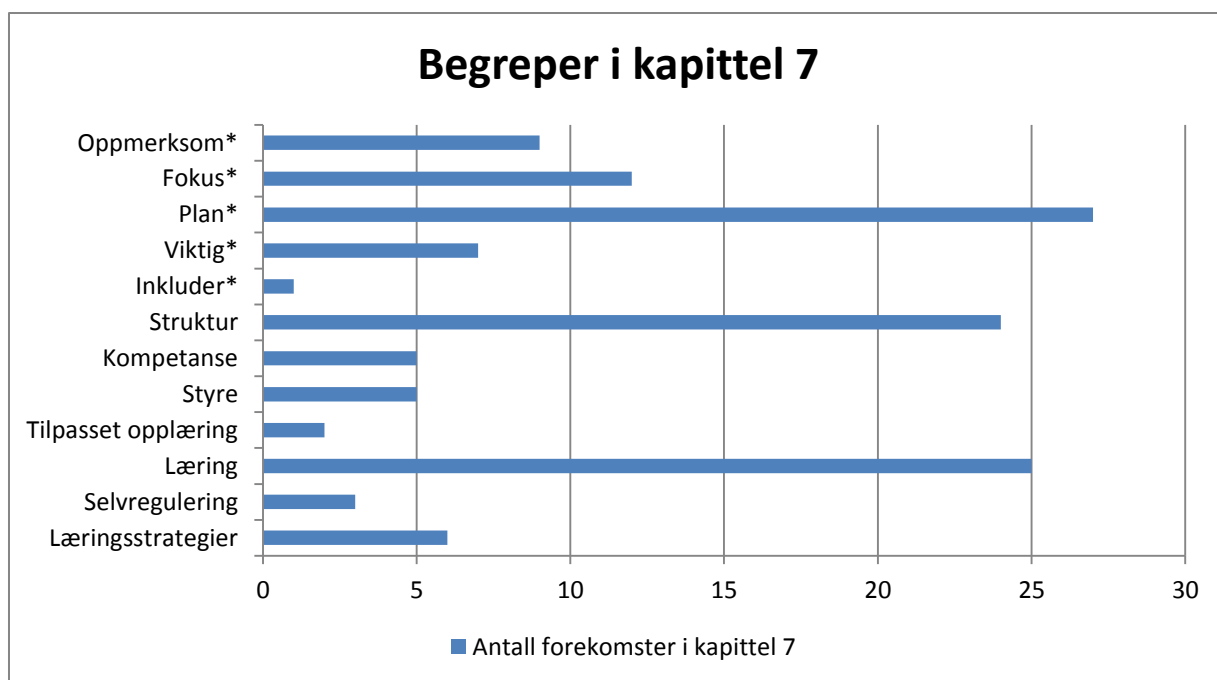
Et område jeg ikke har funnet tidligere omtalt i Høringsutkastet som jeg finner interessant at kommer opp som et eget avsnitt under behandling, er kosthold. Høringsutkastet hevder at «Uro hos barn blir ofte satt i forbindelse med kosthold, og det foreligger en del råd om kosthold for å dempe hyperaktivitet, lærevansker og konsentrasjonsproblemer» (s. 30). Blant annet blir økt inntak av fettsyrer og reduksjon av sukker nevnt på tiltak som kan dempe kjernesymptomene. Dette vil jeg si trekker på helsediskursen. Et annet element som kan komme inn under helsediskursen er råd om søvnhygiene, hvor blant annet lysbehandling og

medisinering med melatonin anbefales til barn, unge og voksne med uttalte søvnvansker (anbefaling 34).

Et annet eksempel på intertekstualitet i kapittel 5 er Høringsutkastets henvisning til forskrifter og lover; Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, Helse- og omsorgstjenesteloven, Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven, Opplæringslovens paragrafer om tilpasset opplæring, spesialundervisning og utvidet rett til videregående opplæring. Videre trekker Høringsutkastet intertekstuelte også på Legemiddelverket i begynnelsen av kapittel 6 «Behandling med legemidler hos barn, unge og voksne» når det understrekes at bruk av legemidler skal være i tråd med informasjon fra denne etaten. I alt er det 22 anbefalinger i dette kapittelet, som med tittelen bevitner om den medisinske diskursen. Høringsutkastets intertekstualitet vises også i det den henviser til en annen retningslinje fra Helsedirektoratet; *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*, i anbefaling 58 for pasienter med komorbid rusmiddelbruk.

Kapittel 7 «Tilpasset opplæring for elever med AD/HD» (s. 43) åpner med en erklæring om at «Vi stiller stadig nye krav til det å være elev i skolen». Denne antagelsen om at dette er en sannhet, noe leseren allerede vet, er nok et tegn på Høringsutkastets intertekstualitet. I tillegg peker den på hvordan PISA⁴⁷-undersøkelsene har vært premissleverandør for norsk skole. Her henvises det eksplisitt til PISA-undersøkelsene, og forutsetter at leseren er enig i at disse undersøkelsene er en del av utviklingen, fordi den peker på «... hva elevene må lære slik at Norge kan være konkurransedyktige på det internasjonale markedet i framtiden» (s. 43). I dette ligger også et grunnleggende syn på at utdanning er viktig for samfunnsøkonomien, og av politisk interesse.

⁴⁷ PISA står for Programme for International Student Assessment (<http://www.pisa.no/>) uten at det henvises til kilde på dette i Høringsutkastet.



Figur 4: Diagram over frekvensen av utvalgte begreper brukt i kapittel 7⁴⁸.

Denne oversikten viser hvor hyppig utvalgte ord og uttrykk opptrer i kapittelet som er på i overkant 5 sider. Neumann understreker at gjentakelse brukes for å opprettholde et standpunkt, og at gjentakelsen fortrenger mulige endringer (2001, s. 143). «Effekten av at diskursen er konstituert som den er, er at det ikke finnes rom for nyskaping, og hver ny tale blir dermed en bekreftelse ...» (Neumann, 2001, s. 147). Sett i lys av Neumanns utsagn, konstitueres *plan*, *læring* og *struktur* som sentrale begreper for å tilpasse opplæringen for elever med ADHD-diagnose i skolen, noe som er godt kjent for ansatte i skolen.

I andre avsnitt i innledningen til kapittelet om tilpasset opplæring viser Høringsutkastet til Roar Pettersen, førstelektor i høgskolepedagogikk, og hans påstand om hva skolens viktigste oppgave er; «... "å bidra til at den enkelte elev og student styrker sin læringskompetanse, slik at de blir i bedre stand til å styre og kontrollere egen læring"» (s. 43). Med et enkelt google-søk finner jeg en nettartikkel fra statped.no⁴⁹ om ansvar for egen læring og utfordringene dette medfører for elever med ADHD, som åpner med det samme sitatet. Kirsten Skram, en av fire i

⁴⁸ Begreper med * bak viser til funn av ord med ulike bøyninger av stammen. For eksempel viser *oppmerksom** til oppmerksomhet og oppmerksomheten. Ord som inkluderer utvidelser av stammen utover bøyning:

*Plan** inkluderer arbeidsplan, ukeplan, timeplan, dagsplan og planlegge.

Struktur inkluderer oppgavestruktur, ekskluderer overstrukturere

Kompetanse inkluderer læringskompetanse

Styre inkluderer overstyre

Læring inkluderer opplæring, læringsarbeid, læringskompetanse, læringsbetingelser, læringsstil, læringsmiljøet, læringssituasjonen, læringsmål, innlæring, ekskluderer læringsstrategier

⁴⁹ Nettartikkelen er hentet fra

http://www.statped.no/Global/1_Tema/ADHD/Ansvar%20for%20egen%20l%C3%A6ring.pdf

fagredaksjonen som har revidert denne nettartikkelen, er en av de to fra Statped Vest som har skrevet kapittel 7 i Høringsutkastet. Kristian Øen, den andre av gruppe medlemmene fra Statped Vest, bruker det samme sitatet i sin innledning til masteroppgaven «ADHD i en skole med selvregulering som ideal: Et litteraturstudium omkring tilpasset opplæring for elever med ADHD»⁵⁰. Med dette til grunn antar jeg at Høringsutkastet trekker på både nettartikkelen og Øens masteroppgave intertekstuell.

I samme avsnitt i Høringsutkastet henvises det også til Kunnskapsløftet, og reformer, uten å utdype hvilke reformer det er snakk om. For å innlede et sitat fra St.meld. nr. 30 (2003-2004) Kultur for læring, står det «Læringsstrategier blir ofte knyttet til teori om selvregulering, og denne måten å forstå læringsstrategier på kommer tydelig til uttrykk i Kultur for læring» (s. 43). I Øens masteroppgave brukes samme sitat fra St.meld. nr. 30, og innledning til sitatet fra stortingsmeldingen sitert over, er direkte avskrift fra den samme masteroppgaven, uten henvisning til kilde⁵¹. Høringsutkastet fortsetter med «Selvregulering er et av kjerneproblemene for personer med AD/HD». Dette er skrevet uten henvisning til litteratur i Høringsutkastet, mens det i Øens masteroppgave står «Barkley (2001) hevder for eksempel at selvregulering er et av kjerneproblemene for personer med ADHD»⁵². I avsnittet under omtaler Høringsutkastet bruk av arbeidsplaner som metode i skolen og at arbeidsformen bygger «... på teori om selvregulering», uten henvisning til kilde. Arbeidsplaner er også et tema i Øens masteroppgave, hvor han skriver «Klette (2008) hevder likevel at alle former for arbeidsplaner forutsetter en viss form for egenregulering eller selvregulering»⁵³. Der hvor Høringsutkastet faktisk har litteraturhenvisning, under et sitat fra en gutt i 10. klasse, er det Øens masteroppgave det vises til. Dette sitatet finner jeg derimot ikke i hans oppgave. Det er tydelig å se at innledningen til kapittel 7 er inspirert av Øens masteroppgave, til tross for mangelfull kildehenvisning. Høringsutkastet trekker med andre ord intertekstuell på en masteroppgave i pedagogikk fra 2010.

Kapittel 7 har flere underkapitler; 7.1 «Spesielle behov hos elever med AD/HD» (s. 44), 7.2 «Struktur som nøkkel» (s. 44), og 7.3 «Struktur gir økt oppmerksomhet» (s. 45), hvor underkapittel 7.3.1 (s. 46) beskriver 11 anbefalinger om tiltak i opplæringen for elever med AD/HD. Det henvises til Kirsten Skram i midten av side 45, for å vise hvor «En elevfortelling

⁵⁰ Masteroppgaven er hentet fra http://www.statped.no/Global/1_Tema/ADHD/VES-ADHDiEnSkoleMedSelvreguleringSomIdeal-Artikkel%202010%2010%2018.pdf

⁵¹ Side 51 i masteroppgaven til Øen

⁵² Side 65 i masteroppgaven til Øen

⁵³ Side 53 i masteroppgaven til Øen

kan stå som eksempel på hvordan dette kan arte seg i norsk tekstskaping», altså sitatet fra en elev, er hentet fra. I undersøkelsen av denne kilden, finner jeg Kirsten Skrams «populærvitenskapelige artikkel» (sitat fra forordet til en artikkelsamling utgitt av Statped Vest i 2010⁵⁴); «Elever med AD/HD trenger lærere som kan skape oversikt og struktur i skolehverdagen». I begynnelsen av Høringsutkastet kapittel 3 «AD/HD i korte trekk», siteres en gutt med ADHD-diagnose som beskriver vanskene han har med å uttrykke seg skriftlig (jf. omtale i avsnitt 4.2.1.1). Kilden for dette sitatet utelates, men brukes igjen i kapittel 7 i forlengelsen av Skram sin beskrivelse av eleven med ADHD. I en nærmere undersøkelse av den populærvitenskapelige artikkelen, hvor «Forfatterne selv står til ansvar for innholdet i sin artikkel» (fra forordet skrevet av redaksjonskomiteen ved Statped Vest), gjenkjenner jeg svært mye fra Høringsutkastet. Foruten enkelte endringer (se tabell under), er alle underkapitlene avskrift fra Skrams populærvitenskapelige artikkel, som ikke har vært oppe til fagfelleevaluering, og dermed ikke kan regnes som vitenskapelig eller forskningsbasert.

Tabell 6: Eksempler på endringer gjort fra Skrams artikkel til Høringsutkastet, med utgangspunkt i Høringsutkastet avsnitt 7.3⁵⁵.

I Skrams populærvitenskapelige artikkel	I Retningslinjen	Linje i Høringsutkastet
hopper	skifter	3
For å skåne disse elevene bør man	For å styrke læringen bør en	15
mange personer med AD/HD	Mange elever med AD/HD	17
Man må hele tiden huske på at elevens læreproblemer oftest...	Det må tas hensyn til at elevens læreproblemer generelt...	22
vansker med regulering	vansker som regulering	23
Slik er det mange elever med AD/HD som forteller skriftlig.	Slik uttrykker mange elever med AD/HD seg skriftlig.	37

I avsnitt 7.3 er det i alt 66 linjer, og tabellen viser alle endringene som er foretatt fra Skrams artikkel fra 2010 til Høringsutkastet. Foruten setninger og avsnitt som er utelatt og innledningen til kapittelet som er inspirert av Øens masteroppgave, er endringene i tabell 6 representative for hele kapittel 7 om tilpasset opplæring. Med andre ord er Høringsutkastets

⁵⁴ Artikkelsamlingen, og Skrams populærvitenskapelige artikkel, er hentet fra http://www.statped.no/Global/1_Tema/ADHD/ADHD-VE-Skram-2011-StatpedSkriftserie98-Utfordringer-Undringer.pdf

⁵⁵ Linjetellingen starter fra første setning i dette underkapittelet.

del om tilpasset opplæring klippet og limt fra en populærvitenskapelig tekst, som verken har gjennomgått fagfellelvurdering, og som forordet til *Utredning og undringer. En samling spesialpedagogiske artikler fra Statped Vest* presiserer; Skram står selv ansvarlig for innholdet i sin artikkel. Om dette klassifiseres som intertekstualitet eller avskrift uten rett kildebruk, vil ikke jeg bedømme. Jeg stiller meg derimot kritisk til at Høringsutkastet til en nasjonal faglig retningslinje baserer et så viktig kapittel på en masteroppgave og en populærvitenskapelig artikkel uten noe vitenskapelig gyldighet, når det finnes reell forskning som er gjort på feltet⁵⁶. For eksempel har både Hannås (2010) og Olsvold (2012) skrevet doktoravhandlinger, og artikler som er fagfellelvurdert og som dermed holder høy vitenskapelig standard⁵⁷, men de har ikke blitt kontaktet i forbindelse med høringsrunden⁵⁸.

I kapittel 8 i Høringsutkastet «Metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser hos barn og unge med AD/HD», presenteres ulike behandlingsprogram. Disse er atferdsmodifiserende, og de beskriver blant annet at foreldre skal bruke innlærte ferdigheter for å «... fremme positiv atferd og stoppe eller redusere problematferd hos barnet» (s. 49). I det jeg leser dette kapittelet får jeg klare assosiasjoner til atferdsanalytiske prinsipper; «Når hendelser som etterfølger atferd øker sannsynligheten for atferden, snakker vi om forsterkning. ... Når hendelser reduserer sannsynligheten for gjentakelse av handlinger som de etterfølger, kaller vi det straff. Etablerende operasjoner gjør stimuli mer eller mindre forsterkende eller straffende», skriver Holden i sin forklaring av hva atferdsanalyse er (2002, s. 7).

Min forståelse av atferdsanalysen handler blant annet om negativ eller positiv forsterkning; enten tas noe som står i veien for forsterkning bort, eller så tilføres et gode som for eksempel ros eller sosial, positiv respons. Om et barn utviser negativ atferd, forsøker omgivelsene i stedet for å straffe barnet, i størst mulig grad å overse den uønskede atferden, og i stedet legge merke til det barnet gjør av en annen ønsket atferd. For at barnet skal oppdage hva som gir positiv erfaring, erstattes noen av de negative atferdene av positive atferder, fordi den tidligere problematferden ikke er virkningsfull lenger. Med problematferd menes her atferd som står i veien for læring og utvikling hos barnet eller andre (Holden, 2013).

⁵⁶ Et enkelt søk i Bibsys Ask viser 30 resultater på doktoravhandlinger om ADHD.

⁵⁷ Hannås: «Hva er bakgrunnen for at unge og voksne utredes for ADHD?», fagfellelvurdert artikkel publisert i *Psykologi i kommunen* i 2012, hentet fra: <http://pik.no/7-19%20Hva%20er.pdf>

Olsvold: «"Jeg er som vanlig" - barns fortellinger om ADHD», fagfellelvurdert artikkel publisert i *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* i 2014, hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=427523&a=2

⁵⁸ Informasjon fått fra Hannås og Olsvold pr. e-post.

Selv om den atferdsanalytiske diskursen for meg er tydelig i dette kapittelet, unnlates begrepet atferdsanalyse. Når Holden forklarer atferd sier han at det ikke vises til en kategori, som diagnose eller personlighetsforstyrrelse som barnet tilhører, men at det må ha skjedd noe konkret miljømessig for at bestemte atferder skal finne sted (2007). I behandlingsprogrammene som beskrives er det blant annet miljøet rundt som er i fokus, og flere av metoder derfor er familiebaserte. I følge Høringsutkastet viser nyere forskning «... at det er mest virksomt å arbeide med familien for å endre risikofaktorene som bidrar til å utvikle og opprettholde atferdsproblemer» (s. 50). Til tross for at ordet atferd i ulike former forekommer 17 ganger på de to sidene kapittelet består av, og at beskrivelsene av de ulike behandlingsprogrammene minner svært mye om atferdsanalyse, brukes ikke begrepet atferdsanalyse i Høringsutkastet. Min tolkning er at dette kapittelet representerer den atferdsanalytiske diskursen, men at ordet ikke brukes eksplisitt. Det blir hevdet at det atferdsanalytiske språket volder problemer, og at atferdsanalytiske ord og uttrykk, vekker negative assosiasjoner hos folk (Foxy i Holden, 2007). Holden mener at «Fremmede og lite tiltrekkende måter å ordlegge seg på kan medføre at atferdsanalyse avvises på et tidlig stadium» (2007, s. 203). Han mener videre at i gruppen pedagoger og psykologer befinner det seg direkte motstandere til atferdsanalysen, og disse viser fordommer og fremmedfiendtlighet overfor atferdsanalyse (Holden, 2007, s. 203). Kan det være på bakgrunn av dette at arbeidsgruppen bak Høringsutkastet, med blant annet 2 pedagoger og 5 overleger i psykiatri, ikke bekjenner seg med den atferdsanalytiske diskursen, eller fordi det er knyttet uro til det å anvende begrepet i frykt for «fremmedfiendtlig» og «fordømmende» mottakelse av Retningslinjen, av blant annet psykologer i en utredningsfase eller av pedagoger som skal følge opp elever?

Samtidig med den atferdsanalytiske diskursen, mener jeg dette også kan ses i sammenheng med en sosial (konstruktivistisk) diskurs, hvor miljø og samspillsmønstre er helt sentrale. I atferdsanalysen plasseres ikke primære årsaker til atferd inne i personen, men fokuset er heller på å endre forhold som kan påvirke atferd. Dette står i kontrast til hvordan den rådende, medisinske diskursen framstiller ADHD, hvor årsaken til atferden som viser seg som kjernesymptomer, forklares nevrobiologisk inne i det enkelte barn eller ungdom.

I kapittel 9 på én side om tilrettelegging og oppfølging i arbeid, beskrives tiden etter skolegang og livet som arbeidstaker for voksne med ADHD-diagnose. Fokuset i det første avsnittet er på utfordringene som kan oppstå i en arbeidssituasjon. Det vises ikke til kilder, men beskrives som en sannhet tekstforfatterne deler med leseren. I avsnitt 3.3 i

Høringsutkastet opereres det med en forekomst av hyperkinetisk forstyrrelse (diagnosen fra ICD-10) på 1-3 %, mens ADHD med diagnosekriteriene fra DSM, har en forekomst på 4-8 %. Likevel hevder Høringsutkastet i sitt avsluttende kapittel at «De fleste arbeidsgivere og de enkelte NAV-kontorene vil som regel ha liten kunnskap og erfaring med mennesker med AD/HD» (s. 52). I avsnitt 2 i kapittel 9 er det nettopp NAV som står i fokus, og Høringsutkastet fungerer som videreformidler av sannheter og informasjon. Andre arbeidsrettede tiltak skisseres også, som bruk av tekniske hjelpemidler, struktur, skjerming for støy, forutsigbarhet, og stabilitet. Kapittelet, og Høringsutkastet i tekst, avsluttes med en henvisning til NAV sine sider om arbeidsrettede tiltak, som jeg med overbevisning antar at det siste kapittelet er basert på. Intertekstuelt trekker Høringsutkastet altså på NAV sine tekster om arbeidsrettede tiltak.

4.3 DISKURSER I HØRINGSUTKASTET

Gjennom en analyse av tekst og diskursiv praksis, har jeg identifisert flere diskurser i Høringsutkastet. For å besvare første del av oppgavens problemstilling; *Hvilke diskurser om ADHD ligger til grunn for utarbeidelsen av nasjonal faglig retningslinje*, oppsummere jeg de ulike diskursene under.

4.3.1 IDENTIFISERTE DISKURSER I HØRINGSUTKASTET

I avsnitt 3.3 «ADHD – et kontroversielt felt», har jeg redegjort for de de mest framtrepende forståelsene av ADHD slik jeg ser det. Her la jeg frem hovedtrekkene i det (bio)medisinske paradigmet, med fokus på nevrologiske og genetiske faktorer. Deretter viste jeg i korte trekk hvordan den psykologiske, og den sosialkonstruktivistiske forståelsen av ADHD ikke samsvarer med denne, og med dette kritiserer den rådende diskursen. Kritikerne mener at tilhengerne av den medisinske forståelsen avfeier initiativer til dialog om ulike forklaringsmodeller til ADHD, og at dette hindrer utvikling på fagfeltet (Timimi, 2005; Timimi & Leo, 2009).

Den medisinske diskursen kommer til syne gjennom blant annet Høringsutkastets beskrivelser av hvordan «lidelsen» eller «forstyrrelsen» (fra «disorder») ADHD hele tiden har eksistert, og blir «oppdaget» i takt med at legevitenenskapen utvikler seg, både historisk sett, men også i «oppdagelse» av ADHD i barnet eller ungdommen ved at symptomene på et eller annet tidspunkt vil vise seg. Dette tyder på et syn om at ADHD eksisterer som en underliggende sannhet som venter på å bli avdekket. Den nevrobiologiske ubalansen kan medisineres, og

dermed dempes «symptomene». En kunnskapsdiskurs gjør seg gjeldende med hele Høringsutkastets mandat; «Målet er å gi god kunnskap om for utredning, diagnostikk og behandlingstiltak» (forordet s. 1). Samtidig handler et helt kapittel om hvordan skolen, pedagogisk sett, kan tilpasse opplæringen for elever med ADHD-diagnose. Den samfunnsøkonomiske og politiske diskursen trer frem i begrunnelser for hvorfor elevers læring er viktig for at Norge skal bli konkurransedyktig internasjonalt, mens den psykologiske diskursen vises blant annet gjennom en forforståelse av hva som er normal og avvikende utvikling. Den sosialkonstruktivistiske diskursen kommer til syne når Høringsutkastet kommuniserer hvordan miljøet rundt, relasjoner og psykisk velvære kan bedre forholdene til en person som har ADHD-diagnose. Innenfor denne diskursen kan en atferdsanalytisk diskurs ses, med fokus på hvordan å jobbe med aspekter rundt barnet eller ungdommen.

4.3.2 HOVEDDISKURS – HVORDAN KONSTRUERES ADHD I HØRINGSUTKASTET?

Selv om flere diskurser identifiseres i Høringsutkastet, ligger det etter min mening én diskurs, den medisinske, til grunn for de andre diskursene. Gjennom analyse av interdiskursivitet (jf. avsnitt 4.2.2.2) har jeg vist hvordan Høringsutkastet i stor grad trekker på denne diskursen. Som påpekt i avsnitt 2.3.1.2 viser høy grad av repetisjon og begrenset dialog med andre diskurser lite interdiskursivitet, noe som tyder på reproduksjon og stabilitet av den dominerende diskursen (Winther Jørgensen og Phillips, 1999, s. 85).

Det virker som det er opplest og vedtatt at ADHD er noe negativt som barnet eller ungdommen enten har eller ikke har. Til tider trekkes Høringsutkastet mot den sosialkonstruktivistiske diskursen ved å peke på hvordan aspekter ved livet rundt barnet eller ungdommen kan påvirke hvordan «pasienten» har det. Likevel sitter jeg igjen med en forståelse av at ADHD er en diagnose som klassifiseres som en lidelse eller forstyrrelse, som noen har fått på grunn av atferdsbeskrivelser fra diagnosemanualer. Ofte medisineres «lidelsen» for at barnet eller ungdommen skal ha mulighet for et «så godt liv som mulig» (jf. Høringsutkastets forord, innledningskapittel, og kapittel 3 «ADHD i korte trekk»).

At individet *har* ADHD, mener jeg kommer tydelig til uttrykk gjennom oppdagelsesnarrativet i Høringsutkastet. Frekvensen av ordet «pasient» for eksempel, stadfester den medisinske diskursen, med 72 gjentakelser. Til tross for at det foreslås flere tilpasninger i skolen, dog gamle, kjente tiltak, og at programmer for å bedre miljøet rundt barnet eller ungdommen med ADHD-diagnose skisseres, ligger det en klar forståelse om at det er barnet eller ungdommen det er noe 'avvikende' med. ADHD er *i* barnet, skjult eller oppdaget; «...

det foreligger symptomer på uopdaget AD/HD» (Høringsutkastet, s. 26). Fokuset er på det individuelle avviket først, og deretter kommer det sosiale aspektet for inkludering (Franck & Nilsen, 2014, s. 2). «Changing what is wrong with society, ... implies finding out what is 'wrong' with the people in it» (Grue, her fra Franck & Nilsen, 2014, s. 2). At barnet eller ungdommen 'har ADHD' er utgangspunktet i Høringsutkastet, og de tilpasningene som kan gjøres rundt, som ved første øyekast kan tolkes som et sosialkonstruktivistisk syn på ADHD, kommer som en sekundær følge av at barnet eller ungdommen er 'avvikende' fra den 'normale utviklingen'. Den medisinske diskursen dekkes til med en mer human drakt, og fokuset på det 'individuelle avviket' dempes ved å ta inn andre elementer som miljø, relasjon, og samfunn. At barn og ungdom under andre omstendigheter, kulturer, tidsaldre eller samfunn kanskje ikke ville fått diagnosen, diskuteres ikke. Derimot forklares det i avsnitt 3.4 «Utviklingsforløp» at symptomene endres over tid, og at de fleste modnes «... som fører til at noen av symptomene avtar» (Høringsutkastet, s. 16).

I avsnitt 4.4.2.4 blir sosial praksis analysert, og her vil jeg presentere ulike mulige årsaker til at den medisinske diskursen er blitt den dominerende, og hvilke konsekvenser Helsedirektoratets konstruksjon av ADHD kan ha for samfunnet generelt, og skolen spesielt.

4.4 DISKURSER I RETNINGSLINJEN

I denne delen som omhandler den publiserte Retningslinjen, presenteres først utvalgte, overserverbare fakta om Retningslinjen. Med utgangspunkt i hoveddiskursene jeg har funnet i Høringsutkastet, vil jeg se etter bevis på de samme diskursene i Retningslinjens tekst, og eventuelt identifisere nye diskurser. Denne delen vil jeg organisere med underkapitler tilhørende de ulike diskursene, med eksempler hentet fra Retningslinjen⁵⁹. I analysen av sosial praksis vil jeg forsøke å forklare hvorfor Retningslinjen kan ha blitt som den er, og hvilke konsekvenser diskursene i Retningslinjen kan få for sosial praksis, jf. problemstillingens tredje forskningsspørsmål.

4.4.1 UTVALGTE, OBSERVERBARE FAKTA OM RETNINGSLINJEN

Retningslinjen er på 34 764 ord fordelt på 96 sider, inkludert forside, forord, innholdsfortegnelse, vedlegg, referanser, bakside, og de seks kapitlene; 1) «Sammendrag», 2) «Innledning», 3) «ADHD i korte trekk», 4) «Tilleggsleidelse og differensialdiagnostikk ved

⁵⁹ Diskursene blir kategoriene som Retningslinjen analyseres etter, ikke en kronologisk gjennomgang av dokumentet som gjort i analysen av Høringsutkastet.

ADHD», 5) «Utredning og diagnostisering», og 6) «Behandlingstiltak og oppfølging». Høringsutkastet hadde egne kapitler om «Tilpasset opplæring for elever med AD/HD» og «Metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser hos barn og unge med AD/HD», som i den publiserte Retningslinjen har blitt til henholdsvis vedlegg 1 og 2. I tillegg er det vedlegg om «Regelverk for førerkort for personer med ADHD», «Regelverk for ADHD og avtjening av militærtjeneste», og en samlet liste over anbefalinger. Retningslinjen består 17 anbefalinger, en kraftig reduksjon fra Høringsutkastets 58 anbefalinger⁶⁰. Retningslinjen har vært på ekstern høring i tre måneder og mottatt 58 høringssvar (Retningslinjen, s. 10). Den endelige publikasjonen kom 3.12.2014.

4.4.2 ANALYSE AV RETNINGSLINJEN

Som oppsummert i 4.3.1, kom flere diskurser til syne i Høringsutkastet. Ved siden av hoveddiskursen, den medisinske, gjør også den sosialkonstruktivistiske diskursen seg gjeldene til en viss grad. Da kunnskapsdiskursen, den samfunnsøkonomiske og politiske diskursen, og den psykologiske diskursen i mindre grad utmerker seg når Høringsutkastet kommuniserer sin forståelse av ADHD, vil disse ikke bli brukt som utgangspunkt i søken etter diskurser i Retningslinjen. I det følgende vil jeg derfor bruke den medisinske og den sosialkonstruktivistiske diskursen som kategorier for å lete i Retningslinjen etter eksempler på hvordan språket brukes for å uttrykke disse diskursene, og med dette ønsker jeg å undersøke Retningslinjens konstruksjon av ADHD. I tillegg er det forhold ved Retningslinjen jeg ønsker å kommentere fordi de sier noe om hvordan ADHD blir framstilt, men som hverken kommer inn under den medisinske eller sosialkonstruktivistiske diskursen (avsnitt 4.4.2.3).

I det følgende tar jeg utgangspunkt i hele Retningslinjen, men ekskluderer deler som bare omhandler voksne, om disse avsnittene ikke er spesielt interessant for min problemstilling eller forskningsspørsmålene. Jeg velger å inkludere vedlegg 1 og 2 om henholdsvis tilpasset opplæring og metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser, men utelater vedleggene om regelverk for førerkort, og regelverk for militærtjeneste da dette ikke er aktuelt for barn eller ungdom. Jeg vil i det følgende henvise til Retningslinjen ved sidetall, og kursiveringer som gjøres er mine.

⁶⁰ Den norske legeforening uttalte i sin tilbakemelding på Høringsutkastet at noen av anbefalingene burde slås sammen, at noen burde utgå på grunn av «lite substans», og at andre anbefalinger handlet om vanlig og lovregulert praksis, og dermed også burde utgå (2013).

4.4.2.1 DEN MEDISINSKE DISKURSEN

Den medisinske diskursen viser seg på ulike måter i Retningslinjen. Jeg har valgt ta utgangspunkt i ulike elementer som jeg mener viser den medisinske diskursen; «ADHD som tilstand, lidelse og oppdagelse», «Medisinske begreper», og «Bruk av legemidler».

ADHD som tilstand, lidelse og oppdagelse

I forordet kan vi se hvordan tekstforfatterne presenterer sin vurdering som fakta, og med dette gir hoveddiskursen autoritet, ved å omtale ADHD som en tilstand; «I løpet av perioden 2005–2014 er det publisert mange nye studier om *ADHD og relaterte tilstander*», og «Det er stor variasjon i tilstandsbildet ...» (s. 3). I kapittel 4 blir tilstand sidestilt med lidelse; «To eller flere *lidelser/tilstander* som forekommer samtidig hos én person betegnes som komorbiditet» (s. 21), og støtter med dette den medisinske diskursen. Også i kapittel 5 ser vi bruk av begrepet lidelse; «... å kartlegge forekomst av ulike psykiske *lidelser inklusiv ADHD*» (s. 33), hvor ADHD ses som en del av flere ‘lidelser’. I forordet brukes uttrykket «ADHD *debuterer* i barnealder og kan være en *tilstand* ...», og med dette blir ADHD det aktive subjektet, og personen med ADHD-diagnosen utelukkes. Dette ses videre i forordet; «ADHD kan føre til ...», «ADHD kan gi ...», og «ADHD kan innebære ...», samtidig som påstandene modifieres ved bruk av ‘kan’ (jf. modalitet i avsnitt 4.2.1.2). I sammendraget forklares det at ADHD «... er en tilstand som er karakterisert ved konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet i så stor grad at det skaper funksjonsvansker i hverdagen» (s. 7). Disse tre kjernesymptomene forklares ved hjelp av beskrivelser av hvordan de ‘viser seg’, en forklaring som gjentas i avsnitt 3.1 «Diagnoser / diagnostiske kjennetegn». Ordvalgene kan knyttes til Retningslinjens erfaringsverdi, og viser hvordan tekstforfatterne erfarer virkeligheten ved at de trekker på oppdagelsesperspektivet på ADHD; ADHD er det hele tiden, skjult eller synlig, og symptomene viser seg på ulik vis. Videre stadfestes det ‘å oppdage ADHD’ ved at fastlegen «... kan få *mistanke* om ADHD-diagnose» (s. 7, s. 28), og at «De første symptomene på ADHD hos barn og ungdom kan *oppdages* i barnehagen, i skolen og i hjemmet» (s. 27). I kapittelet om utredning gjentas dette; «Det mest brukte spørreskjema for *avdekking* av ADHD-symptomer ...» (s. 28).

Medisinske begreper

I sammendragets 2,5 sider, brukes ‘behandling’ i ulike former 18 ganger, og med dette vekkes assosiasjoner til den medisinske diskursen ved at Retningslinjens ekspressive verdi vises; det som vurderes som funksjonsvansker må det gjøres med, og rett behandling finnes; jf. Retningslinjens tittel. Retningslinjens medisinske diskurs ilegges ytterligere tyngde ved

gjennomgående bruk av medisinske begreper som «pasient» (69 ganger), «pårørende» (36 ganger), «diagnose» (113 ganger), «symptomer» (128 ganger), og «behandling» (301 ganger). For øvrig viser en ordsky hvilke ord i Retningslinjen som er hyppigst brukt gjennom en visualisert framstilling i vedlegg 6.

Retningslinjen introduserer et for meg nytt begrep; «symptomdiagnosene» i omtalen av hvilke diagnoser som brukes i Norge (s. 7), gjennom diagnosekriteriene i ICD-10 og DSM-5. Begrepet «symptomdiagnose» forsøker antagelig å forklare hvordan de to diagnosemanualenes kriterier er beskrivelser av ‘symptomer’ og atferd, framfor personlighetsdynamikk.

I kapittelet om behandlingstiltak og oppfølging kommer et nytt begrep i Retningslinjen som kan tolkes innenfor den medisinske diskursen; «Gi økt kunnskap og forståelse av ADHD-tilstanden hos *rammede* personer og deres pårørende» (s. 41). Bruken av «rammede» gir sterke assosiasjoner til sykdom; for eksempel ‘å bli rammet av kreft’.

Henvisningen til lovverk i avsnittet «Informasjon om ADHD/Psykoedukasjon», styrker assosiasjonene til sykdom; «Pasienten og pårørende skal ha informasjon om symptomer, antatte årsaksforhold, klinisk forløp, behandlingsmuligheter og prognose ...» (s. 42). Det første av punktene under dette sitatet bruker ordet sykdom for første og eneste gang i Retningslinjen for å omtale ADHD spesifikt⁶¹; «Pasienten og pårørende bør få opplæring i behandling og hvordan pasienten best kan leve med *sykdommen*» (s. 42).

Et annet begrep som Retningslinjen bruker, men som Høringsutkastet ikke nevnte, er funksjonshemning; «Ved hjelpemiddelsentraler er *ADHD nevnt blant de funksjonshemninger* som kan gi kognitive problemer» (s. 44). Med dette ligger et syn på ADHD som funksjonshemning, noe som ikke har vært framtrødende tidligere i dokumentet. I notatet «Funksjonshemning, retorikk og forståelse» skrevet av Lars Grue (2006), diskuteres to ulike kontekstualiseringer av funksjonshemning og funksjonshemmede barrierer. Han stiller blant annet spørsmål ved hva som menes med funksjonshemning, og hvem som er funksjonshemmet. Retningslinjen velger å vise til hjelpemiddelsentraler generelt, og hvordan ADHD der er nevnt som funksjonshemning. Ved å gjøre dette, konstituerer Retningslinjen en allerede eksisterende diskurs om ADHD med tidligere ikke vist i Retningslinjen, som plasserer ADHD i kategorien funksjonshemning.

⁶¹ Sykdomsbegrepet brukes i alt 32 ganger i Retningslinjen i sammenheng med andre sykdommer; nevrologiske sykdommer, genetiske sykdommer, og psykisk sykdom, men ikke tidligere alene om ADHD.

Bruk av legemidler

«Foreldretreningsprogrammer» er valgt som en overskrift i sammendraget (s. 8), hvor 6 av avsnittets 8 punkter omhandler legemiddelbruk⁶². Erfaringsverdien kommer til syne gjennom fokuset på legemiddelbruk, da dette peker på en forståelse av at noe er i fysiologisk ubalanse og dermed må medisineres; ADHD erfares av Retningslinjen som noe inne i barnet eller ungdommen som blant annet kan 'behandles' med sentralstimulerende stoffer eller atomoksetin.

I avsnitt 6.7 «Behandling med legemidler», har både metylfenidat, amfetamin og atomoksetin egne avsnitt. Virkningsmekanismer blir blant annet omtalt i de respektive avsnittene, samt henvisning til lover knyttet til informasjon om «... forventet nytte og mulige risikoer og bivirkninger både på kortere og lengere sikt av behandlingen» (s. 49). Medisinske begrep dominerer dette kapittelet, også begrep som ikke tidligere har blitt brukt i Retningslinjen; «symptomintensitet», «doseringsregime», «opptrappende», «opptrapping», «dosering»⁶³, «preparater», «virketid», «startdose», «titrering» og «misbrukspotensiale».

I avsnittet om «Langtidseffekt på ADHD-symptomer» uttrykkes det at «Noen ganger kan også behandling med sentralstimulerende middel forverre symptomene» (s. 54). Videre i avsnittet vises det til noen studier som har vist god effekt, men også til studier som har vist at «Det ser da ut til at den positive effekten en fant etter 14 måneder forsvant. Om det har sammenheng med at medisinen ikke var like effektiv eller om behandlingen ikke var intens nok, vites ikke» (s. 54). Sitatet er hentet i omtalen av MTA-studien, som «... er den lengste kontrollerte, sammenliknende studien av medikamentell behandling og annen behandling ved ADHD» (s. 54). Retningslinjen konkluderer i kapittelet om legemiddelbruk at «... det er stor variasjon i nytteverdien av medikamentell behandling ved ADHD» (s. 55). Under «Råd og anbefalinger for behandling av barn og ungdom med ADHD» avsluttes det imidlertid med «Ofte vil behandling med legemidler være aktuelt. Behandling med legemidler er gitt i mange år og slik behandling har hatt god effekt» (s. 60), uten henvisning til studier som viser den gode effekten.

⁶² At «Foreldretreningsprogrammer» er overskriften i sammendraget hvor de fleste punktene omhandler legemiddelbruk, må være feilformatert. Det tredje punktet er «Bruk av legemidler», og jeg er overbevist om at dette skulle vært en ny overskrift. Se for øvrig avsnitt 4.4.2.3, «Kildebruk og skrivefeil».

⁶³ Dosering brukes også i avsnitt 6.8, men da om vitamintilskudd.

4.4.2.2 SOSIALKONSTRUKTIVISTISK DISKURS

Overskriften til dette avsnittet; sosialkonstruktivistisk diskurs, kunne ha vært sosial diskurs, relasjonell diskurs, sosiokulturell diskurs eller lignende, da forhold rundt barn, ungdom og voksne med ADHD ilegges betydning for hvordan 'symptomene' utarter seg. Som diskutert i avsnitt 4.3.2 er utgangspunktet at barnet *har* ADHD. Den sosiale, relasjonelle og kulturelle påvirkningen er sekundær. Når sosialkonstruktivisme blir brukt i denne sammenhengen, må det ses på med en vid tilnærming. I tillegg tenker jeg de eksemplene jeg har funnet i Retningslinjen kan vitne om at ADHD faktisk blir konstruert sosialt, om vi tar bort antagelsen om at det ligger noe biologisk *i* barnet til grunn.

Forhold rundt barn, ungdom eller voksne som kan påvirke opplevelsen av 'symptomene':

«Tolkning og forståelse av symptomer på ADHD hos voksne er mer avhengig av forholdene rundt personen og stiller andre krav til innhenting av informasjon, symptomvurdering og dokumentasjon enn hos barn og ungdom» (s. 28). Påstanden begrunnes dog ikke, men flere eksempler følger i avsnittet «Utredning ved spørsmål om ADHD hos voksne»; «Fastlegen må gjøre en selvstendig vurdering som bør inneholde: ... tilleggsopplysninger om skolegang, eventuelt utdanning og arbeid, fritidsaktiviteter og interesser» (s. 29). Videre hevder Retningslinjen at «Studier viser at noen voksne kan «vokse av seg» symptomene, men at symptomer på ADHD og funksjonsvansker også kan vedvare» (s. 28–29).

For barn og ungdom er det enda færre eksempler på hvordan miljøet kan påvirke oppfattelsen av symptomer som ADHD; «Fordi mange ulike forhold kan gi uro/hyperaktivitet og konsentrasjonsproblemer, må både individuelle karakteristika og miljøfaktorer utredes» (s. 30), og «Utredning vil primært ha som siktemål å kartlegge atferden over tid for å se om atferdskarakteristika stemmer med beskrivelsen av ADHD» (s. 31).

4.4.2.3 KOMMENTARER TIL RETNINGSLINJEN

Det er flere observasjoner av Retningslinjens tekst som jeg velger hverken å plassere inn under den medisinske eller sosial(konstruktivistisk)e diskursen, men som jeg likevel ønsker å kommentere. Jeg har delt inn disse kommentarene i følgende kategorier; «Normalitet og avvik», «Over-wording» og negativ ordbruk», «Ernæringsmessige tiltak», og «Kildebruk og skrivefeil».

Normalitet og avvik

I beskrivelsen av forløp av ADHD, kapittel 3.7, modifiseres den bastante, medisinske forklaringsmodellen; «Det er likevel så *stor variasjon i atferden* at det er vanskelig å skille mellom *normalvariasjon* og atferd som kan gi mistanke om utvikling av ADHD» (s. 19). Retningslinjen uttrykker eksplisitt et bilde av at noe atferd er 'normal', mens annen er 'avvikende', men hvor dette skillet går, er uklart. Det er likevel tydelig at det er et asymmetrisk forhold mellom normalitet og avvik (jf. Franck i avsnitt 3.1.3.1) for eksempel gjennom bruken av ordet 'risiko'; «Uttalt og gjennomgripende hyperaktivitet hos førskolebarn er en *risikofaktor* for utvikling av uttalte vansker senere ... Dersom det er tydelige ADHD-symptomer i 5-6 års alder, er det stor *risiko* for at de vil være ved inn i skolealder» (s. 19).

I beskrivelsen av konsentrasjonsvanskene, hyperaktiviteten og impulsiviteten utdypes det at henholdsvis vanskene, aktivitetsnivået og atferden «... skal være langt ut over det som er vanlig for alderen» (s. 15). Dette viser til en forståelse av eller overbevisning om at dikotomiene normalitet og avvik er aktuelle også innenfor diagnosen, som i seg selv er avvikende fra normalen i det diagnosen settes. For å avvike fra det som er vanlig for alderen, må det altså foreligge en norm for utviklingsstadier tilknyttet alderskategorier. Det sies ikke eksplisitt hva som er forventet, men det er helt klart normbasert, og ikke ut fra kriterier. Likevel avsluttes avsnittet «Diagnoser / diagnostiske kjennetegn» med at «Det er stor variasjon mellom individer i type symptomer, hyppighet, intensitet og innvirkning på fungering i hverdagen» (s. 15).

Fagpersoner må vurdere om de symptomer som beskrives er ut over hva som er *normalt*. Det kan være *stor variasjon* i hvordan foreldre oppfatter barnets atferd. Noen har stor toleranse for høyt aktivitetsnivå, mens andre opplever samme atferd som problematisk. På samme måte tolererer noen lærere høyt aktivitetsnivå i skoletimene, mens andre ikke gjør det. Selvrappport fra voksne vil også kunne påvirkes av mange faktorer. De hyppige omtalene av ADHD i media kan også påvirke både foreldre og enkeltpersoner til å tro at *normal variasjon* i konsentrasjonsevne og aktivitetsnivå kan være indikasjon på ADHD. Av den grunn er vurdering av symptomer opp mot *normal atferd og utvikling* nødvendig. (Retningslinjen, s. 25).

Sitatet over er hentet fra Retningslinjen avsnitt om differensialdiagnostikk, 4.1.12, og viser tydelig at atferd og utvikling er normbasert. Det forutsettes fra Helsedirektoratet at fagpersoner deler forventninger til hva som er normal og avvikende atferd og utvikling (jf. begrepet «presupposition» fra Fairclough, 2001, omtalt i oppgavens avsnitt 4.2.2.2).

I avsnittet om spørreskjema, beskrives det at de enten er «... spesifikke i forhold til atferdskarakteristika ved ADHD eller generelle for å avdekke flere problemområder / tilstander» (s. 32). Ofte er det lærere og foreldre som vurderer barnet eller ungdommen (Timimi & Leo, 2009, s. 5) ved at de krysser av alternativene «Aldri/sjelden», «Noen ganger», «Ofte» eller «Veldig ofte» på utsagn om barnets eller ungdommens atferd. Med andre ord er det subjektive vurderinger som gjøres, og dette igjen vil avhenge av hvilken normalitetsforståelse personen har. I artikkelen «The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?», viser tabellene at lærere og foreldre skårer barnet til å ha flere utfordringer enn barnet eller ungdommen selv gjør (Farone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003). Dette har også Hannås funnet i sine undersøkelser, hvor de unge intervjudeltakerne med ADHD-diagnose anser atferd og egenskapene som en tradisjonelt sett er knyttet til diagnosen som positive, mens de voksne karakteriserer disse som problematferd (2010, s. 227⁶⁴).

«Over-wording» og negativ ordbruk

I avsnitt 3.1 «Diagnoser / diagnostiske kjennetegn», gjentas «de sentrale kjennetegn ved ADHD ... som gir nedsatt fungering i hverdagen» (s. 14). Tilsvarende like beskrivelser og ordlyd brukes flere ganger i Retningslinjen. Dette er et eksempel på «over-wording», hvor det ideologiske standpunktet kommer til syne ved å gjenta nærmest like formuleringer for å understreke enkelte aspekter ved virkeligheten (Fairclough, 2001).

Gjennom hele Retningslinjen blir ADHD, med bakgrunn i den medisinske diskursen, framstilt som noe et barn eller en ungdom *har*, og som ikke ønskelig. Dette kan ses i omtalen av hvordan vanskene kan komme til uttrykk på skolen; «avvikende atferd», «forsinket utvikling av kognitive ferdigheter», «svakere skolerresultater enn evnenivået skulle tilsi», «lærevansker», eller «relasjonsvansker»⁶⁵.

Ernæringsmessige tiltak

Begynnelsen av avsnitt 6.9 «Andre behandlinger», åpner med at det finnes et stort antall ulike behandlinger utover de som er beskrevet i Retningslinjen, men at de ikke blir omtalt i Retningslinjen fordi det ikke er gjort gode nok studier (s. 58). I avsnitt 6.8 blir ulike

⁶⁴ Se sitat fra Hannås avhandling som omtaler dette i kapittel 5 «Avsluttende refleksjoner».

⁶⁵ Dette gjelder også i beskrivelsen av ADHD hos voksne; «vansker med å holde oversikt og følge tidsfrister», «lett å distrahere», «kjeder seg», «indre uro», «anspenhet», «overdreven pratsomhet», «rastløshet», «manglende evne til å sitte i ro over tid», «utålmodighet», «handle uten å tenke seg om», «hyppig inngåelse av nye relasjoner og arbeidsforhold», «spenningssøkende atferd», «økt sykdomsbelastning», «økt risiko for funksjonsvansker», og «negative konsekvenser for sosioøkonomiske forhold som utdanning, jobb og privat økonomi» (s. 19).

ernæringsmessige tiltak lagt fram, og vurdert hvorvidt de gir ønsket «... bedring i forhold til ADHD-symptomer» (s. 68). Ingen av tiltakene; «dietter uten fargestoffer», «dietter uten sukker», «eliminerasjonsdietten», «tilskudd av vitaminer», «tilskudd av mineraler», «tilskudd av vitaminer og mineraler (micronutrients)», eller «tilskudd av flerumettede fettsyrer», har funn som gjør at Retningslinjen kan anbefale de ulike tiltakene. Selv om ikke teksten er lengere enn i overkant av to sider, gir det likevel inntrykk av at 'ernæringsmessige tiltak' kan gjøre noe med 'ADHD-symptomene' hvis en kun ser på innholdsfortegnelsen og overskriftene, og med tanke på at Retningslinjen selv uttrykker at de velger å ekskludere mange former for behandling fordi «... det ikke er gjort gode nok studier» (s. 58).

Kildebruk og skrivefeil

I avsnitt «Utprøving/korttidsbehandling med sentralstimulerende midler», 6.7.2.1 (s. 48–50), viser Retningslinjen til NICE sin retningslinje (2013) (uten sidetall) som skal ha dokumentert «... i et stort antall kontrollerte studier at behandling med metylfenidat eller amfetamin vil hos 70–80 % av barn og ungdom med ADHD og 50–60 % av voksne med ADHD gi signifikant reduksjon av ADHD-symptomer ...» (Retningslinjen, s. 49). I denne britiske veilederen på 56 sider skrevet i 2008 og revidert i 2013, finner jeg ingen av tallene som Retningslinjen viser til, eller ytringer som støtter dette. Derimot finner jeg et kapittel om forskningsanbefalinger, basert på arbeidsgruppen bak den britiske veilederen sin gjennomgang av beviser, for å forbedre NICE sin veiledning og pasientbehandling i framtiden (NICE, 2013, s. 44). Her er det et eget avsnitt om seponering av behandling med legemidler, og veilederen skisserer flere spørsmål knyttet til dette tema som de ønsker forskning på. Blant annet foreslår arbeidsgruppen å se på om det er fordeler eller ulemper med å utvide bruk av metylfenidat sammenlignet med seponering etter 18 måneders bruk, og hvilken betydning for endring i kjernesymptomene og økt livskvalitet bruk utover 18 måneder vil gi. Dette begrunner den britiske veilederen med at metylfenidat ofte er gitt over perioder av år uten god dokumentasjon på om forlenget bruk (utover 18 måneder) er effektiv eller trygg, og at det trengs bevis for hvilke eventuelle fordeler det er med å forlenge bruken av metylfenidat for unge i slutten av tenårene (NICE, 2013, s. 45). Dette gjør meg usikker på hvor Retningslinjen har sine data fra, og jeg tenker at henvisning med sideantall hadde vært hensiktsmessig når NICE sin retningslinje er såpass omfattende.

I innledningen til vedlegg 1 (Høringsutkastets kapittel 7), presiseres det at anbefalingene ikke er gradert, fordi det er skrevet av Statped Vest, og er ikke underlagt helselovgivningen (s. 62). Foruten en innledning på 1 linje og 8 punkter, er vedlegget nærmest en kopi av kapittel 7 i Høringsutkastet⁶⁶. Det samme gjelder vedlegg 2 (kapittel 8 i Høringsutkastet), foruten i overkant av en halv side ekstra om De Utrolige Årene i Retningslinjen (Retningslinjens s. 69–70)⁶⁷.

I begynnelsen av vedlegg 1 «Tilpasset opplæring for elever med ADHD», henvises det etter sitatet «Innledningsvis tas det med en oppsummering av tiltaksprinsipper» til «(Barkley R 2008)», (s. 62). Denne referansen er ikke nummerert i Retningslinjen, og ses kun ved å lese igjennom de 252 referansene i den omfattende, numeriske referanselisten (Retningslinjens s. 77–93). Dette gjelder også henvisningen til Webster-Stratton et al., 2012 i vedlegg 2 (s. 69), uten nummerering til referanselisten. Det er tre referanser til Webster-Stratton i referanselisten, men ingen fra 2012. På samme side i Retningslinjen, vises det til Larsson et al., 2008 (uten referansenummer), mens i Retningslinjens har ingen referanser til Larsson i 2008, kun 2009 og 2010. I beskrivelsen av behandlingsprogrammet De Utrolige Årene (s. 69), vises det til kilde 78; en bok fra 1982. Et enkelt søk på internett viser at programmet ble først publisert i 1984⁶⁸.

På grunn av gjennomgangen av kapitlene i analysen av Høringsutkastet (jf. avsnitt 4.2.2.2), blir ikke vedleggene omtalt ytterligere her, men understreker med dette at det er flere kritikkverdige elementer med kildebruken i Høringsutkastets kapittel 7. Det jeg har hentet ut av vedleggene over, velger jeg å nevne på grunn av kildebruk som etter min vurdering ikke er tilfredsstillende i forhold til det en kan forvente av en nasjonal faglig retningslinje (jf. Helsedirektoratets Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer, 2012).

⁶⁶ Endringer fra Høringsutkastets kapittel 7 til Retningslinjens vedlegg 1: Én setning fra Høringsutkastet er utelatt; kapittel 3 «Struktur gir oppmerksomhet», første avsnitt; setningen «Personer med slike vansker vil ofte gi inntrykk av at "de kan hvis de vil", og de blir ofte misforstått av omgivelsene» (Høringsutkastet s. 45), er utelatt. I tillegg er minimale endringer gjort; «raske» fra Høringsutkastet har blitt «rask» i Retningslinjen (s. 64), «regulering» har blitt «selvregulering» (s. 65), og ellers består endringene av at én parentes er fjernet, to uthevninger med fet er fjernet, ett komma er fjernet, og tre komma er tilføyd.

⁶⁷ Endringer fra Høringsutkastets kapittel 8 til Retningslinjen vedlegg 2: Den engelske forkortelsen IY (Incredible Years) er tilføyd etter forkortelsen DuÅ [sic] (s. 68), setningen «... denne gruppen hadde også like stort utbytte av terapien som de øvrige deltakerne» (Høringsutkastet, s. 49) har blitt til «... disse barna viste reduksjon i atferdsvansker etter avsluttet terapi» (Retningslinjen, s. 68), og setningen «Disse behandlingsprogrammene er imidlertid ikke primært ...» er tilføyd det samme avsnittet. Videre i kapittel 8 er tre kommaer tilføyd, og ett fjernet. «Hovedfokus» og «forskningsstudier» i Høringsutkastet (s. 50), har blitt til henholdsvis «Fokus» og «Studier» i Retningslinjen (s. 70).

⁶⁸ Funnet http://incredibleyears.com/download/administrators/iy_fact_sheet.pdf

Foruten enkelte, kritikkverdige momenter knyttet til litteraturreferanser, er det flere skrivefeil i Retningslinjen; «ADHD-*Behandling*», med stor B (s. 8), «Barn ... kan ofte gå lenge uten *av* vanskene oppdages» (s. 27), tegnsettingsfeil; «om det er andre tilstander som bedre kan forklare vanskene, (differensialdiagnoser) ...» (s. 8), og eksempler på dårlig språk; «Kartleggingen skal konkludere med om det er grunnlag for å sette en diagnose Hyperkinetisk forstyrrelse eller Attention-Deficit Hyperactivity Disorder ...» (s. 8), og «Det viktig å gi tilstrekkelig tid» (s. 58) («er» er utelatt).

I tillegg har «Foreldretreningsprogrammer» blitt en egen underoverskrift i sammendraget (s. 8), hvor 6 av de 8 punktene som følger under denne overskriften handler om legemiddelbruk. «Behandling av legemidler», som har blitt det tredje punktet, skulle antagelig vært en egen underoverskrift.

4.4.2.4 ANALYSE AV SOSIAL PRAKSIS – FORKLARENDE DEL

Det tredje analysenivået i Faircloughs tredimensjonale analysemodell av kommunikative begivenheter, er sosial praksis. En analyse av sosial praksis har fokus på hvordan språket bidrar til å opprettholde og / eller endre sosial praksis. «Social change in ... organisations etc. is often initiated with new discourses», hevder Fairclough (2010, s. 505). Diskursanalytikerens oppgave er blant annet å undersøke hvorfor diskursen er som den er. Dersom diskursanalytikeren er interessert i å avdekke forsøk på endring, må kampene om hva som inkluderes og ekskluderes i en aktuell kontekst følges (Neumann, 2001). Ifølge Neumann (2001) gjennomsyrrer makt det sosiale, og av den grunn er det viktig å undersøke hvem som kommer til orde, og hva som fremstilles som 'normalt' og 'unormalt'. Det er i det sosiale liv konsekvensene av en diskurs blir synlig. Ifølge Winther Jørgensen og Phillips (1999) er kampen mellom diskurser i en diskursorden viktig i analysen, fordi det er i denne kampen de sosiale konsekvensene blir mest synlige. Når man innen samme område har to eller flere diskurser som har sin forklaring av virkeligheten, kan man spørre hvilke konsekvenser dette får, hvis en diskurs aksepteres fremfor en annen.

Jeg vil i det følgende bruke det diskursanalytiske rammeverket for å kombinere funn fra tekstanalysen og de ulike diskursene jeg har identifisert gjennom analyse av diskursiv praksis, for å forklare hvorfor (diskursen i) Retningslinjen har blitt som den er, og identifisere hvilke potensielle sosiale konsekvenser teksten kan få for samfunnet generelt, og skolen spesielt. Det understrekes at dette er min forståelse med utgangspunkt i mitt ståsted (jf. avsnitt 2.6), og at det er denne forståelsen som ligger til grunn for forklaringene som følger under.

Hvorfor har (diskursen i) Retningslinjen blitt som den er?

Det har blitt vurdert at veilederen om ADHD fra 2007 (Sh.dir.) skal erstattes av en ny nasjonal faglig retningslinje. I Retningslinjens forord står det «I løpet av perioden 2005–2014 er det publisert mange nye studier om ADHD og relaterte tilstander. Det er derfor behov for en oppdatering av veilederen fra 2005. I tillegg er ordningen for legers rekvirering av sentralstimulerende legemidler endret fra 1. januar 2014». Det er altså vurdert at den gamle retningslinjen skal erstattes, og at Retningslinjen legger nyere studier til grunn.

Den medisinske diskursen er den rådende diskursen innenfor diskursordenen ADHD (se avsnitt 4.5). Barkley blir ofte omtalt som en autoritet på ADHD-området (jf. avsnitt 3.2.2), og hans arbeid blir referert til i det meste av litteraturen jeg har lest om ADHD. Kritikerne av den medisinske forståelsen av ADHD, mener forkjemperne for den medisinske diskursen, inkludert Barkley, avfeier andre forståelser, og med dette hindrer utvikling (Timimi, 2005; Timimi & Leo, 2009). I «International consensus statement on ADHD» skriver Barkley og han 80 støttespillere at ADHD kan være en ødeleggende lidelse for dem den gjelder (Barkley et al., 2002, s. 91), og anklager de som stiller spørsmål ved vitenskapen eller etikken bak det medisinske paradigmet for å ikke være vitenskapelige; «To publish stories that ADHD is a fictitious disorder or merely a conflict between today's Huckleberry Finns and their caregivers is tantamount to declaring the earth flat, the laws of gravity debatable, and the periodic table in chemistry a fraud» (Barkley et al., 2002, s. 91). Med dette til grunn, vil jeg anta at det ville vært vanskelig for arbeidsgruppen bak Retningslinjen og Helsedirektoratet som institusjon å kritisere erklæringen og den medisinske diskursen. Som Jureidini uttrykker det;

I am troubled by the implication in the closing statement [i konsensuserklæringen], that those of us who are critics of the ADHD concept are blaming children, their parents and their teachers for the problems. The aim seems to be to leave no ground for healthy scepticism. I am not advocating blanket rejection of the ADHD concept, but clinicians and researchers should resist being bullied into towing anybody's party line (Jureidini, 2002).

Thomas Armstrong (1999) har flere forslag til forklaringer på hvorfor den medisinske diskursen har fått en sentral rolle i nåtidens samfunn. Blant annet ser han ADHD-problematikken i et bredere sosiokulturelt perspektiv, og mener det er mulig å hevde at samfunnet faktisk kan behøve et konstruert begrep som oppmerksomhetsvansker for å bevare tradisjonelle verdier som synes å falle fra hverandre (s. 20). Jeg har tidligere vist til Idås og Våpenstad (2009) og deres påstand om at endringer i familievaner og endrede skolerutiner

kan være årsak til økningen i antall ADHD-diagnoser, og Solberg (1997) som peker på organiseringen av dagliglivet og hvilken innvirkning dette har på forståelsen av det å være barn (jf. avsnitt 3.3.2.1). Timimi (2005) peker også på hvordan kulturen innvirker hva vi definerer som normal og avvikende barndom. Disse opplevelsene av hva barndom er, kan både ses som en årsak til utviklingen av den medisinske diskursen, og samtidig en konsekvens av den samme diskursen. Turmel viser at det er funnet «... in the category of age the key abstract lineament for ranking individuals according to their abilities, thereby creating a hierarchy of the normal» (Binet, her fra Turmel, 2008, s. 257).

I et økonomisk perspektiv har veksten av fokuset på ADHD blitt en industri med blant annet bøker, tester, og treningsprogram på data og nettbrett, og i tillegg har denne utviklingen gitt mange «pasienter» til behandlere (Armstrong, 1999). Det blir også påpekt at legemiddelindustrien tjener enormt mye på ADHD-midlene (Adalbéron 2008; Armstrong, 1999; Sivertsen & Tranøy, 2007; Timimi 2005; Timimi & Leo, 2009), og at denne industrien står for 80-90 % av all klinisk forskning på legemidler (Rugstad, her fra Adalbéron, 2008, s. 49). Leo og Lacasse peker på hvordan «Direct-to-Consumer Advertising»⁶⁹ kan ha sammenheng med økningen i forbruk av legemidler; parallellt med økningen av personlig rettet reklame, økte produksjonen av Ritalin mellom 1994 til 1999 med 800 % i USA (Leo & Lacasse, 2009, s. 287; Timimi, 2005, s.110). Det blir også vist til at norske leger og organisasjoner mottar økonomisk støtte fra legemiddelselskap; både ADHD Norge har mottatt 200 000 kr i 2006 fra legemiddelselskapet Eli Lilly⁷⁰, og det samme legemiddelselskapet har gitt lønn til Pål Zeiner (Adalbéron, 2008). I tillegg har Zeiner vært en av legemiddelindustriens mest brukte forelesere; 13 ganger i konferanser for helsepersonell for produsenten Eli Lilly i 2005, og for legemiddelfirmaet Janssen-Cilag, som som produserer det sentralstimulerende stoffet Concerta, har han forelest 5 ganger i samme år (Adalbéron, 2008). Tor Eikeland, tidligere administrerende direktør i ADHD Norge, og nå spesialrådgiver i denne organisasjonen, og Pål Zeiner, overlege og barnepsykiater ved Sykehuset Buskerud og medlem av fagrådet i ADHD Norge, er to av åtte i arbeidsgruppen bak Retningslinjen (vedlegg 5). De øvrige medlemmene er fire menn med medisinsk grunnutdanning (en kommunelege og tre overleger), og to spesialpedagoger som har skrevet Retningslinjens vedlegg 1, en del av Retningslinjen hvor anbefalingene ikke er graderte, og hvor innholdet

⁶⁹ Direct-to-consumer advertising har vært lovlig i USA siden 1985, men omfanget knyttet til reklame rettet mot pasienter tok av i 1997 da «Food and Drug Administration (FDA)» tillot 'direct-to-consumer advertising' av reseptbelagte medisiner (Donohue et al., 2007).

⁷⁰ Eli Lilly produserer for eksempel medisinen Strattera (Adalbéron, 2008 s. 50), en atomoksitinholdig legemiddel som står for 9 % av brukere av ADHD-midler i Norge i 2013 (Retningslinjen, s. 48).

stort sett er hentet fra en masteroppgave og en populærvitenskapelig artikkel, skrevet av de to spesialpedagogene i arbeidsgruppen. Høringsutkastet er ikke sendt ut til for eksempel Hannås eller Olsvold⁷¹, med deres perspektiv på diagnosen ADHD, som spriker fra den medisinske diskursen.

Med informasjon om arbeidsgruppens medlemmer (vedlegg 5); de stemmene som inkluderes i utarbeidelsen av Høringsutkastet og deretter den publiserte Retningslinjen, og ekskludering av andre, er det ikke overraskende at den medisinske diskursen er den rådende i Retningslinjen. Arbeidsgruppens stemmer er de som høres, og det disse medlemmene som framstiller hva som er normalt og ikke.

Hvilke konsekvenser har Retningslinjens framstilling av ADHD for samfunnet generelt, og skolen spesielt?

Den dramatiske endringen i medisinsk praksis i USA som vist over, er også til stede i Norge. Fra 2004 til 2006 har omsetningen av ADHD-medisiner økt med 71 % (Sivertsen & Tranøy, 2007, s. 5). Selv om Reseptregisteret ikke sier noe om antall personer med diagnosen, så offentliggjøres tall på antall brukere av ADHD-midler (jf. figur 3). Når Retningslinjen opererer med tall på forekomst som 1-3 % for hyperkinetisk forstyrrelse og omkring 5 % for ADHD, og det i aldersgruppen 10-14 år gis ADHD-midler til 2,70 % av befolkningen i den aldersgruppen (jf. tabell 2), er minimum halvparten, og antagelig langt fler⁷², medisinert med «... legemidler som inneholder amfetamin, metylfenidat og atomoksetin (Retningslinjen, s. 48). Dette til tross for at diagnosen «... ikke kan stilles ved en enkel test eller blodprøve» (Retningslinjen, s. 31 og s. 37)

Et viktig bidrag til denne utviklingen med økt medikamentell behandling av ADHD, er blant annet hvordan ADHD framstilles i hoveddelen av akademiske tekster og offentlige institusjoner, hevder Timimi og Leo (2009). ADHD Norge viser på sin internettside⁷³ en biologisk forståelse av ADHD, og er med på å representere den medisinske diskursen. I beskrivelsen av hva ADHD er, viser ADHD Norge til blant annet Retningslinjen og Zeiner. Retningslinjen viser til ADHD Norge; «Pasienten og pårørende bør få informasjon om brukerorganisasjonen ADHD Norge (www.adhdnorge.no) ...» (s. 42), og «Det bør informeres om (...) kontaktinformasjon til brukerorganisasjonen ADHD Norge» (s. 59). I

⁷¹ Denne informasjonen har jeg fått direkte av Olsvold og Hannås i mailkorrespondanse med de begge.

⁷² Denne antagelsen kommer av at Norge bruker ICD-10's klassifikasjon hyperkinetisk forstyrrelse som er 'strengere' enn kriteriene i DSM-5 for ADHD (vedlegg 1 og 3).

⁷³ ADHD Norge sin hjemmeside med informasjon om ADHD «Hva er ADHD?» er hentet fra: <http://www.adhdnorge.no/index.asp?id=26083>

tillegg er Zeiner brukt som kilde i Retningslinjen, som medforfatter på fire referanser i litteraturlisten, og boken han har redigert og skrevet forordet og tre kapitler i (Zeiner, 2004), er nevnt fire ganger i oversikten over litteratur. I avsnitt 4.2.2.2 gjorde jeg rede for intertekstualitet, og dette er et eksempel på hvordan tekster trekker på hverandre, i en intertekstuell kjede.

Det at Retningslinjens hoveddiskurs er den medisinske, vil med andre ord bidra til økt medikalisering av samfunnet, om Timimi og Leos antagelser (2009) gjelder. Et eksempel på hvordan Retningslinjen underbygger påstanden til Timimi og Leo, kan ses i omtalen av voksne med ADHD-diagnose; «Det er vist at ubehandlet ADHD i voksen alder er assosiert med en betydelig økning i risiko for rusmiddelmissbruk» (s. 20), og med dette ligger det nærmest en anbefaling i 'å behandle ADHD'. Når vi ser dette i sammenheng med hvilke «Råd og anbefalinger for behandling av barn og ungdom med ADHD» Retningslinjen gir, vil det være vanskelig å avstå fra behandling med legemidler; «Ofte vil behandling med legemidler være aktuelt. Behandling med legemidler er gitt i mange år og slik behandling har hatt god effekt» (s. 60).

Denne økningen i bruk av legemidler (som vist i avsnittet om medikalisering 3.2.3), ses på av Conrad med flere, som en prosess hvor ikke-medisinske problemer blir definert og behandlet som medisinske problemer, ofte sykdommer eller forstyrrelser (Conrad, Mackie & Mehrotra, 2010). Sivertsen og Tranøy har i boken *ADHD. Piller på avveie* (2007) et kapittel med eksempler på hvordan mødre beskriver av sine barn på ADHD-medisiner. Her beskrives blant annet «bremsemedisin», «overfølsomhet», «apati for 8 åring», «dårligere søvn», «raserianfall», «avlastning med Ritalin», «apatisk fireåring», og «Atle på 6 har paranoia» (s. 45–50). I Retningslinjen står det at «Langtidsstudier av behandling med sentralstimulerende midler eller atomoksetin ved ADHD har varierende funn» (s. 9), og videre i avsnittet om «Langtidseffekt på ADHD-symptomer» bekreftes dette med «Det er fortsatt et få kontrollerte studier av langtidseffekt ved bruk av både sentralstimulerende midler og atomoksetin. Vår kunnskap om nytteverdien av denne behandlingen over tid er derfor begrenset» (s. 54). I Aina Olsvolds avhandling *Når "ADHD" kommer inn døren. En psykososial undersøkelse av barns, mødres, og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og -medisinering* (2012) diskuteres blant annet foreldres tanker rundt seponering av medisiner; «Idet foreldre velger medisiner melder det uunngåelige spørsmålet seg; er det sønnen eller er det medisinen?» (Olsvold, 2012, s. 140), om for eksempel foreldre eller skolen opplever 'bedre atferd eller skoleprestasjoner'. Olsvold fant i sine 75 dybdeintervju av barn med ADHD-diagnose og deres foreldre at «... den medisinske forklaringsmodellen [kan] være en grunn til at mødrene

medisinerer barnet til tross for bivirkninger» (2012, s. 140). Mødrene Olsvold intervjuet var skeptiske til det å medisiner barna sine, men fagfolkenes autoritet skapte en trygghet hos mødrene, og en tillitt til at medikamentell behandling var det rette. ««Mirakelnarrativ» ble benyttet som metafor for å understreke at det er markante medisinske virkninger det er tale om, og som mødrene beskriver» (Olsvold, 2012, s. 141). I barnas opplevelse av å ha ADHD-diagnose, hadde fokus på en medisinsk forståelse og behandling ført til at barna oppfattet seg som defekte, og bidro til at barnet utviklet et negativt selvbylde» (Brady, her fra Olsvold, 2012, s. 145–146). I en studie gjort på ungdommer var diagnosen i stor grad «... en integrert del av ungdommenes identitetsforståelse. De beskrev seg selv ved å liste opp negative ADHD-kriterier, der jentenes beskrivelser var sentrert rundt en følelse av mindreverd og utilstrekkelighet og guttenes rundt sinne og defekt» (Olsvold, 2012, s. 146). I oppsummeringen av barns forståelse av å ha diagnosen ADHD, sier Olsvold:

Ideelt sett kunne man kanskje tenke seg at diagnosen ADHD kunne være et tilbud til barnet som gir mulighet til økt selvforståelse. Istedenfor oppleves diagnosen først og fremst som et tegn på at noe er galt med dem, som noe som adskiller dem fra de andre ”vanlige” barna. (Olsvold, 2012, s. 163).

I omtalen av medikamentell behandling, blir bedret skoleprestasjoner nevnt (Retningslinjen, s. 50, s. 51 og s. 54). Armstrong mener at lærere i stedet for å stille spørsmål som «hvordan lærer barnet best?», eller «hvordan kan jeg endre timene mine for å få oppmerksomheten til barnet?», så lurere de heller på om «har barnet ADHD?», eller «burde jeg få eleven testet?» (Armstrong, 1999, s. 34–35). Hvis spørsmålene hadde vært «hvordan kan jeg hjelpe han til å lære bedre?» i stedet for «har han ADHD?», ville opplæring generelt bli bedre ved å utvikle større variasjon i metoder brukt i læringsarbeid, hevder Armstrong (1999, s. 38). Ved at Retningslinjen reproducerer og konstituerer den medisinske diskursen, vil kanskje flere lærere sette i gang en prosess med utredning av elever, i stedet for å se på hvordan deres egen praksis kan endres. Dette vil igjen gjøre noe med hvem som oppleves som ‘normal’, og hvem som oppleves ‘avvikende’. «Når rapportene fra læreren og foreldrene er motstridende, tar man som regel hensyn til lærerens rapport. ... Lærerens betraktning er ofte avgjørende, og PP-tjenesten ... følger som regel opp skolens betraktninger av hvem som er et «normalt» barn» (Adalbéron, 2008, s. 27). Som jeg har vist over, konstituerer Retningslinjen forståelsen av at barn eller unge med ADHD-diagnose befinner seg innenfor funksjonshemning-kategorien (jf. avsnitt 4.4.2.1). I følge Lars Grue representerer funksjonshemmede «... «de andre», de som er annerledes fra oss vanlige eller «normale». ... Disse menneskene (funksjonshemmede) kan bli objekter for andres projisering av bestemte følelser, eller de kan bli brukt for å representere

bestemte verdier, (negative) egenskaper eller trekk.» (2006, s. 25). Med ADHD-diagnosen som representerer avviket og Retningslinjens konstituering av at denne diagnosen befinner seg innenfor funksjonshemming-kategorien, kan det trekkes en linje til Grues poeng om at de som avviker fra den konstruerte normalen kan få negative verdier og egenskaper knyttet til seg. Sivertsen og Tranøy bruker beskrivelsen av at barnet eller ungdommen «... etter hvert forsvinner i problemet sitt. Barnets identitet blir lik «problemene han har»; han går fra å være et barn med konsentrasjons- og oppmerksomhetsproblemer, til å bli en «ADHD-elev»» (2007, s. 52). Ved å betrakte barnet som en diagnose, objektiviseres vedkommende; «... diagnosen legger premissene for hvordan barnet oppfattes i de forskjellige situasjoner» (Sivertsen & Tranøy, 2007, s. 52). Hannås konkluderer i sin avhandling *Den urolige kroppen. Unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse før og etter den diagnostiske utredningen av ADHD* (2010), med; «Selv om lettelse fremstår som den dominerende følelsesmessige reaksjonen på det å få diagnosen, kunne reaksjonen ... iblant også være iblandet andre følelser som fortvilelse, usikkerhet og sorg eller skuffelse» (s. 219). I Hannås analyse av fortellingene om hvordan voksne håndterte det å ha diagnosen, tydet nesten alle på at de «anså det som temmelig fånyttet å fortelle at de hadde diagnosen. Dette forklarte de med at de forestillingene som eksisterte i lokalmiljøene deres, stort sett forbandt ADHD med aggresjon og vold, eller med andre former for antisosial atferd som intervjudeltakerne selv ikke identifiserte seg med» (2010, s. 225). I praksis gjorde de yngre deltakerne i Hannås undersøkelse det samme som de voksne med tanke på åpenhet vedrørende egen diagnose.

Armstrong bruker begrepet «pathologizing», når han stiller spørsmål ved hvordan kreative barns egenskaper kan beskrives som ADHD-symptomer, og med dette sykeliggjør en alminnelig atferd. «Over the past two thousand years, creative individuals have been burned, crucified, imprisoned, put under house arrest, exiled, and more recently medicated, to mention only a few methods by which society seeks to repress any force that might threaten to change its structure» (Armstrong, 1999, s. 34). Armstrong hevder videre at mange av barna som diagnostiseres med ADHD har barnlige egenskaper, og er fortsatt som småbarn på enkelte områder; de trekkes mot det som fanger deres interesse, snakker om uvanlige observasjoner uten å tenke seg om, og viser spontanitet i sine handlinger (1999, s. 42). Med en medisinsk diskurs som den rådende i forståelsen av ADHD i Norge, kan barn som utviser en slik barnlighet bli diagnostisert og medisinerert for at foreldre og lærere skal klare å være sammen med barnet; «Ritalin og andre atferdsendrede medikamenter kan være nyttige. Med det er først og fremst nyttig for de voksnes behov. ... Effekten av Ritalin synes størst i tilfeller der

det dreier seg om stressede foreldre og belastede lærere som har overfylte klasserom» (Sivertsen & Tranøy, 2007, s. 69). Kan de voksnes ønsker om rolige elever som passer inn i skolen og familiehverdagen gå på bekostning av barnets behov? Foruten det enkelte barns behov og utvikling, går kanskje samfunnet glipp av for eksempel en ny Winston Churchill «... who was an absolute terror in childhood – a major behavior problem – who managed to take that frantic kid energy and transmute it over time into a channeled intensity that won him the Nobel Prize for Literature and helped save the world from tyranny» (Armstrong, 1999, s. 42)⁷⁴?

Selv om forskningsspørsmålet handler om hvilke konsekvenser den medisinske diskursen i Retningslinjen kan ha for samfunnet, inkluderer dette selvsagt hvilke konsekvenser diskursen kan ha for det individuelle barnet eller ungdommen med ADHD-diagnose også. Foruten at sentralstimulerende midler er en utbredt kilde til utviklingstoksitet, med blant annet forstyrrelser i dannelsen av myelin og nevroner (hhv. hvitt og grått materie), og forstyrret søvnsyklus (Jackson, 2009, s. 278), er det flere psykiske faktorer hos det enkelte individ som er av viktighet. I følge Armstrong står foreldre, lærere og leger i fare for 'å medisinerer bort ADHD' med korttidsvirkende sentralstimulerende midler eller atomoksetin, i stedet for å undersøke muligheten for at en mer alvorlig emosjonell lidelse, som kan være betydeligere vanskeligere og mer kostbart å behandle, og langt mindre sosialt akseptert (1999, s. 44). Retningslinjen understreker at i vurderinger av en ADHD-diagnose, må mulige differensialdiagnostiske tilstander kartlegges, og av de sju punktene som nevnes, finnes også psykiske lidelser av alle typer, og ytre belastninger eller traumer. Sistnevnte inkluderer «mobbing, konflikter hjemme/på skole/på arbeid, rusmiddelmissbruk i familien, omsorgssvikt, overgrep og ulike andre situasjoner som oppleves som en betydelig belastning» (Retningslinjen, s. 25). Selv om viktigheten av å kartlegge eventuelle differensialdiagnostiske sykdommer eller tilstander blir nevnt, er erfaringen «... at opplysninger/funn for noen differensialdiagnostiske sykdommer/tilstander først kommer frem etter lengre tid og etter at ADHD-diagnose er satt. Dette kan gjelde ... traumatiske opplevelser som det er vanskelig å fortelle om» (Retningslinjen, s. 25). Ritalin kan ha effekten av å redusere eller til og med eliminere overflaten av atferdsproblemet, mens den emosjonelle forstyrrelsen fortsetter å ligge på lur under overflaten av barnets psyke (Armstrong, 1999, s. 44).

⁷⁴ Andre kjente og kreative personer diagnostisert med ADHD «eller vist tegn som er lett å kjenne igjen» er Charlie Chaplin, Jim Carry, Justin Timberlake, Salvador Dalí, Thomas Alva Edison, Edvard Grieg, Harry Houdini, Michael Phelps, Pablo Picasso, Leonardo da Vinci, Sir Isaac Newton, Leo Tolstoy, Bill Gates, Beethoven, Christopher Columbus, Walt Disney og Jamie Oliver, i følge siden ADHD-alternativ, hentet fra <http://www.adhd-alternativ.no/?q=node/16>

Armstrong peker også på at individet får skylden når det er familien som er dysfunksjonell; «... a child who is restless and distractible may well be acting out problems that exist between parents, playing out conflicts with sibling, or even responding to conflicts going back more than two generations (McGoldrick & Gerson, her fra Armstrong, 1999, s. 46). Å identifisere at det er et bestemt barn som har problemet, anses av enkelte som at familien finner en felles «syndebukk», og med dette blir det ofte enklere for andre familiemedlemmer å unngå å håndtere egne problemer (Christensen, Phillips, Glasgow, & Johnson, her fra Armstrong, 1999, s. 46). Armstrong refererer videre til studier som viser at barn og unge med ADHD-diagnose er mer sannsynlig å komme fra familier hvor det er ekteskapelige vansker, angst og depresjon hos en av eller begge foreldrene, og andre familiære påkjenninger (Carlson, Jacobvitz, & Sroufe, og Diller & Tanner, her fra Armstrong, 1999, s. 46). En biologisk forståelse av ADHD i den medisinske diskursen som Helsedirektoratet representerer, vil antagelig benekte disse påstandene, og heller foreslå at genetikk, og den «urovekkende påvirkningen» barnet med ADHD-diagnose viser, er årsaken til forstyrret familiedynamikk.

Intervjudeltakerne i Hannås avhandling fortalte at de i «... en rekke konkrete situasjoner og sammenhenger der de av ulike grunner bevisst unnlot å ta medisin. Felles for de som var elever i grunnskolen, var at de unnlot å bruke medisin de dagene de ikke skulle på skolen» (2010, s. 222). Dette ble begrunnet med et ønske om å slippe bivirkninger. Også voksne deltakere i Hannås undersøkelse beskrev konkrete situasjoner «... for å dra nytte av bestemte egenskaper, som normalt oppfattes som symptomer på ADHD» (2010, s. 222), som å opptre effektivt, handle raskt, eller kunne holde på med flere ting eller aktiviteter samtidig. Flere av intervjudeltakerne uttrykte og la vekt på at de foretrakk å være den de er, uten medisinerer.

Den medisinske diskursen som er å lese av Retningslinjens 96 sider, er den rådende diskursen, og konsekvensene av dette er som vist mange. Det er denne diskursen Retningslinjen bevisst eller ubevisst bruker for å vise sin forståelse av ADHD, som er en del av en større diskursorden.

4.5 DISKURSORDEN

Diskursorden er summen av de ulike diskurstypene i en institusjon, men det kan også være diskursordener på samfunnsnivå (Fairclough, 2003; Fairclough & Halskov Jensen, 2008). Jeg velger å forstå ADHD som diskursorden. I gjennomgang av relevant teori og forskning om ADHD (jf. kapittel 3), er det flere motstridende diskurser som kjemper om å definere sin sannhet, med ulik vektning. De ulike diskursene forholder seg til ADHD på sin måte, og definerer virkeligheten rundt ADHD fra sitt ståsted, men befinner seg alle innenfor den samme diskursordenen.

I følge Neumann (2001) dukker diskurser i samme diskursorden opp i de samme tekstene, og dette har blitt vist gjennom analysen av tekst og diskursiv praksis av Høringsutkastet, og analysen av sosial praksis i Retningslinjen. Til tross for at flere diskurser har vært synlige, er det likevel én rådende diskurs; den medisinske. Når den medisinske representasjonen av ADHD er forholdsvis utfordret i diskursen, så utfordret at den fremstår som naturlig, eksisterer det en form for hegemoni (Neumann, 2001, s. 178).

4.6 KONKLUSJON

Utgangspunktet for denne oppgaven har vært å besvare følgende problemstilling;

Hvilke diskurser om ADHD ligger til grunn for utarbeidelsen av nasjonal faglig retningslinje, og hvordan uttrykkes disse i den ferdige Retningslinjen?

Problemstillingen ble konkretisert med følgende forskningsspørsmål:

- (1) Hvordan konstrueres ADHD i Høringsutkastet?
- (2) Hvordan konstrueres ADHD i den publiserte Retningslinjen?
- (3) Hvilke konsekvenser har denne framstillingen av ADHD for samfunnet generelt, og skolen spesielt?

Gjennom kritisk diskursanalyse inspirert av Faircloughs tredimensjonale analytiske verktøy for kommunikative begivenheter, har Høringsutkastet blitt gjort gjenstand for tekstanalyse og analyse av diskursiv praksis. Med bakgrunn i diskursene identifisert i Høringsutkastet, har jeg tilnærmet meg diskursene i Retningslinjen ved hjelp av Høringsutkastets hoveddiskurser som analysekategorier. Funnene fra disse analysene har ført meg nærmere et svar på hvordan ADHD konstrueres i Høringsutkastet, og hvordan ADHD er konstruert i den publiserte

Retningslinjen. For å sette disse funnene inn i en sosial kontekst, har jeg analysert Retningslinjens sosiale praksis, og med dette undersøkt hvordan diskursen i Retningslinjen har blitt som den er, og hvilke konsekvenser dette kan ha for samfunnet. I det følgende vil jeg forsøke å oppsummere og konkludere svarene jeg har funnet på forskningsspørsmålene for å belyse problemstillingen.

4.6.1 HVORDAN KONSTRUERES ADHD I HØRINGSUTKASTET?

Ved hjelp av tekstanalysen av Høringsutkastet ser jeg en gjennomgående negativ omtale av det som klassifiseres som symptomer på ADHD. Vurderinger som tekstforfatterne har gjort av informasjonen som skal gi god kunnskap (jf. forordet i Høringsutkastet) presenteres som fakta, som for eksempel at beskrivelser av atferd er symptomer på ADHD. Høringsutkastet presenterer «sannheter» som vi som lesere får. Innenfor den medisinske forståelsen av ADHD, vil det ikke stilles spørsmål ved disse «sannhetene», selv om andre, som for eksempel befinner seg innenfor det sosialkonstruktivistiske paradigmet, anser de samme «sannhetene» som vurderinger, og som sosialt konstruerte.

Egenskapene og atferdene som beskrives som symptomer på ADHD, blir utelukkende omtalt med negativt, ladede ord. Det kommer tydelig fram gjennom hele Høringsutkastet at ADHD er en «lidelse» eller «forstyrrelse» en ikke vil ha. Dette framstår som en grunnholdning, som Høringsutkastet forutsetter at leseren deler. Foruten at positive sider ved egenskapene som tolkes som symptomer på ADHD underkjennes, blir i tillegg disse negative ordvalgene og beskrivelsene gjentatt Høringsutkastet ut, og med dette konstitueres denne oppfattelsen.

Måten dette uttrykkes på har vært fokus i analyse av vokabular, men også ved å se på grammatiske momenter som modalitet og transitivitet. Ved hjelp av modale hjelpeverb som er hyppig brukt i Høringsutkastet, viser tekstforfatterne ulik grad av forpliktelse til det de kommuniserer. Dokumentet bærer preg av å være skrevet på en slik måte at modaliteten fraskriver tekstforfatterne ansvaret for flere av påstandene, ved å modifisere språkbruken ved hjelp av ord som kan og bør. I tillegg er det vanskelig å få øye på tekstforfatterne i dokumentet ved at de fjerner seg fra teksten gjennom et passivt språk hvor subjektet utelates, og nominaliseringer forekommer i stor grad.

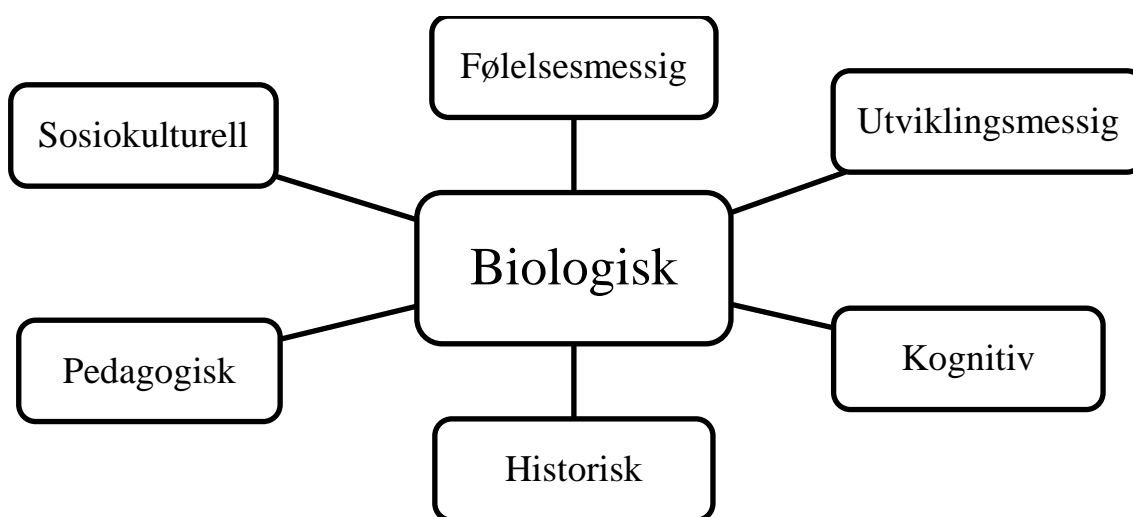
Det er tydelig at Høringsutkastet befinner seg innenfor den medisinske forståelsen av ADHD hvor det ligger en biologisk, nevropsykologisk ubalanse i grunn. Likevel oppfatter jeg at dokumentet til en viss grad forsøker å formilde dette synet ved å sette fokus på hvordan «pasienten» kan avhjelpes ved tiltak rettet mot livet rundt barnet eller ungdommen. Det er

likevel den biologiske forstyrrelsen som er årsak til symptomene, og Høringsutkastet fokus på miljøet rundt barnet eller ungdommen, er av sekundær karakter.

4.6.2 HVORDAN KONSTRUERES ADHD I DEN PUBLISERTE RETNINGSLINJEN?

I min første gjennomgang av den publiserte Retningslinjen, var inntrykket at teksten fra Høringsutkastet hadde blitt vasket ren for utsagn som kunne plassere Retningslinjen innenfor den ene eller andre diskursen. Språket bar preg av en enda mindre personlig stil, og ytringer som kunne avsløre Helsedirektoratets ståsted, var fjernet fra teksten. Dette første møtet med Retningslinjen er fortsatt gjeldende, selv etter mange gjennomganger av dokumentet. Likevel viser ordbruken en tydelig medisinsk tilhørighet, med bruk av ord som «pasient», «pårørende», «behandling», «lidelse» og «sykdom», samt at oppdagelsesnarrativet også i Retningslinjen kommer til syne gjennom beskrivelser av (nærmest latent) ADHD i barnet eller ungdommen som venter på å bli oppdaget.

Retningslinjen har en klar formening om hva som er forventet av normal utvikling hos et menneske, uten at dette uttrykkes eksplisitt. Symptombeskrivelsene (tolket som ADHD) i Retningslinjen avviker med tekstforfatterens og dermed Helsedirektoratets normalitetsforståelse, noe som fører til at vedkommende som viser disse symptomene må hjelpes. I Retningslinjen, som i Høringsutkastet, står det biologiske avviket i sentrum, til tross for at andre elementer diskuteres. Denne konstruksjonen av ADHD kan vises på følgende måte:



Figur 5: Ulike perspektivers samspill i det medisinske paradigmet (Armstrong, 1999, s. 50).

Figuren illustrerer samspillet av de ulike perspektivene slik Retningslinjens medisinske syn på ADHD framstilles. Alle veier fører i hovedsak til det biologiske grunnlaget for lidelsen som fungerer som en magnet der alle de andre delene trekkes mot den medisinske etiketten.

4.6.3 HVILKE KONSEKVENSER HAR HELSEDIREKTORATETS FRAMSTILLING AV ADHD?

Som jeg har vist, kan en entydig, biologisk framstilling av ADHD føre til mer medikalisering av samfunnet (Timimi & Leo, 2009). Med tyngden som hører med en nasjonal faglig retningslinje, og med anbefalinger som er styrende, vil dette antagelig føre til en gjengs oppfatning blant fagfolk, barn og unge med diagnosen og deres foreldre, at ADHD er en uønsket tilstand. Bare uker etter Retningslinjens publisering, har jeg sett dokumentet blitt omtalt på sosial medier (se vedlegg 7), og jeg antar at flere vil fatte interesse for Retningslinjen ettersom den blir bedre kjent og hyppigere anvendt av «... fagpersoner som arbeider med utredning, diagnostikk og behandling av ADHD og for fagpersoner som arbeider med tilrettelegging i barnehage, skole ... pasienter, pårørende, brukerorganisasjonen ADHD Norge og ansatte i sosial- og barneverntjenesten» (Retningslinjen, s. 10).

Om det er slik, at Retningslinjen med sin gjennomgående medisinske diskurs bidrar til en økning i bruk av sentralstimulerende midler og atomoksetin, og om bivirkningene for individet og samfunnet skulle vise seg å være langt mer alvorligere enn de som framstilles, er jeg redd konsekvensene på både kort og langt sikt vil være skadelig for de som medisineres, og i tillegg for de rundt som har støttet, og i ytterste grad presset på, bruk av disse medisinene.

På det individuelle nivå, kan medisinerings ha flere, negative psykologiske effekter for det enkelte barn eller ungdom. Committee for Medicinal Products for Human Use (2009), som Retningslinjen støtter seg til, lister opp flere alvorlige tilstandene som bruk av ADHD-midler kan føre til, blant annet psykoser, mani, depresjon, tvangslidelser, hallusinasjoner, apati og personlighetsendringer. I tillegg er det en fare for å utvikle en rekke fysiologiske skader og sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, hjerneslag og -infarkt, vekstpåvirkning, og leukemi for å nevne noen. Jeg stiller meg kritisk til at Retningslinjen, og fagfolk som utreder og behandler barn og unge, anbefaler bruk av sterke legemidler som sammenliknes med amfetamin, for behandling av atferd som blir tolket som symptomer på en biologisk forstyrrelse, til tross for at det ikke finnes noen fysiske bevis på de biologiske forholdene det påstås at er den underliggende årsaken til ADHD. Selv om Retningslinjen åpner for at barnets mellommenneskelige forhold og barnets forhold til omgivelsene er av betydning, er dette sekundært til den biologiske lidelsen. Sivertsen og Tranøy bruker begrepet sosial kontroll, og beskriver bruk av Ritalin som et middel for å oppnå sosial tilpasning; «En brysom person for sine omgivelser kan på grunn av medisinerings oppnå sosial tilpassing som betyr at problembarnet har blitt mer rolig og føyelig, og dermed mer behagelig å være sammen med» (2007, s. 33).

Uansett om barnet eller ungdommen blir medisinerert eller ikke, har Retningslinjen med sin posisjon en ledende rolle i bestemmelsen av avviksdefinisjoner og kategorisering. Diagnosen ADHD i seg selv kan sette merkelapp på barnet eller ungdommen som avvikende. Jeg viser til Ekeland igjen; å diagnostisere kroppen, gir ikke kroppen sykdom, men å diagnostisere atferden, tankene og følelsene til en person, blir noe annet (2003). Olsvold har vist i sin avhandling (2012) at barn har integrert diagnosen ADHD som en del av sin identitetsforståelse. Med den negative ordlyden som dominerer Retningslinjen, kan en bare tenke seg til hvilken effekt dette kan ha på selvbildet til et barn eller en ungdom gjennom å oppleve seg selv som et avvik i møte med Retningslinjens beskrivelser. Tranøy hevder at «... merkelappen ADHD individualiserer sosiale og moralske problemer» (her fra Adalbéron, 2008, s. 76), og at symptomene som ses, kan være uttrykk for både strukturelle og sosiale anliggender i skolen. Kan vi være helt sikre på at barn eller ungdommen faktisk har en biologisk ubalanse, at atferden som lærere og foreldre har problemer med faktisk er et uttrykk for denne ubalansen, og at det dermed er individet som skal behandles for dette? Eller medisineres barn og ungdom i dag for å passe inn i dagens samfunn og det konstruerte systemet vi kaller skole?

Foruten vedlegg 1, som jeg vil komme nærmere inn på nedenfor, blir skolen omtalt flere ganger i selve teksten i Retningslinjen, først og fremst i forbindelse med hvordan barn og unge har behov for tiltak som organiseres i samarbeid med PPT i form av tverrfaglige møter (s. 8). I tillegg viser Retningslinjen til studier som viser at minst 1/3 av elever med ADHD-diagnose har samtidige lærevansker, og at det på bakgrunn av dette er viktig med «Grundig testing og vurdering av faglige forutsetninger og ferdigheter ... for å forstå lærevanskene» (s. 21). Mens anbefaling 2 om fastlegens ansvar og anbefaling 3 og 4 vedrørende spesialisthelsetjenestens utredning er graderte, er skolen ikke ivaretatt på samme måte. Skolen må støtte seg til to avsnitt i Retningslinjens kapittel 6 «Behandlingstiltak og oppfølging» og vedlegg 1 «Tilpasset opplæring for elever med ADHD». Her understrekes det at tilrettelegginger og spesialpedagogiske tiltak «... er blant de vanligste og viktigste hjelpetilbudene til barn og unge med ADHD» (s. 42), og det vises til opplæringslovens § 5–1 om retten til spesialundervisning. Den enkelte skole blir ansvarliggjort, men uten graderte anbefalinger som er underlagt helselovgivningen. Hvilke konsekvenser har dette for skolen?

Å teste og vurdere elever blir essensielt for skolen i følge Retningslinjens anbefalinger, både uttrykt eksplisitt for å undersøke eventuelle tilleggsvansker i form av lærevansker eleven har, men også implisitt for å få støtte fra for eksempel PPT. Det er derfor opp til hver enkelt skole,

og kanskje også hver enkelt lærer å vurdere hvorvidt anbefalingene i vedlegg 1 «Tilpasset opplæring for elever med ADHD» er nok for å ivareta elevene med ADHD-diagnose.

Anbefalingene i vedlegget krever at læreren har endringskompetanse, fordi det er læreren selv som kan «... hjelpe eleven med tilrettelegging og tilpasning ...» (s. 66). Her anbefales både forutsigbar organisering av hele dager, og timer, kjent kontekst eller bruk av kjente metoder, visualisering av instruksjoner, og sørge for å ha elevenes oppmerksomhet før instruksjoner gis, som tiltak som omhandler struktur. I tillegg anbefales det at læreren alltid har en plan B, visualiserte planer, dagsplaner med spørsmål rettet til hvert fag, og ekstra tett samarbeid med hjemmet. På skolenivå må ledelsen «... legge til rette for den orden og fleksibilitet som disse elevene har behov for» (s. 67), både ved å ta høyde for hvilken lærer som er best egnet, hvilken gruppe som er den mest stabile, og hvilke klasserom som har tilstøtende grupperom og muligheter for skjerming for lyd- og lysinntrykk. Videre anbefales det at elever med ADHD-diagnose har en skjermet garderobe, omgivelser med få trapper, krinker og kroker, og få voksne og ikke for store elevgrupper å forholde seg til. For å imøtekomme de skisserte tiltakene i vedlegget, kreves det med andre ord mye av både den aktuelle læreren, og av skolens ledelse. Selv om det er lovbestemt gjennom opplæringslovens § 1–3 at «Opplæringa skal tilpassast evnene og føresetnadene hjå den enkelte eleven, lærlingen og lære kandidaten» (Opplæringsloven, 1998), er det ingen klar grense for når tilpasset opplæring ikke er nok og spesialundervisning er nødvendig. Det må vurderes hvorvidt en elev får tilfredsstillende utbytte av undervisningen eller ikke. Som vist i innledningskapittelet (avsnitt 1.1.1) ses det eventuelle behovet for spesialundervisning i sammenheng med hvordan en vanske forstås (Nordahl & Hausstätter, 2009). Når Retningslinjen konstruerer en biologisk framstilling av ADHD, er jeg redd for at flere lærere vil stille spørsmålet «har denne eleven ADHD, og burde jeg henvise for videre utredning?» i stedet for å endre på egen praksis, skissert i vedlegg 1. Fokus på individet med dets biologiske «feil», kan bidra til økning i andelen spesialundervisning; «Når graden av individuell oppmerksomhet øker, kan også graden av utsortering til spesielle tiltak øke. Og når spesialundervisning finnes som et slikt tiltak, så vil elever bli rekruttert dit» (Fylling, 2007, s. 310). Spesialundervisning er i følge Fylling «... skolens sorteringsredskap i møte med elever som representerer utfordringer ut over det man anser som innenfor den normalvariasjon som ordinær opplæring omfatter» (2007, s. 313).

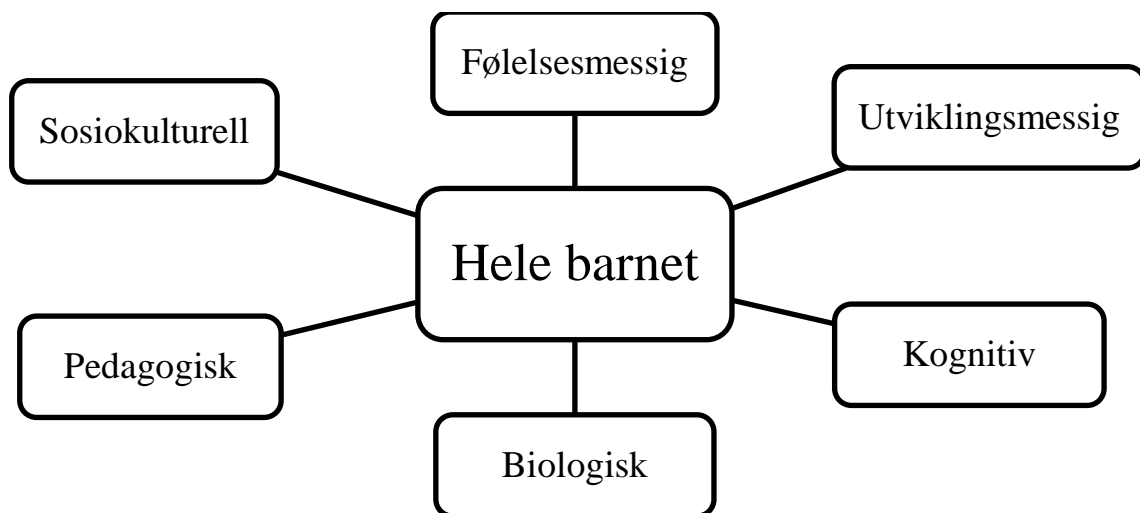
Selv om vedlegg 1 etter min mening inneholder flere gode elementer som burde være praksis i alle klasserom, og som flere elever enn de med ADHD-diagnose ville dratt nytte av, har den for min del mistet noe av sin troverdighet fordi den er tatt ut av Retningslinjen og nå bare fungerer som et vedlegg, fordi anbefalingene ikke er styrende, og ikke minst fordi jeg vet at dette vedlegget er basert på en masteroppgave og en populærvitenskapelig artikkel uten fagfelleevaluering. Sistnevnte vil heldigvis ikke være informasjon som pedagoger og andre voksne i skolen har kjennskap til eller har interesse av. Tiltakene som skisseres er dessuten kjent stoff⁷⁵, og Retningslinjen gjør ikke noen nyvinning med anbefalingene den kommer med. Selv om det i Retningslinjens innledningskapittel står at målgruppen blant annet er «... fagpersoner som arbeider med tilrettelegging i ... skole ...» (s. 10), tillegges ikke skolen stor betydning. Det kan virke som om vedlegget om tilpasset opplæring er med fordi Helsedirektoratet har forpliktet seg til dette, og tror jeg ikke fagpersoner i skolen vil få ny eller mer innsikt ved å lese dette. Selv om hensikten med vedlegget må være at rådene som skisseres bør følges av voksne i skolen for at barn og ungdom skal ha et best mulige rammer for å lære, frykter jeg imidlertid at Retningslinjens framstilling av ADHD som primært en biologisk ubalanse, stadfester at det er barnet eller ungdommen det i utgangspunktet er noe galt med. Den medisinske diskursen er den rådende, og Retningslinjen tuner seg ikke inn på en pedagogisk eller spesialpedagogisk likeverdig diskurs, men tilføyer anbefalinger knyttet til skolen utenfor selve dokumentet.

Jeg antar at arbeidsgruppen bak Retningslinjen ikke har til hensikt å framstille ADHD som en biologisk ubalanse i barnet. Gjennom den medisinske diskursen derimot, er det dette inntrykket jeg sitter igjen med. Min opplevelse er at Retningslinjen gjemmer seg bak et polert, politisk språk som vanskelig lar holdninger til normalitet og avvik skinne igjennom, men som gjennom analyse av Høringsutkastet, bedre lot seg belyse da Retningslinjen ble analysert. At miljøet rundt barnet eller ungdommen er av betydning, endrer ikke framstillingen av at ADHD nærmest er som en parasitt som inntar rundt mellom 2-5 % nordmenn i dagens

⁷⁵ For eksempel Utdanningsdirektoratets statusrapport «AD/HD og lignende atferdsvansker – skoleperspektivet» fra 2006 (http://www.udir.no/upload/rapporter/5/adhd_rapport.pdf), ADHD Norge sin lærerguide «Tilrettelegging for elever med AD/HD i skolen» fra 2012 (<http://www.adhdnorge.no/novus/upload/file/Laererguide%20175x250%20-%20web2.pdf>), Elevsiden.no sin oversikt «Tilpasset opplæring – ADHD fra 2003» (<http://www.elevsiden.no/tilpassetopplaering/1098321601>), Statped sin veileder «AD/HD og Tourettes syndrom i skolen» fra 2009 (http://www.statped.no/Global/2_Region/C3%B8verby/Veileder%20ADHDTourette.pdf), samt bøker som er å finne på de fleste skoler; Vetrhus og Bjellands «"Dette gidder jeg ikke, lærer". AD/HD i skolen» fra 2006 (<http://www.infovestforlag.no/fagbok/adhd-i-skolen.html>), og Rønhovdes «Kan de ikke bare ta seg sammen: Om barn og unge med ADHD og Tourettes syndrom» fra 2004 (<http://www.psykiskhelseiskolen.no/default2.asp?id=1403>).

samfunn. Retningslinjen beskriver ADHD som om det lever sitt eget liv, uavhengig av hvem den inntar (selv om ADHD-parasitten ser ut til å ha en tilbøyelighet for gutter); «ADHD kan føre til ...», «ADHD kan gi ...», og «ADHD kan innebære ...» (forordet i Retningslinjen).

Jeg er derfor pessimistisk til at Retningslinjen med sin konstituering av den medisinske diskursen og konstruksjonen av en biologisk forståelse av ADHD som en lidelse og sykdom i funksjonshemningskategorien, vil bidra til en videre normalitetsforståelse, et mer inkluderende samfunn eller skole, eller et mer holistisk syn på mennesker som ser hele barnet, for eksempel slik Armstrong framstiller et alternativ til den medisinske forståelsen:



Figur 6: Ulike perspektivers samspill med fokus på hele barnet (Armstrong, 1999, s. 52).

5. AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

En kritisk diskursanalyse har til hensikt å se med et kritisk blikk på noe som oppleves som feil i samfunnet (jf. avsnitt 2.2.1 og 2.5). I mitt tilfelle er det erfaringen med en unyansert framstilling av ADHD som oppleves som urett ovenfor barn og unge i skolen, på grunn av de konsekvensene som følger (jf. forskningsspørsmål 3, avsnitt 4.6.3). I analysen av Høringsutkastets og Retningslinjens framstilling og konstruksjon av ADHD, som igjen representerer Helsedirektoratets konstruksjon av ADHD, jf. oppgavens tittel og problemstilling, har jeg med min plassering innenfor det sosialkonstruktivistiske paradigmet vært nettopp kritisk i min analyse. Jeg har, til tross for forsøk på å være objektiv i den grad det lar seg gjøre, funnet mange elementer i dokumentene som har underbygd mine fordommer (jf. avsnitt 3.3.2.3). Wilson sier det på denne måten: «... my own opinions are themselves predicated on arguments that confirm my beliefs in support of a social orientation» (2013, s. 201).

Mange vil kanskje være uenige i mye av det jeg kritiserer i oppgaven, og andre kan være uenige i mine funn, for eksempel på grunn av ulikt teoretisk ståsted eller på grunn av andre metodevalg. De diskursene jeg har funnet, har jeg selv satt rammene for, og avgrensningene av diskursene kan ses på som et analytisk grep, og dermed kan diskursene sies å være konstruert av meg (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Neumann hevder at det å avgrense en diskurs er en del av diskursen, og diskurser defineres dermed både av hva som inkluderes og ekskluderes (2001). Jeg hevder likevel at metodevalgene, analysene og resultatene er gyldige, fordi jeg viser refleksjon ved evalueringer som er gjort, og fordi analysene og fortolkningene mine er transparente gjennom blant annet å tydeliggjøre mitt ståsted og tolkninger (Phillips & Schrøder, 2005). Jeg har anvendt litteratur som jeg selv forstår, og jeg har brukt sitater ved å følge etiske retningslinjer med nøyaktige henvisninger til litteraturen jeg har sitert fra og referert til (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Likevel er litteraturen både blitt valgt og lest fra mitt ståsted, og min personlige tolkning har nok preget arbeidet. Det at jeg har benyttet forholdsvis mange, og til tider lange, direkte sitater, er ikke fordi jeg av latskap ikke vil parafaserer disse, men fordi utsagn for diskursanalytikeren er, som Neumann uttrykker det, «... den grunnleggende analyseenheten, og poenget er å gå fra utsagn til kontekst, for slik å kunne si noe om den sosiale situasjonen som utsagnet er en av mange bærere av» (2001, s.11). Dette er selvsagt relevant for analysen av Høringsutkastet og Retningslinjen, men det har nok også preget sitater i andre deler av oppgaven med mitt sosialkonstruktivistiske ståsted. I tillegg har jeg kursivert enkeltord i sitater for å underbygge

mine poenger og skape resonnementsrekker, og på denne måten har jeg tatt meg til rette i andres tekst. Å parafrasere vil kunne føre til at jeg fokuserer på enkelte aspekter fremfor andre, eller over- eller underkommunisere momenter i primærlitteraturen som ikke har vært forfatterens hensikt. Omskriving av litteratur har likevel vært nødvendig, og ved noen tilfeller har det vært utfordrende å skrive oppgaven på norsk på grunn av en stor andel engelsk litteratur om både diskursanalyse, sosialkonstruktivism og ADHD, hvor det å finne gode oversettelser tidvis har vært vanskelig; for eksempel det å finne et godt norsk uttrykk for «usuality» (jf. Halliday i Fairclough, 2003, omtalt i avsnitt 4.2.1.2) og «presupposition» (jf. Fairclough, 2001, omtalt i avsnitt 4.2.2.2).

Foruten Halskov Jensens oversettelse til dansk, er Faircloughs litteratur, som har vært en av hovedkildene til teori om kritisk diskursanalyse, skrevet på engelsk. Hans analytiske verktøy har flere ulike sammensetninger, og det var en lang prosess å bestemme hvordan jeg ville anvende de ulike verktøyene Fairclough skisserer. I teorien framstår de analytiske verktøyene jeg har valgt å benytte adskilt, men i praksis har det vært vanskelig å alltid skille de fra hverandre, spesielt med tanke på analyse av vokabular og grammatikk; ord blir setninger, og hva som bør gå som analyse av ordlyd og hva som bør gå som analyse av grammatikk, har noen ganger gått over i hverandre. Ved en annen anledning, ville jeg muligens nærmet med en tekstanalyse med verdier som kategorier i stedet for et skille mellom vokabular og grammatikk.

I forberedelse til arbeidet med Høringsutkastet og Retningslinjen, oppdaget jeg tidlig at de to dokumentene krevde ulik metodisk tilnærming. Den språkvaskete Retningslinjen hadde ikke like frimodig språkbruk som Høringsutkastet, og å lete etter ulike verdier i ordvalgene for eksempel, ville etter min vurdering ikke vise stort om tekstforfatterens ståsted. Å tilpasse de metodiske tilnærmingene er en viktig premis i diskursanalyse, hevder Winther Jørgensen og Phillips (1999). Jeg valgte derfor å gjøre en analyse av tekst og diskursiv praksis i Høringsutkastet, for deretter å se etter de identifiserte diskursene i Retningslinjen. Dessuten mener jeg det var mer hensiktsmessig å se på Retningslinjens sosiale praksis i stedet for Høringsutkastets, som ikke vil bli satt ut i en sosial kontekst. Selv om en analyse av sosial praksis nok burde hatt en bredere sosiologisk studie, har jeg grunnet oppgavens omfang ikke hatt muligheter til å undersøke dette nå.

Hensikten med noen av mine spissformulerte konklusjoner, og til tider hard kritikk av det medisinske paradigmet, er å bidra til å skape debatt, og fremme et ønske om å endre diskursorden gjennom en annen språkbruk og oppfattelse av ADHD. Jeg viser igjen til Winther Jørgensen og Phillips sitat; «Diskursordnen er en form for system ... idet kommunikative begivenheder ikke bare reproducerer diskursive ordner, men også kan ændre dem gennem kreativ sprogbruk» (1999, s. 83).

Fagfolks forestillinger om og fordommer til ADHD har dirkede innvirkning på praksis med barn og unge, og det bringer med seg både etiske, politiske og pedagogiske implikasjoner (Wilson, 2013, s. 199). Å kutte muligheter for diskusjon ved å påstå at andre forståelser av ADHD enn den medisinske er som å si at jorden er flat (jf. Barkley et al., 2002, s. 90), har bidratt til en tydeligere bevegelse mot det sosialkonstruktivistiske paradigmet for min del. Jeg har ikke hatt som agenda å legge skyld på noen, verken barna eller de unge selv, deres foreldre, lærere eller andre i livet til de som har fått diagnosen, noe Barkley blant annet mener en kritikk mot den medisinske forståelsen av ADHD impliserer (Barkley et al., 2002, s. 91). Intensjonen har heller ikke vært å kritisere personene i arbeidsgruppen eller redaksjonen bak Retningslinjen, selv om jeg nok har vært kritisk til både sammensetningen av gruppe-medlemmene, og til for eksempel kildebruken til vedlegget om tilpasset opplæring. Jeg har likevel følt det riktig å være kritisk, både av årsakene innledningsvis til dette avsnittet, og spesielt med tanke på mulige konsekvenser av medisinbruk. Jeg, som andre i skolen, eller foreldre til barn og unge med ADHD-diagnose som medisineres, har vært klar over at det eksisterer flere mulige bivirkninger ved bruk av sentralstimulerende medikamenter og atomoksetin, men at mulige bivirkninger er så mange, og så alvorlige (jf. CHMP, 2009a, s. 34–38), er for meg urovekkende. Selv om CHMP konkluderer med at nytte/risiko-forholdet gjør at medisinerer kan anbefales (2009a, s. 39), vil jeg påstå at det fortsatt er mye som kan gjøres av skolen og foreldre før vi setter barn og unge i fare for å få noen av disse bivirkningene. Dette i sær fordi det i utgangspunktet er uenigheter om diagnosen engang eksisterer, foruten å være sosialt konstruert.

Et annet aspekt ved Helsedirektoratets konstruksjon av ADHD jeg vil bringe på bane i mine avsluttende refleksjoner, er den gjennomgående negative omtalen diagnosen får i de to dokumentene, som like gjerne kunne hatt fokus på positive egenskaper hos barna eller ungdommen, som kreativ, ivrig, aktiv, engasjert, og energisk. Hannås har i sin forskning funnet følgende:

Det er faktisk slik at fortellingene til de unge og voksne intervjudeltakerne inneholder relativt mange og varierte eksempler der atferd og egenskaper som forbindes med tilstanden ADHD, snarere fremstår som fordeler enn som ulemper. Det som samtidig karakteriserer disse fortellingene, er imidlertid at det først og fremst er intervjudeltakerne selv som synes å oppleve og beskrive denne atferden som positiv. (Hannås, 2010, s. 227).

I tråd med Hannås' forskning, og som en forlengelse av denne av oppgaven, kunne det vært interessant å se på hvordan Retningslinjen mottas og tolkes av barn, unge og voksne med ADHD-diagnose, eller i utredningen for diagnosen, og deres nærpåsoner. I tillegg hadde det vært interessant å undersøke hvordan primær- og sekundærhelsetjenesten, skoler, og media omtaler og forstår Retningslinjen, og med dette få mer enn bare antagelser om hvilke konsekvenser Helsedirektoratets konstruksjon av ADHD kan ha for samfunnet generelt, og skolen spesielt.

Etter å ha studert litteratur som er kritisk til den medisinske forståelsen av ADHD, har jeg blitt gjort oppmerksom på alternative strategier som kan ivareta elever som har vansker tilsvarende atferdskriteriene i diagnosemanualene, innenfor den ordinære undervisningen i skolen, og uten å måtte avvike fra skolens og samfunnets til tider smale normalitetsforståelsen (blant annet Wilson, 2013 og Armstrong, 1999). En vinkling på hvordan å ivareta flere og samtidig berike alle elever, som strekker seg utover de grunnleggende tiltakene Retningslinjen skisserer, hadde vært interessant å undersøke videre.

Gjennom denne oppgaven har jeg fått et inntrykk av hvordan prosessen fra Høringsutkast til ferdig Retningslinje om ADHD er med tanke på språk og diskurser. Som nevnt i avsnitt 2.5 kan denne studien ses på som en diakron studie i miniatyr på grunn av utviklingen fra Høringsutkast til Retningslinje. Med tanke på videre forskning, ville det vært interessant å gjøre en virkelig diakron studie med å analysere veilederen fra 2007 i tillegg, og se på hvordan diskursene eventuelt har endret seg. Videre har min interesse for dokumentene som Retningslinjen baserer sitt kunnskapssyn på blitt vekket, og det å undersøke diskursene i disse, ville også vært spennende å fordype seg i.

Jeg skulle ønske Helsedirektoratets konstruksjon av ADHD hadde vært mer nyansert, og at dette ville bidra til en endring i diskursordenen ADHD. En utvikling av en forståelse av ADHD uten fokus på at det er noe galt *i* barnet, ville etter min mening fått positive ringvirkninger for barn og unge med diagnosen og deres foreldre og nærpå personer. Dette fordi fagpersoner i en utrednings- og behandlingsposisjon, pedagoger, spesialpedagoger, og andre voksne i skolen, kanskje ville fokusert mer på strukturelle og miljømessige faktorer i første rekke, og ikke som noe sekundært grunnet barnets biologiske avvik som burde bli utredet eller behandlet. Slik ble det ikke med Helsedirektoratets *ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse – nasjonal faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling*. Likevel vil jeg fremheve et utdrag fra Retningslinjens avsnitt om differensialdiagnostikk, fordi jeg mener at det kan bidra til å ansvarliggjøre oss voksne, og føre til økt refleksjon over vår rolle sammen med barn, og spesielt de som nå oppfattes som avvikende grunnet våre toleransegrenser:

Det kan være stor variasjon i hvordan foreldre oppfatter barnets atferd. Noen har stor toleranse for høyt aktivitetsnivå, mens andre opplever samme atferd som problematisk. På samme måte tolererer noen lærere høyt aktivitetsnivå i skoletimene, mens andre ikke gjør det (Retningslinjen, s. 25).

Helt til slutt avslutter jeg denne oppgaven med å sitere Olsvold og hennes oppfordring til fagfeltet om å ha økt bevissthet på følgende etisk aspekt ved diagnostisering og medisiner av barn, som jeg tenker også kan videreføres til voksne i skolen og vårt møte med barn og unge med eller under utredning for en ADHD-diagnose:

Personen som er diagnostisert og som tar medisiner er sjelden den samme personen som har bestemt at det er behov for diagnose og medisiner. Det er ikke barna som har bedt om å bli diagnostisert og medisiner, men de voksne. Selv om omgivelsene opplever barnets atferd som problematisk betyr ikke det at barnet opplever sin egen atferd som et problem. (Olsvold, 2012, s. 247)

LITTERATUR

- About Dr. Brown.* (u.å.). Hentet fra <http://www.drthomasebrown.com/aboutdrbrown/>
- Adalbéron, E. W. (2008). *Alt du ikke får vite om ADHD og Ritalin: et kritisk blikk på diagnostisering og medisinerings av atferdsproblemer.* Kristiansand: Elsa Wendel Adalbéron.
- ADHD Norge (15.10.2014). *Innspill til regjeringens arbeid med ny folkehelsemelding fra ADHD Norge.* Hentet fra <http://folkehelsemelding.regjeringen.no/files/2014/07/Innspill-fra-ADHD-Norge.pdf>
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod.* Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM.* Hentet fra <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>
- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. DSM-5.* Washington DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2013b). *DSM-5 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Fact Sheet.* Hentet fra <http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20Fact%20Sheet.pdf>
- Armstrong, T. (1999). *ADD/ADHD Alternatives in the classroom.* Alexandria, Va: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Andersson, H. W., Ådnanes, M., & Hatling, T. (2004). *Nasjonalt kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD (SINTEF-rapport nr. STF78 A045012).* Trondheim: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra https://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/STF78_A045012%20-%20Nasjonalt%20kartlegging%20ADHD.pdf
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment.* New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (12.12.2002). *Letters to the editor: International consensus statement on ADHD.* Hentet fra http://jayjoseph.net/yahoo_site_admin/assets/docs/ADHD_Letters.163191402.pdf
- Barkley, R. et al. (2002). International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 89–111. Hentet fra: <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consensus2002.pdf>
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook.* New York: Guilford Press.
- Breggin, P. R. (2002). *The ritalin fact book: what your doctor won't tell you about ADHD and stimulant drugs.* Cambridge, Mass.: Perseus.
- Brown, F. J. (2005). ADHD and the philosophy of science. I C. Newnes & N. Radcliff (Red.), *Making and breaking children's lives* (s. 40-48). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Brown, T. E. (2006). *Attention deficit disorder: the unfocused mind in children and adults.* New Haven: Yale University Press.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism.* London: Routledge.
- Committee for Medicinal Products for Human Use (2009a). *Annex II Scientific conclusions and ground for amendment of the summary of product characteristics and package leaflets presented by the EMEA.* Hentet fra http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Methylphenidate_31/WC500011138.pdf

- Committee for Medicinal Products for Human Use (2009b). *Elements recommended for inclusion in Summaries of Product Characteristics for methylphenidate-containing medicinal products authorised for the treatment of ADHD in children aged six years and above and adolescents* Hentet fra http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Methylphenidate_31/WC500011184.pdf
- Conrad, P. (2007). *Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Hentet fra <http://site.ebrary.com/lib/hilhmr/docDetail.action?docID=10256349>
- Conrad, P., Mackie, T., & Mehrotra, A. (2010). Estimating the costs of medicalization. *Social Science & Medicine*, 70(12), 1943-1947. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610001784>
- Dahler-Larsen, P. (2005). Dokumenter som objektiveret social virkelighet. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter* (s. 235–254). København: Reitzel.
- Damm, D., & Thomsen, P.H. (2012). *Børneliv i kaos: om børn og unge med ADHD*. København: Hans Reitzel.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (23.6.2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Den norske legeforening. (13.5.2013). *Høring - AD/HD – nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Legeforeningen-mener/Horingsuttalelser/2013/Horing---ADHD--nasjonal-faglig-retningslinje/>
- Denckla, M. B. (2005). Executive function. I D. Gozal & D. L. Molfese (Red.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: From Genes to Patients* (s. 165-184). Totowa N.J.: Humana Press.
- Dietrichs, E. (14.2.2009). *Dopamin*. Store norske leksikon [Hentet fra https://snl.no/dopamin](https://snl.no/dopamin)
- Donohue, J. M., Cevasco, M., og Rosenthal, M. B. (2007). A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs. *New England Journal of Medicine*, 357(7): 673–681.
- Duvner, T. (2004). *AD/HD: impulsivitet, overaktivitet, konsentrasjonsvansker*. Oslo: Damm.
- Dykman, R. A. (2005). Historical Aspects of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. I D. Gozal & D. L. Molfese (Red.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: From Genes to Patients* (s. 1-40). Totowa, N.J.: Humana Press.
- Ekeland, T. J. (2003). Ein diagnose av psykiatri diagnoser. *IMPULS*, 1, 56-64.
- Fairclough, N. (1992). *Critical language awareness*. London: Longman.
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis: The critical study of language*. Harlow: Longman
- Fairclough, N. (2001). *Language and power*. Harlow: Longman.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. London: Routledge
- Fairclough, N. (2010). *Critical discourse analysis: the critical study of language*. Harlow: Longman.
- Fairclough, N., & Halskov Jensen, E. (2008). *Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Farone, S., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104–113. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525089/>
- Folkehelseinstituttet. (u.å.). *Statistikk fra Reseptregisteret*. Hentet fra <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>

- Franck, K. (2014). Normality and deviance in Norwegian day-care institutions. I K. Franck. *Constructions of children in-between normality and deviance in Norwegian day-care centres*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Franck, K og Nilsen, R. D. (2014). In-between competence: Adult expectations of children in Norwegian day-care institutions. I K. Franck. *Constructions of children in-between normality and deviance in Norwegian day-care centres*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Fylling, I. (2007). Tilpasning for alle? –Modell og praksis i forholdet mellom tilpasset opplæring og spesialundervisning. *Norsk pedagogisk tidsskrift* 91(04). 303-315. Hentet fra http://bibsyst-primo.hosted.exlibrisgroup.com/HIL:TN_idun3362711
- Graham, L. (2008). From ABC's to ADHD: The Role of Schooling in the Construction of 'Behaviour Disorder' and Production of 'Disorderly Objects'. *International journal of inclusive education* 12(1), 7-33. Hentet fra <http://eprints.qut.edu.au>
- Grue, J. (2011a). Hva er kritisk diskursanalyse? I T. R. Hitching, A. B. Nilsen & A. Veum (Red.), *Diskursanalyse i praksis: Metode og analyse* (s. 112–115). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Grue, J. (2011b). Maktbegrepet i kritisk diskursanalyse: mellom medisinske og sosiale forståelser av funksjonshemming. I E. Halskov Jensen, A. B. Nilsen & A. Veum (Red.). *Diskursanalyse i praksis: metode og analyse* (s. 116-135). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Grue, L. (2006). Funksjonshemming, retorikk og forståelse. *Dokumentasjonssenterets skriftserie* 1(06). Hentet fra <http://lenkeserv.bibsyst.no/lenkeserv/action/serv?id=090199578&bib=>
- Hannås, B. M. (2010). *Den urolige kroppen: unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse før og etter den diagnostiske utredningen av ADHD* (Vol. nr. 4-2010). Bodø: Universitetet i Nordland.
- Helsedirektoratet. (29.2.2012). *AD/HD - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging - Rett diagnose - individuell behandling*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/under-revidering/Sider/ADHD---nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging---rett-diagnose---individuell-behandling.aspx> (link fjernet)
- Helsedirektoratet. (14.12.2012). *Bjørn Guldvog ny helsedirektør*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/bjorn-guldvog-ny-helsedirektor.aspx>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Documents/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014a). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse- nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2014b). *Elektronisk søkeverktøy ICD-10 versjon 1 for 2014*. Hentet fra <http://finnkode.helsedirektoratet.no/#/icd10/ICD10SysDel-1/flow>
- Helsedirektoratet. (2014c). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2014*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/icd-10-den-internasjonale-2014/Publikasjoner/icd-10-2014.pdf>
- Helsedirektoratet. (20.6.2014). *Nasjonale faglige retningslinjer*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/Sider/default.aspx>

- Helsedirektoratet. (10.11.2014). *Utarbeidelse av retningslinjer*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/metoder-og-verktoy/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (19.12.2014). *ICD-10*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/helsefaglige-kodeverk/icd-10/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *ICD utvikling og innføring*. Hentet fra http://kith.no/templates/kith_WebPage_1368.aspx
- Hitching, T. R., & Veum, A. (2011). Introduksjon. I T. R. Hitching, A. B. Nilsen & A. Veum (Red.). *Diskursanalyse i praksis: metode og analyse* (s. 11-40). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Holden, B. (2002). Hva er atferdsanalytisk behandling? *Diskriminanten: tidsskrift for Norsk atferdsanalytisk forening - NAFO*, 4(02), 3-16. Hentet fra <http://www.nta.atferd.no/journalissue.aspx?IdDocument=223>
- Holden, B. (2007). Hvordan kan vi snakke om atferdsanalyse til andre enn atferdsanalytikere? *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 34(4), 201-218. Hentet fra <http://www.nta.atferd.no/journalissue.aspx?IdDocument=201>
- Holden, B. (2013). *Miljøbehandling: en atferdsanalytisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Idås, E. (2006). Urovekkende utvikling rundt ADHD? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(3), 262-264. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2006/262-272.pdf>
- Idås, E., & Våpenstad, E. V. (2009). Er vi best i klassen, eller skaper vi en tragedie? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(9), 878-881. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2009/878-881.pdf>
- Isager, T. (1999). Klassifisering. I L. Lier, T. Isager, O. S. Jørgensen, F. W. Larsen & T. Aarkrog (Red.). *Børne- og ungdomspsykiatri* (s. 203-210). København: Hans Reitzels Forlag.
- Jackson, G. (2009). The case against stimulants. I S. Timimi og J. Leo. *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- James, A., & Prout, A. (1997). *Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Falmer Press.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forl.
- Jureidini, J. (2002). Does the International Consensus Statement on ADHD leave room for healthy scepticism? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(5), 240. doi:10.1007/s00787-002-0282-2
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observasjoner og dokumenter*. København: Reitzel.
- Kutscher, M. L., Attwood, T., Wolff, R. R., & Holm-Hansen, L. (2013). *Syndrombarn: barn med ADHD, lærevansker, aspergers, tourettes, bipolar lidelse med mer: håndbok for foreldre, lærere, fagpersoner*. Vollen: Tell.
- Leo, J. og Lacasse, J. (2009). The manipulation of data and attitudes about ADHD: A study of consumer advertisements. I S. Timimi og J. Leo (Red.). *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Lunde, E. S. (2013). Unge uten jobb og skoleplass sliter med helsen. *Samfunnsspeilet 3. Statistisk sentralbyrå*. 17-23. Hentet fra <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/121977?ts=13f2d8b2488>
- Lysgård, H. K. (2001). *Diskursanalyzers sosialkonstruktivistiske grunnlag: muligheter og begrensninger i forståelsen av regional endring* (Vol. 4/2001). Kristiansand: Agderforskning.

- Løkke, P. A. (2006). ADHD-epidemien og det biomedisinske paradigmet. *43*(3), 265–267. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2006/262-272.pdf>
- Midtlyng, E. (2013). DSM-5 og AD/HD: Små endringer – usikker effekt. *INNSIKT*, 3. Hentet fra <http://www.innsikt.org/index.asp?id=36092>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults NICE clinical guideline 72*. Hentet fra: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg72/>
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt: en innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Newnes, C., & Radcliff, N. (2005). *Making and breaking children's lives*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Nordahl, T. og Hausstätter, R. S. (2009). *Spesialundervisningens forutsetninger, innsatser og resultater: Situasjonen til elever med særskilte behov for opplæring i grunnskolen under Kunnskapsløftet*. Høgskolen i Hedmark. Hentet fra: http://www.udir.no/Upload/Rapporter/EvaKL/5/spesialundervisning_grskole.pdf?epslanguage=no
- Nordengen, K. (2011). *Medisinering av uromomenter i den norske skolen?: en sosiologisk diskursanalyse av læreres forståelser av ADHD*. Masteroppgave, Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15354/Nordengen.pdf?sequence=3>
- Nylund, D. (2000). *Treating Huckleberry Finn: a new narrative approach to working with kids diagnosed ADD/ADHD*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Olsvold, A. (2012). *Når "ADHD" kommer inn døren. En psykososial undersøkelse av barns, mødres, og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og -medisinering*. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitet i Oslo.
- Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)*. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61#KAPITTEL_6
- Pearson. (08.11.2011). *Nominerte til den store psykologiprisen 2012*. Hentet fra <http://www.denstorepsykologiprisen.no/no/Den-Store-Psykologiprisen/Om-prisen/2012/Nominerte-2012/>
- Phillips, L., & Schrøder, K. (2005). Diskursanalytisk tekstanalyse. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter* (s. 275-302). København: Reitzel.
- Pliszka, S. R. (2009). *Treating ADHD and comorbid disorders: psychosocial and psychopharmacological interventions*. New York: Guilford Press.
- Psykometri: psykologi*. (2012). *Store norske leksikon* Hentet fra <https://snl.no/psykometri%2Fpsykologi>.
- Rogers, R. (2004). *An introduction to critical discourse analysis in education*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Rucklidge, J. J., Brown, D. L., Crawford, S., & Kaplan, B. J. (2006). Retrospective Reports of Childhood Trauma in Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *9*(4), 631–641. doi: 10.1177/1087054705283892
- Rønhovde, L. I. (2004). *Kan de ikke bare ta seg sammen: om barn og unge med ADHD og Tourette syndrom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schichtling, E. (13.02.2009). *Lesjon*. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/lesjon>

- Sh.dir. (2007). *IS-1224: Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD: diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne*. Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-ADHD/Publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-ADHD.pdf>
- Sivertsen, A. G., & Tranøy, J. (2007). *ADHD: piller på avveie*. Oslo: Kolofon.
- Smith, L. (2006). ADHD: Forekomst, årsaksmekanismer og effekt av medikamentell behandling. *43*(3), 268–269. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2006/262-272.pdf>
- Solberg, A. (1997). Negotiating childhood: Changing constructions of age for Norwegian children. I A. James & A. Prout (Red.), *Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Falmer Press.
- Spesialundervisning: veileder til opplæringsloven om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning*. (2009). Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Thagaar, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Timimi, S. et al. (2004). A Critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child & Family Psychology Review*, *7*(1), 59-63. Hentet fra <http://www.critpsynet.freeuk.com/Acritiqueofconsensus.htm>
- Timimi, S. (2005). *Naughty boys: anti-social behavior, ADHD, and the role of culture*. New York: Palgrave Macmillan.
- Timimi, S., & Leo, J. (2009). *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Turmel, A. (2008). *A historical sociology of childhood. Developmental thinking, categorization and graphic visualization*. New Your: Cambridge University Press
- Tranøy, J. (2007). Alternativer til ADHD og Ritalin. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *4*(04), 359-367. Hentet fra http://www.idunn.no.ezproxy.hil.no/file/pdf/33204488/alternativer_til_adhd_og_ritalin.pdf
- Tranøy, K. E. (10.11.2012). *Dialektikk - filosofi*. Hentet fra <https://snl.no/dialektikk/filosofi>
- Utdanningsdirektoratet. (2009). *Spesialundervisning: veileder til opplæringsloven om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Utdanningsdirektoratet. (u.å.a). *Veilederen Spesialpedagogisk hjelp*. Hentet fra <http://www.udir.no/Regelverk/tidlig-innsats/Veilederene-i-fulltekst/Spesialpedagogisk-hjelp/>
- Utdanningsdirektoratet. (u.å.b). *Veilederen Spesialundervisning*. Hentet fra <http://www.udir.no/Regelverk/tidlig-innsats/Veilederene-i-fulltekst/Spesialundervisning/Tilpasset-opplaring/>
- Vanheule, S. (2014). *Diagnosis and the DSM: A Critical Review*. Palgrave Macmillan.
- Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., Perou, R., Blumberg, S. J. (2013). Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosed and Medicated Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Hentet fra <http://jaacap.org/webfiles/images/journals/jaac/visser.pdf>
- Willcutt, E. G., Brodsky, K., Chhabildas, N., Shanahan, M., Yerys, B., Scott, A., & Pennington, B. F. (2005). The Heuropsychology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Validity of the Executive Function Hypothesis. I D. Gozal & D. L. Molfese (Red.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: From Genes to Patients* (s. 185-213). Totowa N.J.: Humana Press.

- Wilson, J. (2013). A social relational critique of the biomedical definition and treatment of ADHD; ethical practical and political implications. *Journal of Family Therapy*, 35(2), 198-218. doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00607.x
- Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Zeiner, P. (2004). *Barn og unge med ADHD*. Vollen: Tell forl.

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1: Diagnosekriterier i ICD-10

Vedlegg 2: Diagnosekriterier i DSM-IV-R (norsk)

Vedlegg 3: Diagnosekriterier i DSM-5 (engelsk)

Vedlegg 4: Deler av Faircloughs verktøy for tesktanalyse

Vedlegg 5: Presentasjon av arbeidsgruppen bak Høringsutkastet og Retningslinjen

Vedlegg 6: Ordskyer av Høringsutkastet og Retningslinjen

Vedlegg 7: Retningslinjen i sosiale media

VEDLEGG 1: DIAGNOSEKRITERIER I ICD-10

F90 Hyperkinetiske forstyrrelser

Gruppe lidelser kjennetegnet ved tidlig debut (vanligvis i løpet av de fem første leveårene), manglende utholdenhet i aktiviteter som krever kognitivt engasjement, og tendens til å skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig, i kombinasjon med uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet. Flere andre avvik kan forekomme. Hyperkinetiske barn er ofte uforsiktige og impulsive, utsatt for ulykker og får oftere disiplinærvansker på grunn av tankeløse brudd på normer og regler, mer enn på grunn av bevisst utfordrende atferd. I forhold til voksne viser de ofte sosialt uhemmet atferd med mangel på normal forsiktighet og tilbakeholdenhet. De er upopulære blant andre barn, kan derfor bli isolert. Kognitive forstyrrelser er vanlige, og spesifikke motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser uforholdsmessig hyppige. Sekundære komplikasjoner omfatter dyssosial atferd og lav selvfølelse.

Ekskl: affektive lidelser (maniske eller depressive) (F30-F39)

angstlidelser (F41.-)

gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (F84.-)

schizofreni (F20.-)

F90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet

Inkl: oppmerksomhetsforstyrrelse: forstyrrelse med hyperaktivitet

oppmerksomhetsforstyrrelse: syndrom med hyperaktivitet

Ekskl: hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (F90.1)

F90.1 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse

Inkl: hyperkinetisk forstyrrelse forbundet med atferdsforstyrrelse

F90.8 Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser

F90.9 Uspesifisert hyperkinetisk forstyrrelse

Inkl: hyperkinetisk reaksjon i barndom eller ungdom INA

hyperkinetisk syndrom INA (Helsedirektoratet, 2014c, s. 201)

VEDLEGG 2: DIAGNOSEKRITERIER I DSM-IV-R

Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Kriterier A-E skal alle være oppfylt.

A. Enten (1) eller (2)

1. Minst seks av følgende symptomer på uoppmerksomhet har vedvart i minst seks måneder, i en grad som er misstilpasset og ikke i samsvar med utviklingsnivået.

Uoppmerksomhet

- a) Er ofte ikke oppmerksom på detaljer, eller gjør slurvfeil med lekser, arbeid eller andre aktiviteter
- b) Har ofte vansker med å opprettholde oppmerksomheten mot oppgaver eller lekeaktiviteter
- c) Synes ofte ikke å høre etter ved direkte tilsnakking
- d) Følger ofte ikke med på instruksjer, og unnlater å fullføre oppgaver på skolen eller plikter hjemme (uten at det skyldes trass eller at instruksjonen ikke er forstått)
- e) Har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter
- f) Vil ofte mislike eller være unnvikende med å påta seg oppgaver som krever vedholdende mental anstrengelse (som skolearbeid og lekser)
- g) Mister ofte ting som er nødvendig for oppgaver eller aktiviteter (for eksempel leker, skolemeldinger, penner bøker eller verktøy)
- h) Er ofte lettdistrahert av ytre stimuli
- i) Er ofte glemsk i daglige gjøremål

2. Minst seks av følgende symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet har vedvart i minst 6 måneder, i en grad som er mistilpasset og ikke i samsvar med utviklingsnivået:

Hyperaktivitet

- a) Er ofte urolig med hendene eller føttene, eller har vanskelig med å sitte stille
- b) Forlater ofte plassen i klasserommet eller andre situasjoner der det forventes at man blir sittende
- c) Springer ofte rundt eller klatrer usedvanlig mye i situasjoner der det ikke er passende (hos ungdommer kan det være begrenset til en subjektiv følelse av rastløshet)
- d) Har ofte vanskelig for å leke rolig eller holde på med fritidsaktiviteter
- e) Er ofte ”på farten” eller ”på høygir”

f) Snakker urimelig mye

Impulsivitet

- a) Plumper ofte ut med svaret før spørsmålet er blitt ferdigstilt
- b) Har ofte vansker med å vente på tur
- c) Avbryter ofte eller er ofte påtrengende overfor andre (for eksempel trenger seg på samtaler eller lek)

B. Noen av symptomene på hyperaktivitet - impulsivitet eller uoppmerksomhet var tilstede før syvårsalderen

C: Nedsatt fungering på grunn av at symptomene viser seg på to eller flere områder (for eksempel på skolen/arbeid eller hjemme)

D: Det må være klare holdepunkter for et klinisk betyngningsfullt problem i forbindelse med sosial eller skolemessig fungering.

E: Symptomene eksisterer ikke som en del av en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, schizofreni, eller annen psykotisk forstyrrelse, eller de kan ikke forklares bedre ut fra en annen mental forstyrrelse for eksempel affektive forstyrrelser, angstforstyrrelser, dissosiativ forstyrrelse eller en personlighetsforstyrrelse.

Undertyper

ADHD, Kombinert type. Kriterium A1 og A2 oppfylles i løpet av de siste seks måneder

ADHD, Hovedsakelig uoppmerksom type. Kriterium A1 er oppfylt, men kriterium A2 ikke er oppfylt i løpet av de siste 6 månedene.

ADHD, hovedsakelig hyperaktiv – impulsiv type. Kriterium A2 er oppfylt, men kriterium A1 er ikke oppfylt i løpet av de siste 6 månedene.

VEDLEGG 3: DIAGNOSEKRITERIER I DSM-5

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Diagnostic Criteria

A. A persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with functioning or development, as characterized by (1) and/or (2):

1. **Inattention:** Six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities:

Note: The symptoms are not solely a manifestation of oppositional behavior defiance, hostility, or failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required.

- a. Often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, at work, or during other activities (e.g., overlooks or misses details, work is inaccurate).
- b. Often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities (e.g., has difficulty remaining focused during lectures, conversations, or lengthy reading).
- c. Often does not seem to listen when spoken to directly (e.g., mind seems elsewhere, even in the absence of any obvious distraction).
- d. Often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (e.g., starts tasks but quickly loses locus and is easily sidetracked).
- e. Often has difficulty organizing tasks and activities (e.g., difficulty managing sequential tasks; difficulty keeping materials and belongings in order; messy, disorganized work; has poor time management; fails to meet deadlines).
- f. Often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require Sustained mental effort (e.g., schoolwork or homework; for older adolescents and adults, preparing reports, completing forms, reviewing lengthy papers).
- g. Often loses things necessary for tasks or activities (e.g., school materials, pencils, books, tools, wallets, keys, paperwork, eyeglasses, mobile telephones).
- h. Is often easily distracted by extraneous stimuli (for older adolescents and adults, may include unrelated thoughts).

- i. Is often forgetful in daily activities (e.g., doing chores, running errands; for older adolescents and adults, returning calls, paying bills, keeping appointments).

2. **Hyperactivity and impulsivity:** Six (or more) of the following Symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities.

Note: The symptoms are not solely a manifestation of oppositional behavior, defiance, hostility, or a failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required. Often fidgets with or taps hands or feet or squirms in seat.

- a. Often leaves seat in situations when remaining seated is expected (e.g., leaves his or her place in the classroom, in the office or other workplace, or in other situations that require remaining in place).
 - b. Often runs about or climbs in situations where it is inappropriate. (Note: In adolescents or adults, may be limited to feeling restless.)
 - c. Often unable to play or engage in leisure activities quietly.
 - d. Is often “on the go,” acting as if “driven by a motor” (e.g., is unable to be or uncomfortable being still for extended time, as in restaurants, meetings; may be experienced by others as being restless or difficult to keep up with).
 - e. Often talks excessively.
 - f. Often blurts out an answer before a question has been completed (e.g., completes people’s sentences; cannot wait for turn in Conversation).
 - g. Often has difficulty waiting his or her turn (e.g., while waiting in line).
 - h. Often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations games, or activities; may start using other people’s things Without asking or receiving permission; for adolescents and adults, may intrude into or take over what others are doing).
- B. Several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms were present prior to the age of 12 years.
- C. Several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms are present in two or more settings (e.g. at home, school, or work; with friends or relatives; in other activities).
- D. There is clear evidence that the symptoms interfere with, or reduce the quality of, social, academic, or occupational functioning.

E. The symptoms do not occur exclusively during the course of schizophrenia or psychotic disorder and are not better explained by another mental disorder (e.g. mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder, personality disorder, substance intoxication or withdrawal).

Specify whether:

314.01 (F90.2) Combined presentation: If both Criterion A1 (inattention) and Criterion A2 (hyperactivity-impulsivity) are met for the past 6 months.

314.00 (F90.0) Predominantly Inattentive presentation: If Criterion A1 is met but Criterion A2 (hyperactivity-impulsivity) is not met for the past 6 month.

314.01 (F90.1) Predominantly hyperactive/impulsive presentation: If Criterion (hyperactivity-impulsivity) is met and Criterion A1 (inattention) is not met for the past 6 month.

Specify if:

In partial remission: When full criteria were previously met, fewer than the full criteria have been met for the past 6 months, and the symptoms still result in impairment in social, academic, or occupational functioning.

Specify current severity:

Mild: Few, if any, symptoms in excess of those required to make the diagnosis are present, and symptoms result in no more than minor impairments in social or occupational functioning.

Moderate: Symptoms or functional impairment between “mild” and “severer” are present.

Severe: Many symptoms in excess of those required to make the diagnosis, or several symptoms that are particularly severe, are present, or the symptoms result in marked impairment in social or occupational functioning.

VEDLEGG 4: UTVALG AV FAIRCLOUGHS VERKTØY FOR TEKSTANALYSE

Spørsmål hentet fra *Language and Power* (Fairclough, 2001, s. 92–93).

A. Vocabulary

1. What experiential values do words have?
 - What classification schemes are drawn upon?
 - Are there words which are ideologically contested?
 - Is there rewording or overwording?
 - What ideologically significant meaning relations (synonymy, hyponymy, antonymy) are there between words?
2. What relational values do words have?
 - Are there euphemistic expressions?
 - Are there markedly formal or informal words?
3. What expressive values do words have?
4. What metaphors are used?

B. Grammar

5. What experiential values do grammatical features have?
 - What types of process and participant predominate?
 - Is agency unclear?
 - Are processes what they seem?
 - Are no nominalizations used?
 - Are sentences active or passive?
 - Are sentences positive or negative?
6. What relational values do grammatical features have?
 - What modes (declarative, grammatical/ question, imperative) are used?
 - Are there important features of relational modality?
 - Are the pronouns we and you used, and if so, how?
7. What expressive values do grammatical features have?
 - Are there important features of expressive modality?
8. How are (simple) sentences linked together?
 - What logical connectors are used?
 - Are complex sentences characterized by coordination or subordination?
 - What means are used for referring inside and outside the text?

C. Textual structures

9. What interactional conventions are used?

- Are there ways in which one participant controls the turns of others?

10. What larger-scale structures does the text have?

VEDLEGG 5: PRESENTASJON AV ARBEIDSGRUPPEN BAK HØRINGSUTKASTET OG
RETNINGSLINJEN

Navn på medlemmet	Bakgrunn og arbeidsfelt	Kilder
Arild Schillinger f. 1952- d.2013 Øst-Norge	Psykiater og overlege ved Sykehuset Østfold. Jobbet for generell kompetanseheving gjennom blant annet kurs i å utrede ADHD for psykiatridivisjonen ved Sykehuset Østfold.	http://www.sykehuset-ostfold.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/arild-schillinger-er-tildelt-fagradets-pris-2012.aspx og http://www.rop.no/artikler/Etter_dato/Sats_er_stort_paa_ADHD-behandling
Bjarne Bråtveit f. 1948 Vest-Norge	Kommunelege og nestleder i Rogaland legeförening (2011), samt vara landsstyreprerentant i Den norske legeförening (2011), tidligere helsesjef i Suldal kommune.	https://www.suldal.kommune.no/aktuelt/ny-helsesjef-anita-lind-tek-til-i-jobben-i-dag-6-april.aspx og http://legeforeningen.no/PageFiles/86853/%C3%85rsmelding%20Rogaland%20legeforening%202011.pdf
Jens Olav Hessen f. 1968 Nord-Norge	Overlege og spesialist i BUP Vesterålen, barnepsykiater Universitetssykehuset Nord-Norge, i utdanningsutvalget Regionalt utdanningsprogram for barne- og ungdomspsykiatere Helse Nord 2010. Forelest om ADHD ved Lærings- og mestringscenteret Vesterålen.	http://www.nordlandssykehuset.no/laering-s-og-mestringscenteret/laeringstilbud-om-adhd-vesteraalen-article76454-2148.html , http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Psykisk%20helse/%C3%85rberetning%20for%20utdanningsprorammet%20i%20barne-%20og%20ungdomspsykiatri%202010.pdf og https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Nordland/2014/Psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-Nordlandssykehuset-Barne--og-ungdomspsykiatrisk-poliklinikk-Ytre-Salten-Bodo-2013/
Kirsten Skram f. 1948 Vest-Norge	Seniorrådgiver og spesialpedagog med hovedfag i spesialpedagogikk Statped Vest, avdelingsleder sammensatte lærevesker / ervervet hjerneskade. Hennes arbeidsfelt er adhd, tourettes syndrom, søvnevansker og atferdsvansker.	http://www.statped.no/Stottemeny/Medarbeidere/Kirsten-Skram/ og https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.cp.no%2Fnovus%2Fupload%2Ffile%2Fcphsf%2Fppt%2Fkirsten%2520skram%2520-%2520foredrag.ppt&ei=YJ1gVie2LYrUauzRgWg&usg=AFQjCNHuXkmyijVQZmwA11IYDSoh78EP0w&sig2=y4CMfuFTDe2WY582E0V3nQ&bvm=bv.79189006.d.d2s&cad=rjt
Kristian Øen f. 1976	Spesialpedagog og seniorrådgiver Statped Vest. Gjort et litteraturstudium omkring tilpasset	http://www.statped.no/Global/1_Tema/ADHD/VES-ADHDiEnSkoleMedSelvreguleringSomId

Vest-Norge	opplæring for elever med ADHD i sin masteroppgave i pedagogikk.	eal-Artikkel%202010%2010%2018.pdf og http://no.linkedin.com/pub/kristian-oen/9b/419/198
Terje Torgersen f. 1962 Midt-Norge	Overlege i psykiatri ved St. Olavs Hospital HF. Disputerte med ”ADHD in adults; comorbidity and long-term central stimulant treatment – A retrospective, naturalistic study”.	https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Til synssaker/Tap-av-rekvireringsrett---Lege--sentralstimulerende-legemidler/ og http://www.stolav.no/no/Fagfolk/Forskning-og-utvikling/Nyheter/Disputas-for-Terje-Torgersen-30-mai/123238/
Tor Eikeland f. 1950 Øst-Norge	Tidligere administrerende direktør, nå spesialrådgiver ved ADHD Norge.	http://no.linkedin.com/pub/tor-eikeland/17/132/66
Pål Zeiner f. 1952 Øst-Norge	Overlege og barnepsykiater ved Sykehuset Buskerud HF, medlem av fagrådet i ADHD Norge. Doktorgrad på arbeid om korttids- og langtidseffekter av metylfenidat til barn med adhd.	http://www.atferdssenteret.no/getfile.php/Filer/Atferdssenteret.no/Internett/Konferanser/Nasjonal%20Fagkonferanse%202008/ADHD%20handouts%20P%C3%A51%20Zeiner%20november08.pdf , http://www.adhdnorge.no/index.asp?id=26229 , og Zeiner, 2004, s. 320

Redaksjonen for Retningslinjen:

Egil Midtlyng	Psykologspesialist, Nasjonalt kompetansesenter AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi	http://www.helse-nord.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/Rehabilitering_web/ASH/Bilder%20-%20ASH/presentasjon-troms%C3%B8%20(2).pdf
Ebba Wannag	Tidligere overlege ved Oslo universitetssykehus og ekspert på ADHD, nå pensjonert.	http://www.innsikt.org/index.asp?id=35481
Rut Prietz	Seniorrådgiver og psykiater Helsedirektoratet	http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2419
Anne-Grete Kvanvig	Seniorrådgiver Helsedirektoratet	http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/oppstart-av-arbeidet-med-nasjonal-retningslinje-for-elektrokonvulsiv-behandling-også-kalt-ect.aspx

VEDLEGG 7: RETNINGSLINJEN I SOSIALE MEDIA

Helsedirektoratet på Facebook, 13.12.14



Helsedirektoratet delte en lenke.
3. desember

Revidert retningslinje for ADHD skal bidra til å gi god kunnskap om utredning, diagnostikk og behandlingstiltak, slik at personer med en ADHD-diagnose kan få hjelp til å ha et så godt liv som mulig.

Riktig diagnose og individuell behandling ved ADHD
helsedirektoratet.no

Helsedirektoratets reviderte retningslinje for behandling av ADHD legger vekt på at det blir stilt riktig diagnose så tidlig som mulig og at behandlingen blir tilpasset behovene til den enkelte pasienten.

Liker - Kommenter - Del

52 delinger



141 personer liker dette.



Christopher Bansemer Det er mange som har tatt skade av å bli dyttet på ritalin med tvang på 90tallet selv om dette virket mot sin hensikt! Jeg er bevis på det! Gikk speedet 24/7 å klarte ikke å få meg meg noe på skolen, så ble mye skulking å kjefting ifra lærer å rektor for noe jeg ikke kunne noe for! Så håper virkelig dette blir gjort noe med, for er mange som absolutt ikke skulle ha hatt adhd diagnosen.

Liker - Svar - 11. desember kl. 21:30