



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for Humaniora, Samfunnsvitenskap og Lærerutdanning

ADHD på ungdomsskolen – hvordan gjør vi det?

En kvalitativ studie av hvordan ungdomsskolen forholder seg til elever med en stilt ADHD-diagnose.

Mia Strandmo og Amalie Olsen Andreassen

Masteroppgave i Sosiologi ved Lektorutdanningen, SOS-3981, Vår 2023

Forord

Denne masteroppgaven er et produkt av hardt og målrettet arbeid, som har vært både krevende og lærerikt. Selv om det er vårt eget arbeid som ligger bak, er det flere mennesker som fortjener en stor takk for deres bidrag som har gjort det mulig å fullføre dette arbeidet.

Vi vil starte med å takke alle intervjupersoner som har delt sine erfaringer, historier og synspunkter med oss. Dere har bidratt frivillig med tid og krefter, og delt personlig nære historier med oss. Uten deres bidrag hadde ikke denne oppgaven blitt til.

Vi vil også rette en stor takk til vår veileder, Marianne Trondsen, som har bidratt med viktige og gode faglige og metodiske innspill. Takk for at du har stilt krav til oss – samtidig som du har vært støttende.

En stor takk skal også rettes til Thomas Nordgård – en kjær familievenn – som har bidratt med spesielt gode pedagogiske synspunkter og kommentarer.

Vi ønsker også å takke alle våre medstudenter – spesielt ‘De jentan’ og Kristian – som har gjort tiden med masteroppgaven til en uforglemmelig tid i vårt studieløp.

Til sist ønsker vi å takke hverandre – verdens beste masterpartner. Uten deg, hadde ikke dette gått. Takk for at du har holdt ut denne lange, og tidvis tunge stunden, sammen med meg. Evig glad i deg.

Mia Strandmo

Amalie Olsen Andreassen

15.05.2023

Innholdsfortegnelse

Forord	II
1 Innledning	1
1.1 <i>Problemstilling og forskningsspørsmål</i>	3
1.2 <i>Oppgavens oppbygning</i>	4
2 Hva er ADHD?	5
2.1 <i>Kjernesymptomer på ADHD</i>	5
2.2 <i>Hvem får ADHD-diagnosen?</i>	7
2.3 <i>ADHD i et sosiologisk perspektiv</i>	10
2.4 <i>Skolens oppbygning og struktur</i>	11
2.4.1 <i>Kunnskapsløftet</i>	12
2.4.2 <i>Opplæring av elever med spesielle behov</i>	13
2.4.3 <i>En skole i utvikling</i>	14
2.4.4 <i>Økonomi</i>	17
2.4.5 <i>Målorientert og resultatorientert skole</i>	18
2.5 <i>Innfallsvinkler for å forstå ADHD</i>	19
3 Teoretisk rammeverk	21
3.1 <i>Sosialkonstruktivisme</i>	21
3.1.1 <i>Den samfunnsskapte virkelighet</i>	22
3.2 <i>Et sosialkonstruktivistisk perspektiv på helse</i>	27
3.2.1 <i>Normalitet og avvik</i>	29
3.2.2 <i>Medikalisering</i>	30
3.3 <i>Michel Foucault</i>	32
3.3.1 <i>Diskurser og makt</i>	33
3.3.2 <i>Godhetsdiskursen</i>	36
4 Metode	37
4.1 <i>Kvalitativ metode</i>	37
4.1.1 <i>Individuelle intervjuer</i>	37
4.2 <i>Presentasjon av utvalg og intervjupersoner</i>	38
4.2.1 <i>Utvalg og rekruttering</i>	39
4.3 <i>Intervjuprosessen</i>	41

4.3.1	Intervjuguide.....	41
4.3.2	Gjennomføring av intervjuene.....	43
4.3.3	Transkribering.....	44
4.4	<i>Analyse av intervjumaterialet</i>	45
4.4.1	Koding.....	46
4.5	<i>Kvaliteten på studien</i>	47
4.5.1	Forskerrollen.....	48
4.5.2	Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	48
4.6	<i>Etiske problemstillinger</i>	49
5	Funn	51
5.1	<i>Kunnskap om og holdninger til ADHD</i>	51
5.2	<i>Ressursmangel i skolen</i>	53
5.3	<i>Enkeltlærerens betydning</i>	55
5.4	<i>Utfordringene med et godt samarbeid</i>	57
6	Diskusjon	60
6.1	<i>Idealeleven og skolediskursen</i>	60
6.2	<i>ADHD-diskursen</i>	63
6.3	<i>Den 'normale' elev – sanksjonering av den 'unormale elev'?</i>	66
6.4	<i>Ungdomsskolens spagat mellom mål og verdier</i>	67
6.5	<i>Manglende tilrettelegging for ADHD-elever</i>	69
6.5.1	De ulike føringene enkeltlæreren møter og legger.....	70
6.5.2	Holdninger til ADHD-diagnosen.....	72
7	Oppsummering og avslutning	74
7.1	<i>Konklusjon</i>	75
7.2	<i>Avsluttende bemerkninger</i>	77
8	Referanseliste	78
9	Vedlegg	84
	<i>Vedlegg 1: Godkjenning av masterprosjekt</i>	84
	<i>Vedlegg 2: Informasjonsskriv foreldre</i>	86
	<i>Vedlegg 3: Informasjonsskriv lærere og PPT</i>	89

<i>Vedlegg 4: Informasjonsskriv barn</i>	92
<i>Vedlegg 5: Samtykkeerklæring</i>	93
<i>Vedlegg 6: Intervjuguide</i>	94
<i>Vedlegg 7: Rapporter fra reseptregisteret</i>	95
ADHD-midler fordelt etter fylke og kjønn.....	95
Økning i bruk av ADHD-midler.....	96

1 Innledning

Veldig mange setter et 'er-likhets-tegn' med atferdsvansker (...). Men det trenger ikke å være atferdsvansker i det hele tatt, for det er noen andre ting som blir utfordringene.

- Fagarbeider fra PPT, om elever med ADHD-diagnosen

I denne masteroppgaven i sosiologi har vi utforsket hvordan ungdomsskolen forholder seg til elever med ADHD-diagnosen.

Grunnskolen – og derav ungdomsskolen – kan sies å være en fundamentalt viktig kilde til hvordan ungdom påvirkes og formes, og hvilke kunnskaper, holdninger og ferdigheter de tar med seg videre i livet. Slik sett er skolen en uvurderlig arena for kunnskapsutvikling og sosialisering (Midthassel, 2003, s. 13; Ogden, 2020, s. 14). Starten på ungdomsskolen kan være en spesielt utfordrende overgang for elevene med ADHD-diagnosen. En kan videre se på ungdomsskoletiden som en svært sensitiv fase i livet som er preget av sosiale og fysiske-biologiske endringer. På ungdomsskolen møter elevene økende læringskrav og prestasjonspress, samt nye krav til atferd og selvregulering. En slik sårbar tid, krever muligens at omgivelsene – både skolen og læreren – tilbyr mer trygghet og stabilitet enn eksempelvis videregående opplæring krever. Ungdomsskolen kan slik ses på som en viktig og interessant arena når en skal se nærmere på ADHD i skolen.

ADHD står for «*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*» (Helsedirektoratet, 2020). Vanlige kjennetegn på diagnosen inkluderer hyperaktivitet, impulsivitet og mangel på impuls kontroll, og konsentrasjonsvansker. Det anslås at om lag 3-5% av Norges barn og unge har ADHD (Helsedirektoratet, 2020). Tall fra Reseptregisteret viser at det har vært en eksplosiv økning av personer med ADHD-diagnosen i løpet av de siste tiårene: I 2004 bruke nesten 12 000 mennesker i Norge medisin for ADHD – mens i 2020 hadde dette tallet økt til over 57 000 (Reseptregisteret, 2023, 29. mars). Denne drastiske økningen kan ha flere ulike årsaksforklaringer fra forskjellige ståsteder, og kan muligens påvirke både individet og samfunnet på flere ulike plan. I denne masteroppgaven har vi valgt å se hvordan det har betydning for ungdomsskoleeleven og ungdomsskolen.

I overordnet del av lærerplanen blir det stadfestet at skolen aktivt skal arbeide for å ivareta elevens beste, som blant annet innebærer å etterstrebe et trygt og godt læringsmiljø, tilby opplæring som er tilpasset den enkeltes behov og bakgrunn, etc. (Kunnskapsdepartementet, 2017). Til tross for dette kan det se ut til at mange elever med ADHD-diagnosen sliter med å tilpasse seg en teoritung skolehverdag, hvor en stadig må sitte mer stille ved pulten. Skaalvik og Skaalvik (2021) argumenterer for at skolens målstruktur – det skolen uttrykker om hva som er viktig og verdifullt – kan ha direkte konsekvenser for individets mentale helse og hvordan de opplever livet på skolen (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 49-51). Videre kan en også se til Djupedal og Korshavn (2016), som argumenterer for at skolen også uttrykker eksplisitte forventninger til elevens atferd (Djupedal & Korshavn, 2016, s. 87). Det kan være forventninger som muligens ikke går overens med mange elevers væremåte – kanskje spesielt eleven med ADHD.

I *Fremtidens Skole* blir kompetanse hos lærere og skoleledere pekt på som en viktig faktor for å forbedre elevens kunnskapsgrunnlag og utvikling (NOU 2015:8, s. 89-91). Vi så nå i år (2023) at lærerne gikk til streik. Bakgrunnen for dette var blant annet fordi det var stor mangel på god og helhetlig pedagogisk kompetanse i skolen, og at det var *for mange* ufaglærte som jobbet i skolen (Ghosh, 2022). Manglende pedagogisk kompetanse er noe som potensielt kan ramme elever med særskilte behov, som eksempelvis elever med ADHD som ofte har større behov for god pedagogisk veiledning.

Gjennom denne oppgaven ser vi nærmere på de ulike signalene ungdomsskolen sender ut til sine elever – signaler om ønsket atferd og væremåte, resultater og mål. Vi finner at ungdomsskolen muligens står i en *spagat* mellom dets mål og verdigrunnlag. I denne oppgaven problematiserer vi altså skolens kunnskapssyn, og at skolens mål og verdier muligens står i et motsetningsforhold med den økende andelen av elever med ADHD i ungdomsskolen.

Denne masteroppgavens tema er sosiologisk interessant fordi vi utforsker ungdomsskolen som læringsarena i forbindelse med elever med ADHD-diagnosen. Skolen har et viktig samfunnsmandat. En kan si at samfunnet har gitt skolen et stort oppdrag. Dette oppdraget starter med individet – den enkelte elev – som skal tilegne seg kompetanse, ferdigheter og kunnskaper. For eleven vil dette danne grunnlaget for fremtidig arbeid og muligheten for å forsørge seg selv. Videre skal også skolen bidra til at elevene danner ønskede holdninger og verdier. Disse er nedfelt i formålsparagrafen og gir uttrykk for hvilken type borger nasjonen ønsker at skolen skal være behjelpelig med å danne. Skolens samfunnsmandat kan dermed forstås som et

individuellt prosjekt og et samfunnsprosjekt – skolen skal både utdanne og danne personer som støtter opp om og viderefører samfunnet som politisk prosjekt. Nærmere bestemt, demokratiet (Stray, 2018). Ungdomsskolen kan på dette viset både åpne og lukke dørene for veien og livet videre. Karakterene en oppnår på ungdomsskolen kan dermed sies å være avgjørende for hvilke videregående skoler en kan velge mellom, samt komme inne på. Likeså kan den sosialiseringen – de holdningene og erfaringene en danner seg gjennom ungdomsskolen – være førende for hvilke valg en foretar seg i fremtiden. Fra et sosiologisk perspektiv er temaet interessant fordi det tar for seg hvordan samfunnet ser på, tar vare på og inkluderer en sårbar gruppe – som også er en del av framtidens medborgere. Spesielt kan dette være et sosiologisk anliggende fordi vi har sett en stor økning i andelen diagnostiserte på kort tid – noe som kan tenkes å påvirke samfunnet og skolen på måter vi kanskje ikke har sett på og tenkt på tidligere. Som Kunnskapsdepartementet (2022) visert til, kan slike nye, og potensielt uforutsette, utfordringer kommer til syne gjennom synkende motivasjon og resultater blant ungdomsskoleelever – som muligens kan ses i lys av en lite variert, tilrettelagt og praksisrettet ungdomsskole.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av dette har vi valgt å formulere følgende problemstilling:

Hvordan forholder ungdomsskolen seg til elever med en ADHD-diagnose?

Ordlyden i problemstillingen kan muligens oppfattes som *vid* – gjennom bruken av begrepet *forholder*. Dette er dog et bevisst valg da vi ønsker å se nærmere på dette forholdet fra flere perspektiver. Det kan tenkes at samfunnet, skolen og eleven med ADHD-diagnosen er forbundet i et gjensidighetsforhold som påvirkes av flere forskjellige faktorer. Ved å bruke ordet ‘forholder’ åpner vi opp for å se dette gjensidighetsforholdet gjennom flere innfallsvinkler og perspektiver. Dette anser vi som en nyttig fremgangsmåte når en skal utforske et så komplekst fenomen.

For å konkretisere og utdype problemstillingen, har vi formulert to forskningsspørsmål:

1. *Hvordan opplever skole, PPT og foreldre samarbeidet med hverandre, når det gjelder å tilpasse skolehverdagen for en elev med ADHD-diagnose?*

2. *Hvordan kan ressurser, kunnskap og holdninger knyttet til ADHD-diagnosen ha betydning for eleven?*

Hensikten er at forskningsspørsmålene skal tilby en god innfallsvinkel for å se nærmere inn på hvordan enkeltaktører, i ulike posisjoner i forhold til eleven, ser og oppfatter – forholder seg til – ADHD-diagnosen. Dette for å få flere perspektiver til å utforske hvordan ungdomsskolen forholder seg til elever med ADHD.

1.2 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er delt inn i 6 kapitler. I kapittel 2 presenteres ADHD-diagnosen mer inngående, slik som dets kjernesymptomer, diagnostisering og statistikk. Kapittel 3 inneholder oppgavens teoretiske grunnlag. I kapittel 4 presenteres studiens metode, som er personlige intervju. Vi presenterer også utvalgsprosessen, transkribering, m.m., og begrunner flere av våre metodiske valg. Her viser vi også til flere etiske betraktninger. I kapittel 5 presenteres funnene fra studien. Kapittel 6 er oppgavens diskusjonskapittel, hvor funn blir drøftet i lys av teori. I kapittel 7 vil oppgaven avrundes ved med en konklusjon, og noen avsluttende kommentarer og bemerkninger.

2 Hva er ADHD?

For å sette en ADHD-diagnose i Norge benyttes to forskjellige diagnosesystemer: Det Amerikanske kodeverket DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), og det internasjonale kodeverket ICD-10 (*International Classification of Diseases*) (Fjellså & Karlsen, 2016, s. 33). Det er det sistnevnte klassifikasjonssystemet som er det offisielle i Norge (Tjora, Næss & Levang, 2016, s. 12). Innenfor dette diagnosesystemet blir ikke diagnosen omtalt med betegnelsen 'ADHD', men blir derimot beskrevet som «Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder» (Direktoratet for e-helse, F90-F98, 2023).

Folkehelseinstituttet kategoriserer ADHD sammen med «utviklingsforstyrrelser og nevrologisk sykdom» (FHI, 2014). Det er ulike forklaringer på hvorfor noen får ADHD. Ifølge ADHD Norge (2021) har både arv og miljø en betydning. En av de genetiske forklaringene en har dreier seg om omsetningen av hormoner, som dopamin i hjernen. Studier tyder på at barn med ADHD-diagnosen har redusert mengde dopamin i hjernen, som kan føre til «problemer med å styre oppmerksomheten og oppføre seg i henhold til vanlige sosiale regler for atferd» (ADHD Norge, 2021). Miljøfaktorer kan også ha betydning for barnets utvikling av ADHD, som at mor konsumerer alkohol under svangerskap (FHI, 2018).

Forskningslitteratur har lenge beskrevet symptomer som likner på det som i dag er kjent som ADHD. En kan eksempelvis lese om kliniske vurderinger av hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker fra midten av 1800-tallet (Albrecht et al., 2015, s. 11-12). Eksempelvis ble slike atferdsproblemer knyttet til manglende moralsk kontroll (Albrecht et al., 2015, s. 12). Inn i 1900-tallet ble fenomenet beskrevet som *minimal brain damage* – MBD (Albrecht et al., 2015, s. 12). Altså ble hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker tidligere knyttet til hjerneskade og hjernedysfunksjon. En kan dermed se at den historiske og kulturelle konteksten har hatt innvirkning på både hvordan fenomenet har blitt beskrevet, samt hvordan det med tiden har utviklet seg til ADHD-diagnosen slik den fremstår i dag.

2.1 Kjernesymptomer på ADHD

Ifølge Helsedirektoratet (2020) er det tre kjernesymptomer på ADHD-diagnosen: *Impulsivitet*, *hyperaktivitet* og *konsentrasjonsvansker*. Kort oppsummert innebærer dette at mennesker med

ADHD ofte vil handle på sine impulser, uten at de tenker seg om først. Videre kan de ofte føle seg rastløse, og oppleve mye overdreven fysisk uro i kroppen. Til sist kan de oppleve å streve med å holde oppmerksomheten over lengre tid, og det å konsentrere seg og fokusere på én ting kan være vanskelig (Helsedirektoratet, 2020). Det skal bemerkes at dette er *kjernesymptomer*, og dermed ikke de eneste symptomene en kan ha ved en ADHD-diagnose. Videre kan en også ha én av symptomene, mens de andre kanskje er fraværende.

Det er vanlig at det oppstår *komorbide lidelser*, altså lidelser og vansker som kommer i tillegg til ADHD-diagnosen. Dette kan blant annet være angst, depresjon eller lærevansker (Helsedirektoratet, 2020). Det er med andre ord ofte slik at de som lider av ADHD, også strever med andre vansker.

Der er ulike praksiser for å diagnostisere ADHD. Diagnosen er kompleks, og der er «ingen blodprøver eller biologiske tester som kan påvise ADHD» (Tjora, Næss & Levang, 2016, s. 13), slik man kan i en del andre sykdommer og lidelser. For å stille ADHD-diagnosen, må en ta individets bakgrunnshistorie til betraktning. Dette innebærer å se på oppvekst, oppførsel og atferd, observasjoner gjort på skolen, etc. Videre blir det tatt hensyn til ulike ekspertvurderinger og «pedagogiske, nevropsykologiske og barnepsykiatriske tester» (Bryhn, 2009, s. 22; Tjora, Næss & Levang, 2016, s. 13). For å oppfylle kriteriene for en ADHD-diagnose, må symptomene ha vist seg før fylte syv år, og må ha vedvart i minimum 6 måneder (Næss & Tjora, 2012, s. 81).

Denne måten å bruke observasjoner til å diagnostisere en lidelse på kan være problematisk. Ulike hendelser og opplevelser på hjemmebane, som for eksempel følelsesmessig traume, kan gi utslag i form av stress, konsentrasjonsproblemer, søvnmangel, nedstemthet etc. Dette er symptomer som også passer inn under ADHD-diagnosen, eller andre komorbide lidelser (Banerjee, Middleton & Faraone, 2007, s. 1271). Det kan da tenkes at diagnostisering basert på slike ytre observasjoner kan føre til usikkerhet i diagnosens validitet – og i ytterste konsekvens en mulig feildiagnostisering.

2.2 Hvem får ADHD-diagnosen?

Diagnosesystemene som benyttes for å diagnostisere psykiske lidelser oppdateres stadig, og inkluderer flere og flere lidelser, klassifiseringer og diagnoser. Vi har ikke tilgang til konkrete tall fra Norsk Pasientregister (NPR) som viser detaljer om antall ADHD-diagnostiserte. Vi benytter oss dermed av statistikk fra Reseptregisteret, som viser antall brukere av ADHD-medikamenter.

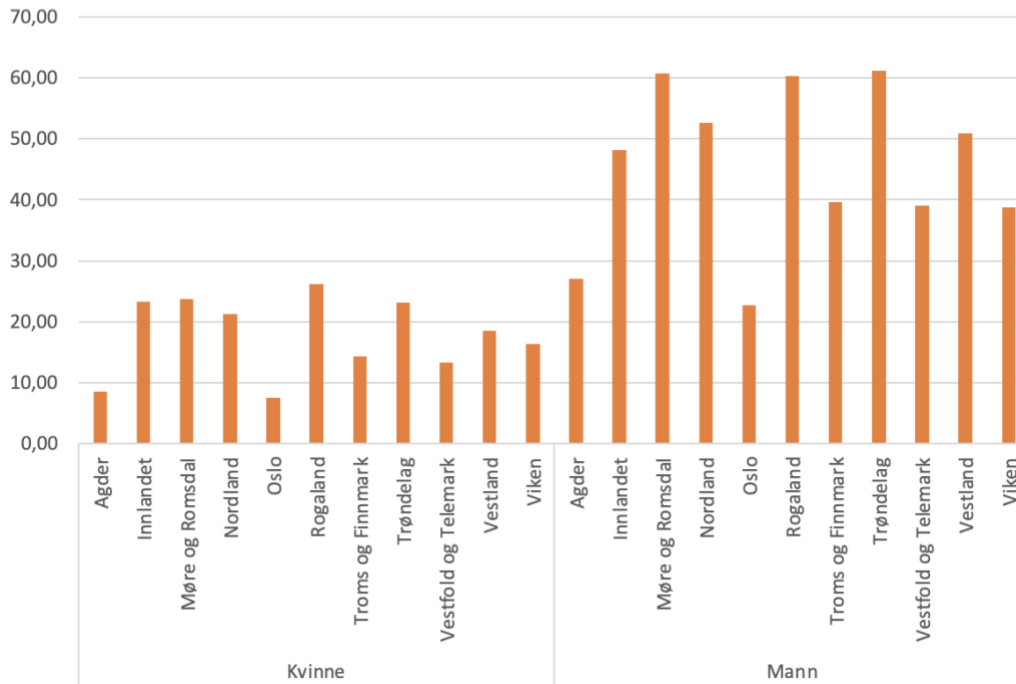
Som Tabell 1 viser nedenfor, har antall medisinerte for ADHD-diagnosen økt ca. 4,8 ganger fra 2004 til 2020 (Reseptregisteret, 2023, 29. mars). Basert på denne økningen, er det naturlig å tenke at antall diagnostiserte også har økt i noenlunde lik grad:

					Antall brukere
ADHD-midler	2004	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	11 879
	2020	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	57 351

Tabell 1 Økning i bruk av ADHD-medisiner. Kilde: Reseptregisteret

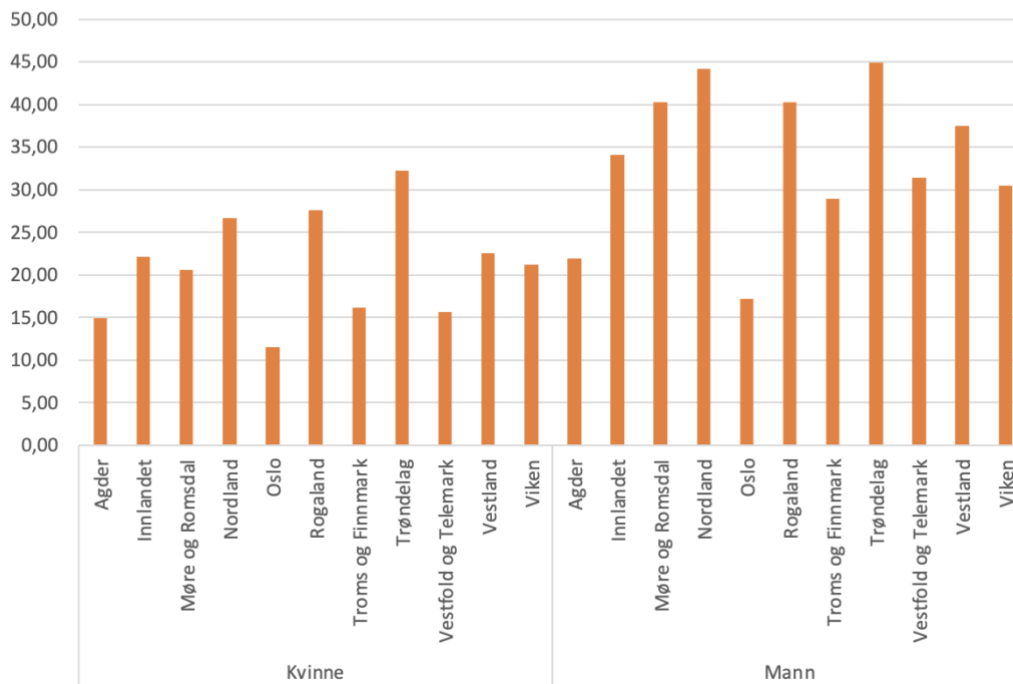
Tabell 1 er et utklipp av en fullstendig utskrift av rapporten som kan ses i vedlegglisen (vedlegg 7). Helsedirektoratet anslår at rundt 3-5% av norsk barn og ungdom under 18 år har ADHD (Helsedirektoratet, 2020). Videre er det forholdsvis store forskjeller mellom jenter og gutter. Ifølge Folkehelseinstituttet har om lag 5,7% av guttene og 2,4% av jentene i alderen 13-17 år en ADHD-diagnose i Norge (Ørstavik et al., 2016, s. 19). Basert på disse tallene vil det i snitt være ca. 1 elev med ADHD-diagnosen i en vanlig ungdomsskoleklasse på 25-30 elever. I tillegg til variasjon mellom kjønn, er det relativt store geografiske forskjeller i diagnosens utbredelse (Reseptregisteret, 2023, 01.04):

ADHD-midler 10-14 år fordelt etter fylke og kjønn. Per 1000 innbygger



Figur 1 Bruk av ADHD-midler hos barn og unge mellom 10 og 14 år. Fordelt etter fylke og kjønn. Per 1000 innbygger. Kilde: Reseptregisteret

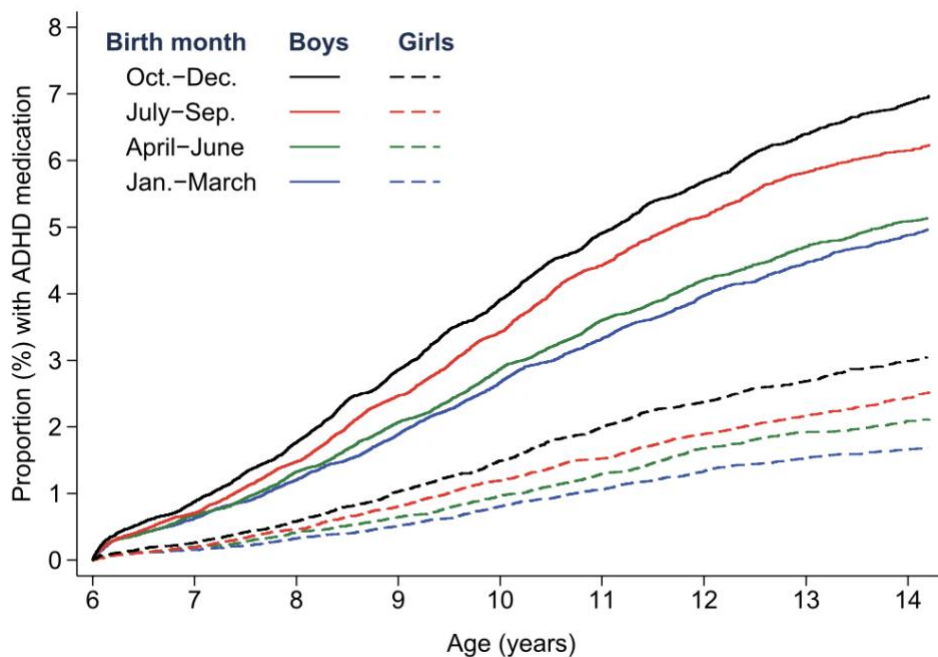
ADHD-midler 15-19 år fordelt etter fylke og kjønn. Per 1000 innbygger



Figur 2 Bruk av ADHD-midler hos barn og unge mellom 15 og 19 år. Fordelt etter fylke og kjønn. Per 1000 innbygger. Kilde: Reseptregisteret

Figur 2 og 3 er basert på tall fra 2020. Det kommer fram at det er relativt store forskjeller mellom kjønn når det kommer til barn og unge som bruker ADHD-medisiner. Tabellene viser også at denne forskjellen minker litt med alderen. Ørstavik et al. (2016) foreslår flere mulige forklaringer på kjønnsforskjellene. Som vist til tidligere, er ADHDs kjernesymptomer innebærer hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer (Helsedirektoratet, 2020). For jenter kan imidlertid diagnosen ofte komme til uttrykk på en annen måte enn hos guttene: Jentene er oftere ikke preget av hyperaktivitet, men er heller innadvendte (Tjora, Næss & Levang, 2016, s. 12). Gutter med ADHD har ofte mer synlige symptomer, og de legges dermed merke til raskere. Det kan dermed tenkes at «færre jenter enn gutter med ADHD fanges opp av spesialhelsetjenesten slik at det oppstår en underdiagnostisering av ADHD hos jenter» (Ørstavik et al., 2016, s. 35).

I tillegg til kjønnsforskjeller, kommer det fram at det også er store geografiske forskjeller i utbredelsen av ADHD-diagnosen. I Folkehelseinstituttets statusrapport kan en lese om både *falsk positive* (for mange får diagnosen), og *falsk negative* (for få får diagnosen) som mulige årsaker til den geografiske forskjellen i ADHD-diagnosen (Ørstavik et al., 2016, s. 34). Det er flere påvirkningsfaktorer en kan se på i forbindelse med over- og underdiagnostisering i fylker. Eksempelvis kan det være ulik tilgang til spesialister, regionale kulturforskjeller, forskjell i hvordan skole og helsevesenet håndterer barn og unge med symptomer på ADHD-diagnosen, etc. Vi vil ikke se nærmere på hvorfor denne forskjellen oppstår, men det er verdt å notere at den er der. Et annet nevneverdig fenomen i ADHD-diagnostiseringsstatistikk, er at en har høyere sannsynlighet for å bli diagnostisert med og medisinert for ADHD jo senere på året en er født (Karlstad et al., 2017, s. 343-344):



Figur 3 Økt bruk av ADHD-medisin etter fødselskvartal.
Kilde: Karlstad et al., 2017, s. 346

Figur 3 viser fordeling av ADHD-medisinering fordelt etter fødselskvartal. Figuren viser at jo senere på året en er født, desto høyere sannsynlighet er det for at en bruker ADHD-medisin. Grafen er basert på barn i alderen 6-14 år. Dette betyr ikke at forskjellene utjevnes etter 14 år, men det var denne aldersgruppen som ble studert (Karlstad et al., 2017, s. 346). En av de foreslåtte forklaringene er at de yngste elevene i klassen er mindre moden enn sine medelever, både når det gjelder det emosjonelle, fysiske og intellektuelle aspektet (Karlstad et al., 2017, s. 348).

2.3 ADHD i et sosiologisk perspektiv

Statistikken og diagnostiseringskriteriene peker på ADHD som en kompleks diagnose. I boka *ADHD og det disiplinerte samfunn* (2016) peker Tjora og Levang på samfunnets utvikling som en viktig spillebrikke i ADHD-utviklingen. Det argumenteres for at dagens samfunn vektlegger arbeidsdisiplin og dermed krever stadig mer oppmerksomhet og konsentrasjon (Tjora & Levang, 2016, s. 6). Gjennom en slik tankegang kan det argumenteres for at ADHD er et resultat av disse kravene, og at diagnosen som stilles er et forsøk for samfunnet å tilpasse seg disse kravene.

En kan også se på ADHD-diagnosen i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Her kan ADHD ses på som en sosial konstruksjon, hvor samfunnets normer og verdier er viktige for hvordan diagnosen både oppfattes og behandles. Slik sett, er ikke ADHD *kun* et resultat av biologiske faktorer, men også preget av samfunnets – aktørenes – forståelse av hva ADHD er og hvordan en skal møte diagnosen. En slik tilnærming til ADHD-diagnosen innebærer at en ser nærmere på at «grensen mellom sykdom (avvik) og helse (normalitet) ikke er definert av *objektive kriterier* alene, men formet gjennom *sosiale prosesser*, eller i vid forstand *samfunnsmessige forhold*» (Tjora, Næss & Levang, 2016, s. 19).

2.4 Skolens oppbygning og struktur

Det er gjennom grunnskolen at nye generasjoner av barn påvirkes og formes. Hva de får med seg av kunnskaper, ferdigheter og erfaringer fra skoletiden, er viktig for hvordan det går med dem senere i livet. Skolen har nok aldri vært viktigere enn nå – med utdanning åpnes en verden av muligheter, men uten er mulighetene færre. Skolen kan dermed sies å være en viktig arena for kunnskapsutvikling, samt en viktig sosialiseringsarena (Midthassel, 2003, s. 13; Ogden, 2020, s. 14).

I Skandinavia har skolen vært en viktig faktor for å utvikle et mer sosialt rettferdig samfunn. I Norge kommer dette til syne gjennom den sterke satsningen på *enhets skolen* (Midthassel, 2003, s. 14). Begrepet enhetsskolen vokste frem på begynnelsen av 1900-tallet. Enhetsskolen ble brukt som en betegnelse på folkeskolen som en felles pliktig skole for alle barn i et geografisk område, mens like muligheter uavhengig av etnisitet, religion og særskilte behov kom etter hvert. Med andre ord var ideen bak enhetsskolen at alle barn skulle få en likeverdig og tilpasset opplæring i et samordnet skolesystem bygd på det samme læreplanverket. Ideen bak enhetsskolen står fast, men slagordene har endret seg over tid, fra «en skole for alle» til «en inkluderende skole» (Midthassel, 2003, s. 13-14; Wendelborg, 2021, s. 13-14).

I motsetning til en del andre land hvor elevene gjerne går ulike utdanningsløp, har Norge hatt som mål å skape en inkluderende skole. Den første lovendringen kom med Grunnskoleloven av 1975 (Midthassel, 2003, s. 14). Med den ble spesialskoleloven av 1952 opphevet og bestemmelse om spesialundervisning ble innarbeidet i den ordinære skoleloven. Barn og unge med behov for spesielt tilrettelagt opplæring ble dermed omfattet av den samme opplæringslov som alle andre barn. Dette var et viktig skritt i arbeidet mot en skole for alle, ettersom barn nå

hadde rett på et tilbud ved sin hjemmeskole (Midthassel, 2003, s. 14). Lovendringene medførte til nedleggelse eller omgjøring av de statlige og kommunale spesialskolene. For å nå målsetningen om å gjøre den norske fellesskolen inkluderende, ble det lagt mer vekt på sosiale og psykologiske aspekter. Elevene skulle ha mulighet til full deltakelse på skolen, de skulle få tilpasset eller tilrettelagt opplæring, samt oppleve tilhørighet til en klasse og trygghet på skolen. Dog har gjennomføringen av inkluderende løsninger vist seg å være noe utfordrende, da standarden er den samme for alle elever, men ikke like oppnåelig for alle (Ogden, 2020, s. 21; Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 53).

2.4.1 Kunnskapsløftet

Skolens mål og struktur endres stadig. Den overordnede delen av læreplanen «beskriver det grunnsynet som skal prege pedagogisk praksis i hele grunnopplæringen» (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 1). Overordnet del kan på så måte sies å være en styringsramme for hvordan skolen skal styres og hva dens hensikt er. Her beskrives blant annet de ulike verdiene og prinsippene som ligger til grunn for opplæring i norsk grunnskole. Blant disse prinsippene er at skolen skal jobbe for et *inkluderende fellesskap og læringsmiljø*, samt basere undervisningen på *tilpasset opplæring* (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 16-17). Prinsippet om inkludering skal sørge for at enkelteleven føler tilhørighet og trygghet i skolen. Et trygt læringsmiljø er en viktig faktor for å fremme læring. Det presiseres at eleven selv har et ansvar i å skape et slikt «læringsfellesskap» (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 16). Prinsippet om tilpasset opplæring skal sørge for at skolehverdagen blir tilpasset den enkeltes evner og behov slik at eleven har mulighet til både «læring og utvikling, uavhengig av deres forutsetninger» (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 17).

Samtidig viser forskning at stadig flere ungdomsskoleelever sliter med motivasjon og stress, i tillegg til at ungdomsskoleelever går ut av skolen med «for svake resultater» (Kunnskapsdepartementet, 2022, s. 1). Ungdataundersøkelsen fra 2021 viser at flere elever ikke bare kjeder seg på ungdomsskolen, men også gruer seg til skolehverdagen (Kunnskapsdepartementet, 2022, s. 1). Kunnskapsdepartementet vil derfor undersøke om hvorvidt det er mulig å få en ungdomsskole som er mer preget av variasjon og praktiske gjøremål (Kunnskapsdepartementet, 2022, s. 1).

Til grunn for det nye kunnskapsløftet ligger Ludvigsen-utvalgets NOU *Fremtidens skole* (Riese, Hilt & Søreide, 2020, s. 176). Riese, Hilt og Søreide (2020) presenterte en kritikk av utvalget og fokuset de la på *den selvregulerte elev* i framtidens skole. Kritikken forfatterne rettet handlet i stor grad om hvordan utvalget skisserte eleven som både sosialt og emosjonelt kompetent, samt selvregulert: «Det dannes her et bilde av en idealelev som har fullstendig kontroll over seg selv og sine egne læringsprosesser» (Riese, Hilt & Søreide, 2020, s. 183). Riese, Hilt og Søreide (2020, s. 183) mener diskursen som føres i norsk skolepolitisk sammenheng legger tunge føringer og forventninger i møte med eleven.

Djupedal og Korshavn (2016, s. 87) argumenterer for at skolen kommuniserer «tydelige forventninger til atferd». Videre er det flere mulige konsekvenser dersom eleven ikke møter disse forventningene. Det viser seg også at det ofte er disse elevene som ender opp med en ADHD-diagnose (Djupedal & Korshavn, 2016, s. 87). Forventningene skolen signaliserer – blant annet gjennom skolestrukturen – kan påvirke den enkelte elev på ulike måter. Dette vil vi se nærmere på i delkapittel 2.4.5.

2.4.2 Opplæring av elever med spesielle behov

Ifølge Ogden (2020, s. 22) har skolen hatt lange tradisjoner for å segregere elever som ikke tilpasset seg, eller som hadde lite utbytte av den ordinære undervisningen. I praksis er det fremdeles elevgrupper som får alternative opplæringstiltak i grunnskolen, og cirka 1700 grunnskoleelever tas ut av klasserommet én eller flere dager i uken. Ogden (2020, s. 22) hevder at de etablerte tiltakene rundt disse elevene strider med skolens intensjoner om å inkludere alle. Dette kan sies å være en økende trend da elevtallet for slike alternative løsninger har økt kraftig over tid, særlig på ungdomsskolen.

Hvordan undervisningen for barn med spesielle behov er organisert er preget av store variasjoner. Denne variasjoner økte muligens på bakgrunn av OT.prp. nr. 67 (2002-03) og Innst. O. Nr.126 (2002-93), der reglene om klassedeling i opplæringsloven ble opphevet. Opplæringslovens § 8-2 første ledd ble omgjort og begrepet «gruppe» innført til fordel for klassebegrepet. Formålet med endringen var å øke det lokale handlingsrommet til kommunene og den enkelte skole. Avviklingen av retten til å tilhøre en klasse ble erstattet av at skolene fikk større handlingsrom til å sette elever sammen i grupper etter behov, men ikke på bakgrunn av elevenes evner, kjønn eller etnisk bakgrunn. Videre hevder Wendelborg (2021, s. 114) at når

man avskaffer retten til å tilhøre en klasse og danner alternative grupper, legger man klare føringer for segregering – til tross for at gruppene skal organiseres i pedagogiske forsvarlige grupper.

Å utskille elever til spesialskoler, spesialklasser, forsterkede avdelinger eller individuelt undervisningsopplegg utenfor klasserommet danner et bilde av at utviklingen av opplæringstilbudet er forbeholdt barn med spesielle behov. Denne type utskilling vektlegger å *reparere* mangler hos individet mer enn å arbeide med systemet slik at det tilpasses individets forutsetninger. Jo færre elever den ordinære undervisningen klarer å tilfredsstille, jo flere blir overført til alternative løsninger utenfor klasserommet for ekstra oppfølging (Wendelborg, 2021, s. 115-117). Økningen av andelen som mottar spesialundervisning, sammenfaller med etterdønningene av PISA-sjokket og kunnskapsløftet som kom i 2016, som forklares nærmere i neste delkapittel (Wendelborg, 2021, s. 115-117). Her viser Wendelborg (2021, s. 117) til at det i skoleåret 2015-2016 var rundt to tredjedeler som fikk spesialundervisning utenfor ordinær klasse.

Wendelborg (2021, s. 118) hevder at barn med særskilte behov blir marginalisert og skjøvet vekk fra klasserommet. En slik segregering er mer skjult, og kan muligens være en av skolenes løsninger for å opprettholde eksisterende praksis og krysspresset mellom inkluderingsideologien og en mer konkurranseorientert og individualisert utdanningsideologi. Uansett forklaring dannes et inntrykk av at skolene sliter med å gi alle elever et tilpasset opplæringstilbud som gjør dem rustet til å mestre egne liv (Wendelborg, 2021, s. 118). Måten skolen organiserer undervisningen for barn med særskilte behov med å ta de ut av det vanlige klasserommet, har en rekke ringvirkninger. Ikke bare på det faglige, men også vennenettverket, den sosiale deltakelsen i skole og fritid, opplevelsen av tilhørighet med jevnaldrende og ensomhetsfølelse (Wendelborg, 2021, s. 119).

2.4.3 En skole i utvikling

Innenfor utdanningsinstitusjonen har det skjedd en rekke endringer de siste tiårene. Siden år 2000 har Programme for International Student Assessment, bedre kjent som PISA-undersøkelsen – i regi av Organisation for Economic Co-operation and Developments (OECD) – målt elevers kompetanse ved endt grunnskole i lesing, matematikk og naturfag (Lillejord, 2015; Utdanningsdirektoratet, 2020).

Den første PISA-undersøkelsen fra år 2000 beskrives som et sjokk, da den fremla dårligere resultater enn forventet. Som følge av resultatene ble det stilt spørsmål til grunnskolens kvalitet (Dal, 2012, s. 58-59). Norske politikere innførte dermed flere tiltak innenfor rammen av reformen Kunnskapsløftet fra høsten 2006, med vekt på grunnleggende ferdigheter, nye lærerplaner i alle fag og økt innsats for formativ vurdering (vurdering for læring) (Lillejord, 2015). Denne endringen førte til en satsning på fellesfagene som norsk, matematikk, naturfag m.fl. Som følge av dette ble det innført en rekke kompetansemål i alle fagspesifikke læreplaner, som for eksempel målsetninger for hva eleven skal ha lært etter de ulike trinnene (Utdanningsdirektoratet, 2022b). Sentralt i fagplanen står også egne grunnleggende ferdigheter; skriving, lesing, regning, muntlig kompetanse og digital kompetanse, som gjelder for alle fag og trinn (Utdanningsdirektoratet, 2022b).

Utviklingen i skolen samsvarer med satsningen på det nye kunnskapssamfunnet, hvor en ønsket å produsere kunnskaper innenfor blant annet forskning og utvikling (Dal, 2010, s. 21-22). Fagplanens standardisering av fag, mål og ferdigheter bidrar på denne måten å gjøre utdanningsinstitusjonen smalere ved å tydeliggjøre hvilke kunnskaper som oppfattes som viktige og legitime i møte med kunnskapssamfunnet. Videre kan en smalere skole ha innvirkning på hvordan fagpersoner møter mangfoldet i skolen (Djupedal & Korshavn, 2016, s.93).

Grunnskolens oppbygning utvikles og endres over tid hvor blant annet nye fag legges til, mens andre fjernes. Dette har også medført en endring i timefordeling på ungdomsskolen. Siden Læreplanverket fra 1997 har det vært en økning i minstetimetallet på ungdomsskolen. De fagene som har mistet flest timer er de praktiske og estetiske fagene, som *kunst og håndverk*. I tillegg har *musikk, mat og helse* og *kroppsøving* hatt en nedgang. På motsatt side har de tunge teoretiske fagene norsk og matematikk nesten uendret timeantall:

FAG	L97	LK2020	REDUKSJON I %
KRLE	185,25	153	17.41
NORSK	399	398	0.25
MATEMATIKK	313,5	313	0.16
NATURFAG	256,5	249	2.92
SAMFUNNSFAG	285	249	12.63
KUNST HÅNDVERK	OG 171	146	14.62
MUSIKK	85,5	83	2.92
MAT OG HELSE	85,5	83	2.92
KROPPSØVING	228	223	2.19
SAMLET MINSTETIMETALL	2565	2622	+ 2.2

Tabell 2 Timeantall oppgitt i 60.minuttere.

Tall for L97: Det kongelige kirke-, utdannings- og forskningsdepartement, 1996, s. 81.

Tall for LK20: Utdanningsdirektoratet, 2022a, s. 16.

Økningen i det totale timeantallet på skolen har foregått over flere tiår. Ifølge Djupedal har dette skjedd i jaget etter «kunnskapssamfunnet» (Djupedal, 2022, s. 29). Den totale økningen av timeantall i hele grunnskole mellom 1990 og 2008 tilsvarer to hele nye skoleår. Her skal det påpekes at mesteparten av denne økningen ligger på barnetrinnet (1.-4. klasse) (Djupedal, 2022, s. 36). Likevel er norske skoleelever er lengre på skolen enn noensinne. Riese, Hilt og Søreide (2020, s. 85), argumenterer for at når skolehverdagen – og skoleløpet – stadig blir lengre, «trengs det tiltak som gjør skolehverdagen utholdelig både for ukonsentrerte barn, deres medelever og lærere». Djupedal (2022, s. 33) hevder videre at disse store endringene i timeplanen har skjedd i takt med en «økende skepsis til kvaliteten i norsk skole». Denne 'kvaliteten' gjelder skolens evne til å utdanne elever med god nok og riktig kunnskap. Det er sterke skolepolitiske føringer som ligger til grunn for disse endringene: «Lavt timetall ble trukket fram som årsak til dårlig kvalitet og svake testresultater, samtidig som timetallet ble et av tiltakene som ble satt inn for å bedre resultatene» (Djupedal, 2022, s. 37).

2.4.4 Økonomi

Forvaltningsmessig kan skolen beskrives som en organisasjon hvor økonomi og politisk makt er fordelt på ulike nivåer. På det øverste nivå er staten og regjering, som fremlegger og beslutter sentrale lover og læreplaner for hele grunnskolen i Norge. På neste nivå er kommunene og fylkeskommunene, som er skoleeiere. Som skoleeier har kommunen og fylkeskommunen det formelle ansvaret for kvaliteten i skolen, som å ha nødvendig og riktig kompetanse i virksomheten. På det siste nivået er kommunesektorens organisasjon – KS. KS er kommunesektorens interesseorganisasjon, hvor alle kommuner og fylkeskommuner er medlemmer. KS forhandler blant annet ressursbestemmelser, læretid og arbeidstid til skoler og lærere, på vegne av kommunen og fylkeskommunen (Midthassel, 2003, s. 16; Laugerud, 2019, s. 112; Kommunesektorens organisasjon, 2022). Realiseringen av myndighetenes politikk skal dermed foregå på et annet forvaltningsnivå enn der det er besluttet.

Økonomi innenfor norske skoler er et tema som ofte forekommer på dagsordenen. Fram til 1986 fikk grunnskolen økonomiske tilskudd som øremerkede midler (Midthassel, 2003, s. 16). Det ga staten en styringsmulighet på det økonomiske området. Som et ledd i en desentraliseringspolitikk fikk kommunene etter dette rammeoverføringer. Dette medførte at skolene nå kjemper om økonomiske midler på lik linje med andre kommunale virksomheter. Det kan muligens skape store forskjeller mellom kommunene, da det kan være ulik forståelse av hva som burde prioriteres. Dagens ordning krever at det er enighet om prioriteringer av midler mellom de ulike forvaltningsnivåene, hvor det er hovedforhandlinger hvert andre år (Midthassel, 2003, s. 16).

I velferdsstaten Norge har diagnoser en administrativ funksjon. Barn, med for eksempel en ADHD-diagnose, har gode muligheter for å motta økonomiske trygdeytelser, behandling og rett til spesialundervisning (Osvold, 2017, s. 64-65). Dermed kan det anses som hensiktsmessig for de på skolefeltet – kommune, skole, skoleledelse og lærer – å få påvist diagnosen hos barnet. Næss og Tjora (2012) viser til intervju med lærere som påpeker at skolens strukturelle føringer drar i retning av diagnostisering og medisinerings, som følge av økt resultatpress, fagplaner, forventinger og sammenlikninger. Med andre ord kan det lønne seg å stille en diagnose som kan utløse økonomiske ressurser som kan lette utfordringene for både elev og lærer (s. 82-83).

2.4.5 Målorientert og resultatorientert skole

I skolen kan prestasjonspress påvirke elevenes mentale helse og selvvverd. Skaalvik og Skaalvik (2021) hevder at prestasjonspresset i skolen er et resultat av verdier og forventninger som eleven opplever både i og utenfor skolen. Skolen og samfunnet sender signaler til elevene om hva som er viktig og verdifullt (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 50). Videre kan et økt prestasjonspress i skolen blant annet føre til nedstemthet, utmattelse og lavere selvvverd hos elever. Nedstemthet kan være et forvarsel om depresjon. Utmattelse karakteriseres som en følelse av nedstemthet og mangel på energi. Selvvverd går ut på å sette verdi på seg selv, å respektere og akseptere seg selv. Individuer med lavere grad av selvvverd kan være usikre, forsiktede, redde for å begå feil og opptatt av hvordan andre oppfatter en (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 49-50).

Skolens *målstruktur* forteller oss noe om signalene skolen sender til elevene om hva som er viktig og verdifullt, altså et uttrykk for skolens verdigrunnlag (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 50-51). Disse signalene sendes til elevene på ulike måter fra forskjellige kilder – både på samfunnsnivå, skolenivå og klassenivå. På samfunnsnivå sendes det signaler om hva som er gjeldende innenfor skole og utdanning, gjennom den offentlige skoledebatten, iverksatte skolevurderinger og gjennom planer og forskrifter. Den enkelte skole og lærer sender også, bevisst eller ubevisst, signaler til eleven om hva som er viktig i skolen gjennom deres praksis – som ved kommentarer og tilbakemeldinger. Videre er denne praksisen i noen grad kontrollert politisk gjennom planer, forskrifter og nasjonale- og internasjonale tester. Noen praksiser blir dermed lik for alle skoler, mens andre varierer fra skole til skole på bakgrunn av skolens egen autonomi (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 51).

Når en snakker om skolens målstruktur, kan en i følge Skaalvik og Skaalvik (2021, s. 52) skille mellom to ulike typer målstruktur; en *prestasjonsorientert målstruktur* og en *læringsorientert målstruktur*. En læringsorientert målstruktur kjennetegnes ved at skolen sender ut signaler om at en vektlegger forståelse og kunnskap, innsats, individuell forbedring, og at den oppfordrer elevene til å sette seg egne individuelle mål. Elevene veiledes på bakgrunn av deres egne mål, hvor resultatene deres vurderes opp mot disse målene. Prøver og tester fungerer slik kun som veiledende – for både lærer og elev (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 52). Suksess i en læringsorientert målstruktur forstås som fremgang, utvikling og individuell måloppnåelse – en erkjennelse av at man ikke kan forlange mer av elevene enn at de gjør så godt de kan (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 53).

I en prestasjonsorientert målstruktur legger skolen størst vekt på elevens resultater, hvor resultatene veier mer enn innsats og strategier. Skolen benytter seg hyppig av nasjonale- og internasjonale prøver, og at elevenes resultater på slike tester sammenliknes med andre skoler og klasser (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 52). Med andre ord verdsettes samarbeid, innsats og strategier for problemløsning i mindre grad enn selve resultatet. En slik målstruktur gir dermed signaler om at elevene verdsettes ut fra egne prestasjoner. Videre er suksess innenfor den prestasjonsorienterte målstrukturen beskrevet som å gjøre det bedre enn andre. Det vil si å ha de beste resultatene, men også om å nå en forhåndsbestemt standard. Standarden er den samme for alle elever, men den er ikke like oppnåelig for alle (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 53).

Ifølge Skaalvik og Skaalvik (2021, s. 50) kan skolen sies å være prestasjonsorientert. Dette vitner også om et prestasjonsorientert samfunn, ettersom skolen utvikler seg i tråd med de signalene og verdier vi har i samfunnet. Videre overtar elevene skolens verdier og vurderingskriterier – som igjen har betydning for hvordan de vurderer seg selv (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 60).

Utviklingen mot en mer prestasjonsorientert skole kan ses i sammenheng med Norges tilslutning til OECD i 1982. Bruk av nasjonale og internasjonale prøver, slik som PISA, har ført til mer sammenlikning av skoler. I tillegg har det dannet en oppfatning om at kvaliteten på opplæringen i den norske skolen er for dårlig. Videre dannes en forståelse av at elevene lærer for lite i skolen, og at skoleledere og lærere må stilles til ansvar for elevenes resultater (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 61). Den sentrale tendensen rundt målstyring er at styringen skjer gjennom å definere mål for opplæringen kombinert med tester for å kontrollere at målene er nådd. Konkurransen og offentliggjøring av resultater var ment å fremme motivasjon og læring, men ifølge Skaalvik og Skaalvik (2021, s. 62) har dette hatt motsatt effekt på elevene. Riese, Hilt og Søreide (2020, s. 178) argumenterer også for at slik måling av elevens prestasjon kan brukes for å sammenlikne skolene i Norge, samt på tvers av våre landegrenser.

2.5 Innfallsvinkler for å forstå ADHD

Der er altså flere mulige innfallsvinkler for å forstå ADHD-diagnosen. En kan se på det gjennom et medisinsk perspektiv, som tar utgangspunkt i biologiske og genetiske faktorer. Til tross for mye forskning, er der likevel ingen fasitsvar å finne på hva som er årsaken til ADHD. Ulike forskningsmiljøer ser på ADHD-diagnosen med egne briller og har dermed ulike

oppfatninger. De ser på forskjellige faktorer som varierer fra genetik, til traumer, samfunnsendringer og det sosiale miljø. Ingen har så langt klart å finne det såkalte «årsaks-genet» (Tjora, Levang & Ness, 2016, s. 13-15) til ADHD.

En kan også innta ulike sosiologiske ståsteder når en skal se nærmere på ADHD-diagnosen. En kunne eksempelvis inntatt et konfliktteoretisk perspektiv, og sett nærmere på Bourdieus kapitalbegrep i forbindelse med diagnosen. Vi har i denne oppgaven valgt å se på fenomenet gjennom en sosialkonstruktivistisk tilnærming, hvor en antar at fenomenet er «formet gjennom *sosiale prosesser*» (Tjora, Næss & Levang, 2016, s. 19). Målet er at en slik tilnærming vil kunne tilby noen mulige forståelser for hvordan elever med ADHD blir behandlet og forstått i ungdomsskolen. For å gjøre dette har vi benyttet oss av de teoretiske begrepene *normalitet* og *medikalisering*. Videre har vi også valgt å benytte oss av Michel Foucaults diskurs- og maktteori for å belyse hvordan, samt hvem, som danner det dominerende kunnskapssynet om ADHD-diagnosen.

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for det teoretiske grunnlaget for denne studien. Vi vil starte med å presentere den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen som tar høyde for at mennesket skaper samfunnet, samtidig som samfunnet skaper mennesket (Berger & Luckmann, 2000, s. 9). Basert på et helsesosiologisk perspektiv, vil en få et innblikk i at den kulturelle konteksten kan spille en stor rolle i hvordan en sykdom blir oppfattet og behandlet i et samfunn (Conrad & Barker, 2010, s. 67). Videre vil vi se på begrepene *normalitet og avvik*, som kan bidra til å forstå hvordan et fenomen, en sykdom etc., blir forstått som avvikende og potensielt uønsket – fordi det måles mot noe som anses som «normalt» (Grue, 2016, s. 84-88). Vi vil også se nærmere på begrepet *medikalisering*, som viser til hvordan stadig flere sider av menneskelivet blir et medisinsk anliggende, samt hvilke implikasjoner dette kan ha for enkeltindividet og samfunnet (Lian, 2012, s. 38). Videre vil vi vise til Foucaults begreper om *diskurs og makt*, samt *godhetsdiskursen* (Østrem, 2012, s. 63-65), for å få et innblikk i hvordan diskursen rundt eleven med ADHD-diagnosen og diskursen i skolen kan ha noe å si for hvordan skolen forholder seg til eleven med en ADHD-diagnose.

3.1 Sosialkonstruktivisme

Sosialkonstruktivismen kan være et fruktbart teoretisk rammeverk til å forstå tematikk relatert til ungdomskolelever med ADHD-diagnose. Basert på en sosialkonstruktivistisk forståelse kan en sette søkelyset på hvordan ADHD som diagnose og fenomen – og de tanker og holdninger rundt – blir konstruert i et sosialt samspill i samfunnet – og i skolen.

Conrad og Barker (2010, s. 67) beskriver sosialkonstruktivismen som et *konseptuelt rammeverk* hvor det legges vekt på kulturelle og historiske aspekt ved et fenomen, og vektlegger at et fenomen «utvikler seg gjennom interaksjon i en sosial kontekst». Conrad og Barker (2010, s. 67) understreker videre at individer og grupper – gjennom interaksjon i en sosial kontekst – bidrar til å produsere den virkeligheten man opplever, samt opplevd kunnskap. Med andre ord kan en si at man gjennom en sosialkonstruktiv tilnærming, søker å utforske hvordan samfunnsaktørene bidrar til produksjonen av den sosiale virkeligheten og kunnskapen. Sosialkonstruktivistisk forståelse utfordrer ideen om at kunnskap og virkelighet er objektiv og universell, og argumenterer heller for at dette både er relativt og kontekstavhengig – altså at

virkelighetsoppfattelsen og oppfattelse for hva som er «sann» kunnskap vil variere mellom samfunn, kulturer, tidsepoker og personer.

Et velkjent eksempel for å illustrere sosialkonstruktivistisk tankegang er *føflekken*. Selv om alle kan se at føflekken er til stede i en objektiv forstand, vil ulike kulturer kunne tillegge ulike meninger til den objektive realiteten. Mens ett samfunn kan se på føflekken som et skjønnhetstrekk, kan et annet knytte den til risikofylt soling og, til og med livsfarlig hudkreft som må opereres. En kan også belyse ungdomsskolen gjennom et slikt perspektiv. Mens karakterer eksisterer som en objektiv realitet (et pennestrøk over et papir), kan elevens tolkning av resultatet være påvirket av hans bakgrunn; kulturelle normer og verdier, forventninger, etc. Karakteren kan også ses i lys av samfunnets forventninger, kunnskapssyn osv.

3.1.1 Den samfunnsskapte virkelighet

Da en viktig del av denne besvarelsens teoretiske grunnlag hviler på et sosialkonstruktivistisk ståsted, vil vi vise til Berger og Luckmanns *Den Samfunnsskapte Virkelighet* (2000). Berger og Luckmann (2000) beskriver et gjensidighetsforhold mellom individ og samfunn: «Samfunnet er et menneskelig produkt. Samfunnet er en objektiv virkelighet. Mennesket er et sosialt produkt» (Berger & Luckmann, 2000, s. 9).

Som Aakvaag (2008) forklarer, har Berger og Luckmann (2000) skissert en sosial reproduksjonssirkel hvor det 'handlende' mennesket *eksternaliserer* seg i en verden. Disse handlingene danner over tid grunnlaget for *institusjonalisering*, som skaper en «tilsynelatende objektiv sosial verden» (Aakvaag, 2008, s. 90) – en *objektivering* av virkeligheten. De sosiale normene og verdiene reproduseres gjennom institusjonenes sosialisering – eller *internalisering* (Aakvaag, 2008, s. 87-90).

3.1.1.1 Samfunnet som et menneskelig produkt

Berger og Luckmann (2000) bygger på en forståelse om at samfunnet blir til som et menneskelig produkt gjennom den interaksjonen og kommunikasjonen mennesker gjør mellom hverandre. Eksempelvis blir en skole til gjennom den kommunikasjonen som gjøres mellom lærere, elever, ledere, politikere, etc.: «Et sosialt system som en skole eksisterer således bare

fordi mennesker kommer sammen i konkrete situasjoner og «gjør skole» sammen» (Aakvaag, 2008, s. 87). Altså har *skolen* kun kommet til eksistens fordi handlende aktører gjør noe *sammen*. Slik er vi alle aktive aktører som produserer samfunnet. Den virkeligheten vi lever i kan, slik forstått, sies å være skapt av menneskene som er en del av den. Den sosiale ordenen og samfunnet, «skapes av mennesket i en prosess der det hele tiden eksternaliseres seg» (Berger & Luckmann, 2000, s. 68). Gjennom aktiviteter, interaksjon og handling både skaper vi – og opprettholder vi – den virkeligheten vi kjenner til. Som Aakvaag (2008, s. 87) forklarer, skapes sosiale fenomener (vår virkelighet, samfunnet, institusjoner, etc.) ved at aktører foretar konkrete handlinger i konkrete situasjoner, på bakgrunn av den kunnskapen de har.

Vår *hverdagsvirkelighet* bygger på en spesifikk kunnskap «som styrer vår atferd i hverdagen» (Berger & Luckmann, 2000, s. 40). Vår virkelighetsoppfattelse, og dets kunnskapsgrunnlag, er betinget av vår bakgrunn: «Det som er «virkelig» for en tibetansk munk er kanskje ikke «virkelig» for en amerikansk forretningsmann. Den kriminelles «kunnskap» er forskjellig fra kriminologens «kunnskap» (Berger & Luckmann, 2000, s. 25). Det samme kan muligens sies om kunnskapen til læreren, i forhold til kunnskapen til eleven. Hvert menneske møter verden og omgivelsene med det kunnskapsgrunnlaget det har. Videre hviler virkelighetsoppfatningen på et kunnskapsgrunnlag som skapes gjennom sosial interaksjon (Berger & Luckmann, 2000, s. 48-52). Språk blir spesielt utpekt som en essensiell del av vår kunnskapsproduksjon, og dermed også viktig i vår konstruksjon av virkeligheten. Gjennom språket formidles og opprettholdes vår forståelse av virkeligheten – som innebærer kunnskap, normer og verdier (Berger & Luckmann, 2000, s. 53). Uten språket hadde en ikke kunnet organisert sosiale grupper, fenomener etc.: «Enkelt sagt kan en hel verden når som helst aktualiseres gjennom språket» (Berger & Luckmann, 2000, s. 57).

I kommunikasjonssituasjoner organiseres den komplekse hverdagsvirkeligheten i mentale 'kategorier' og 'kart' – *typeinndelinger* eller *typeskjemaer*. Aktøren skaper kategorier av mennesker og objekter basert på karakteristikk, som egenskaper. I skolen kan eksempelvis læreren kategorisere andre mennesker som «elev», «kollega», «sjef» etc. Ved hjelp av slike kategoriseringer kan en skape dypere inndelinger eller grupperinger. Eksempelvis kan læreren oppleve at den ene eleven i klassen som er litt 'hyperaktiv' og 'bråkete', også har diagnosen ADHD. Læreren kan dermed plassere disse kategoriene sammen, til å i fremtiden tenke at ADHD *innebærer* hyperaktivitet og bråk. Videre, bruker en disse typeinndelingene til å kunne forstå og forholde seg til omgivelsene, slik at en kan navigere i virkeligheten (Berger & Luckmann, 2000, s. 50-52). Slike inndelinger «vil være bestemmende for mine handlinger»

(Berger & Luckmann, 2000, s. 50). Den sosiale strukturen – samfunnet – er således en samling av slike typeinndelinger, og «de tilbakevendende interaksjonsmønstrene som er skapt ved hjelp av dem» (Berger & Luckmann, 2000, s. 52). Denne virkeligheten blir videreutviklet etter hvert som mennesker kommuniserer med hverandre, som gjør at typeskjemaene blir utfordret og dermed utviklet (Berger & Luckmann, 2000, s. 50).

3.1.1.2 Samfunnet som en objektiv realitet

Samtidig som samfunnet er et menneskelig produkt, argumenterer Berger og Luckmann (2000) for at samfunnet eksisterer som en objektiv virkelighet. Med andre ord, vil det mennesket har eksternalisert – det menneskeskapt – oppleves som en objektiv realitet. Dersom en følger Aakvaags (2008, s. 67) eksempel om å «gjøre skole», har så dette blitt en objektiv realitet gjennom *institusjonalisering*: «Det objektive samfunnet» eksisterer fordi samfunnet er et produkt av menneskelig handling *over tid*: «All menneskelig aktivitet er underlagt vanedannelse» (Berger & Luckmann, 2000, s. 69). Individet og grupper av individer gjentar enkelte ‘handlinger’ ofte nok, slik at de med tiden blir til ‘vaner’. Når flere aktører deler slike vaner vil disse skape grunnlaget for *institusjoner*, som familie, religion, utdanning, etc. Ifølge Aakvaag (2008, s. 88), kan institusjoner ses på som «en standardisert, meningsfull og normregulert måte å gjøre bestemte ting på», hvor institusjonen eksisterer på bakgrunn av ulike medlemmers deltakelse. Institusjonen må videre bestå av «et *kulturelt reservoar (...); roller (...); sanksjoner (...)* og en symbolsk *legitimering* (Aakvaag, 2008, s. 88). Gjennom kriteriet om et kulturelt reservoar, kan en se på skolens fysiske omgivelser, som pulter og tavler. Disse bidrar til at medlemmene skaper en felles situasjon om at de faktisk er i et klasserom. Videre er det klare etablerte roller i skolen; det skilles mellom lærere og elever. Ulike roller medbringer også ulike rolleforventninger, samt ulike normer og regler tilknyttet rollen. Medlemmene vet også at der venter ulike sanksjoner dersom rolleforventningene og normene brytes, som i skolen kan være nedsatt ordenskarakter, gjensitting, etc. Til sist, kan utdanningsinstitusjonen sies å legitimere måten den drives på gjennom symboler og språkbruk, som eksempelvis illustrert gjennom forskrifter, lover, læreplaner, etc.

Slik vil institusjoner sette rammer for måten menneskene i samfunnet handler og tenker på: institusjonene internaliserer de normer og verdier i individet, gjennom sosial interaksjon med andre aktører i samfunnet (Berger & Luckmann, 2000, s. 135-150). Videre, vil institusjonene

bli værende i samfunnet både før vår fødsel, og etter vår død – som bidrar til at slike strukturer eksisterer i samfunnet som en *objektiv realitet* (Berger & Luckmann, 2000, s. 75).

Berger og Luckmann (2000) beskriver prosessen der sosiale konstruksjoner over tid blir ansett som *objektive*, gjennom *objektivisering*. Aktøren tar objekter og fyller disse med subjektiv mening: «Jeg er konstant omgitt av objekter som «proklamerer» mine medmenneskers subjektive hensikter, selv om jeg ikke alltid er helt sikker på hva et spesielt objekt «proklamerer»» (Berger & Luckmann, 2000 s. 53). I skolen kan en eksempelvis se på prøven læreren gir til elevene. Selve papiret kan ikke proklamere – erklære, uttrykke – noe som helst. Det symboliserer imidlertid hva læreren mener er viktig kunnskap i dette faget eller temaet, og viser til hva som kan anses som vellykket læring. Slik kan prøver ses på som en praksis som bidrar til å konstruere en felles virkelighet. Objektet (prøven) har slik en symbolsk verdi – som reflekterer kulturelle og sosiale normer, forventninger og verdier – som jo formidles gjennom interaksjon om kommunikasjon. Når objektivisering er med på å skape en felles virkelighetsoppfattelse, er det også en viktig brikke i hvordan vi forstår og tolker hverandre (Berger & Luckmann, 2000, s. 53-54). Denne prosessen av objektivisering bidrar til å skape og opprettholde den forståelsen vi har av vår hverdagsvirkelighet, som blir *forstått* som «sann», eller «objektiv». Objektivisering beskriver altså en prosess der sosiale konstruksjoner over tid blir ansett som *objektive* – uavhengig av menneskets handlinger og oppfatninger. Gjennom denne prosessen kan et fenomen, gjennom sosial konstruksjon, bli oppfattet som en *uforanderlig realitet*.

3.1.1.3 Mennesket som sosialt konstruert

Mens mennesket skaper samfunnet, skaper samfunnet mennesket. Berger og Luckmann (2000, s. 135) beskriver at samfunnsmedlemmet «eksternaliserer sitt vesen inn i den sosiale verdenen samtidig som det internaliserer den som en objektiv virkelighet». Slik sett kan en tenke at eksternalisering og internalisering er i et slags gjensidig avhengighetsforhold, hvor den ene påvirker den andre – og motsatt. Samfunnsaktøren skapes og utvikles av den sosiale interaksjonen og kommunikasjonen: «Proessen med å bli menneske foregår (...) i et gjensidig forhold til omgivelsene» (Berger & Luckmann, 2000, s. 65). Berger og Luckmann (2000) beskriver videre hvordan mennesker utvikles etter spesifikke kulturelle og sosiale ordener, og er videre «underlagt en kontinuerlig sosialt bestemt innblanding» (Berger & Luckmann, 2000,

s. 65). Enkeltindividet er således et sosialt produkt, hvor en også må forstå det konkrete sosiale kontekstens grunnlag for å forstå individet fullt ut (Berger & Luckmann, 2000, s. 67).

Berger benyttet begrepet 'nomos' for å beskrive de grunnleggende normene, verdiene og forestillingene som styrer vår atferd og oppfatninger (Harste & Mortensen, 2013, s. 225). Ifølge Harste og Mortensen (2013) hevder Berger og Luckmann «at menneskers opplæring til sosiale individer foregår gjennom sproget, og at en uendelig række af den sociale ordens normer er af sproglig karakter» (Harste & Mortensen, 2013, s. 228). Gjennom en slik forståelse, internaliseres 'den sosiale ordens normer', «virkeligheten», i individet gjennom språket. Som Berger og Luckmann (2000, s. 135) beskriver, er ikke individet automatisk et samfunnsmedlem ved fødsel, men *blir* til et samfunnsmedlem. Normer, verdier og virkelighetsoppfattelse blir videreført gjennom sosialisering: «Alle individer blir født inn i en objektiv sosial struktur der det møter de signifikante andre som har ansvaret for dets sosialisering» (Berger & Luckmann, 2000, s. 136-137). Gjennom primærsosialiseringen formidler (ofte) familien viktige byggesteiner for å være et samfunnsmedlem, som språk, moralske verdier, etc. Virkelighetsoppfattelsen modifiseres så når 'de signifikante andre' formidler den, og etter hvert som individet selv gjør tilpasninger etter hva som møtes i verdenen (Berger & Luckmann, 2000, s. 136). Sekundærsosialisering tillater – nødvendigvis – arbeidsfordeling og fordeling av kunnskap (Berger & Luckmann, 2000, s. 142-143). Via sekundærsosialisering internaliseres ulike institusjonelt-spesifikke normer og verdier, som eksempelvis gjør at individet er i stand til å fungere i arbeidslivet (Aakvaag, 2008, s. 90). Med andre ord, internaliseres de normene og verdiene (nomos) 'samfunnet' har – gjennom det sosiale språket. Slik er mennesket og individet et produkt av det sosiale – samfunnet.

Berger og Luckmann (2000) har slik skissert en oppfatning om at samfunnet eksisterer både som objektiv og subjektiv virkelighet. Slik presenterer de et forhold mellom individ og samfunn som en evig runddans basert på kommunikasjon og interaksjon mellom aktørene. Forholdet er gjensidig påvirket av hverandre: samfunnet skapes av mennesker, samtidig som samfunnet skaper mennesket. Berger og Luckmann benytter begrepene *eksternalisering* – for å beskrive hvordan samfunnet er et sosialt produkt, *internalisering* – for å forklare hvordan individet er samfunnskapt, og *objektivering* for å vise til hvordan samfunnet eksisterer som en objektiv realitet (Harste & Mortensen, 2013, s. 227). Dette er begreper som likevel ikke bør ses på som uavhengige av hverandre, da dette er prosesser og fenomener som er gjensidig avhengig av hverandre. Kortere oppsummert, byr Berger og Luckmann (2000) på en samfunnsforståelse hvor alt er konstruert gjennom sosiale interaksjoner med hverandre – som fører til at normer og

verdier blir til roller og vanedannelser – som fører til institusjonalisering – som kun er mulig gjennom språklig overføring av kunnskap (Mather, 2012, s. 15).

3.2 Et sosialkonstruktivistisk perspektiv på helse

Ifølge Conrad og Barker (2010, s. 67), har et sosialkonstruktivistisk perspektiv på helse og sykdom tilført viktige aspekter for forståelsen av dem. Conrad og Barker (2010, s. 67) peker på spesielt tre aspekter: For det første, er enkelte sykdommer ilagt kulturell mening og betydning, «som former hvordan samfunnet responderer til de rammede, og påvirker opplevelsen av denne sykdommen» (Conrad & Barker, 2010, s. 67, egen oversettelse). Conrad og Barker (2010) argumenterer for at den kulturelle konteksten kan spille en stor og viktig rolle i hvorvidt ulike sykdommer gis signifikans i samfunnet – samt hvilken mening den aktuelle sykdommen får. Gjennom en slik tilnærming hevdes det ikke at tilstanden ikke eksisterer, men at den sosiale responsen påvirker hvordan lidelsen oppfattes i samfunnet. Ulike kulturer oppfatter sykdommer og tilstander ulikt, som eksempelvis kan påvirke hvorvidt sykdommen blir stigmatisert og om hvorvidt de berørte vil søke helsehjelp (Conrad & Barker, 2010, s. 69-70). Dette kan innebære at det et samfunn ser på som en sykdom eller et helseproblem, ikke nødvendigvis blir oppfattet på samme vis i et annet samfunn. Mather (2012, s. 23-24) viser også til at det sosiale samfunnet kan ha en signifikant rolle i hvordan barn og unge med ADHD-diagnosen blir behandlet, og hvorvidt de blir stigmatisert. Dette aspektet kan muligens også bidra til å gi en forståelse for hvordan *noe* blir medikalisert, mens *noe* ikke, slik Lian (2012, s. 44) stiller spørsmål til. Dette aspektet kan potensielt også være fruktbart for å se nærmere inn på hvordan noen sykdommer og diagnoser vinkles, eksempelvis i media (Isaksen, 2012, s. 100), og hvordan *noen* sykdommer og diagnoser gis mer oppmerksomhet enn andre.

Conrad og Barker (2010) bruker både begrepet «illness» og «disease». Dette er to begreper som er vanskelig å oversette direkte til norsk. Hofmann og Wilkinson (2016, s. 1125) tilbyr «ulike betegnelser som har vært brukt for det faglige, det personlige og det samfunnsmessige perspektivet på sykdom». *Disease* blir her forklart som et begrep som brukes for å b.la. beskrive en «Objektivt påviselig sykdom» og «Legens diagnostiske kategori» (Hofmann & Wilkinson, 2016, s. 1125). *Illness* blir, på den andre siden, forklart som et begrep som omhandler opplevelsen av sykdom, som «Å føle seg syk», «Pasientens opplevelse», etc. (Hofmann & Wilkinson, 2016, s. 1125).

Conrad og Barker (2010, s. 67) hevder også at sykdomserfaringen og sykerollen, dvs. hvordan det er å leve med sykdommen, er sosialt konstruert. Altså kan individers opplevelser og erfaringer med å ha en sykdom, tenkes å være påvirket av den sosiale og kulturelle konteksten. Gjennom sosial handling og interaksjon, og spesielt gjennom 'politiske implikasjoner' tillegges sykdom spesifikk mening (Conrad & Barker, 2010, s. 71). Conrad og Barker (2010, s. 71) viser blant annet til problematikk rundt cochleaimplantat. Dette er en type høreapparat som kan gi hørselshemmede muligheten til å oppfatte tale (HLF, u.å.). Fra foreldrenes side, ønsker de å gi barnet sitt muligheten til å høre for å kunne være så «normal som mulig» (Conrad & Barker, 2010, s. 71). Medlemmer av døvesamfunnet mener på sin side at dette gjør at 'døvhets' blir sett på som en defekt og et handicap, som kan undergrave deres identitetsfølelse, deres kultur og deres eget språk (Conrad & Barker, 2010, s. 71). Gjennom dette eksempelet illustreres den sosiale responsens betydning på opplevelsen av sykdommer, diagnoser og tilstander. Måten samfunnet møter, prater om, behandler, etc. spesifikke sykdommer, kan slikt forstått bidra til å forme opplevelsen ved å ha den gitte sykdommen.

Til sist, mener Conrad og Barker (2010, s. 67) at medisinsk kunnskap om sykdom (både i form av *illness* og *disease*) ikke alltid er en kunnskap som kommer fra naturens side, men at den kan være både konstruert og utviklet av *interesserte parter* og «*claims-makers*». Dette kan muligens være mennesker i maktposisjoner – eller organisasjoner med spesielle interesser, etc. Ifølge Conrad og Barker (2010, s. 73) kan enkelte maktgrupper påvirke den kunnskapsproduksjonen som gjøres innenfor det medisinske feltet: «i stedet for å være verdinøytral, støtter noe medisinsk kunnskap, implisitt eller eksplisitt, interessene til maktgrupper» (Conrad & Barker, 2010, s. 73, egen oversettelse). Eksempelvis problematiserer Loder (2015, s. 795) forskning som finansieres av, blant annet, legemiddelselskaper. Loder (2015, s. 795) løfter opp en bekymring om at selskaper med tett tilknytning til sektoren kan påvirke forskningsresultatene for å fremme egne interesser og økonomiske agendaer. Conrad og Barker (2010) argumenterer videre for at noe medisinsk kunnskap kan bidra til å «reflektere og reprodusere eksisterende former av sosial ulikhet» (Conrad & Barker, 2010, s. 73, egen oversettelse). Her løftes debatten om, og forskning på, hvordan kvinners kropp og sinn har blitt påvirket av tidligere og nåværende medisinske diskurser og praksiser. Dette har videre bidratt til opprettholdelsen av konkrete kjønnsrollemønster- og normer – som igjen har bidratt til å legitimere og opprettholde ulikheter mellom kjønn (Conrad & Barker, 2010, s. 73). Altså kan både enkeltaktører og grupper, samt de sosiale normene i samfunnet, være med på å legge føringer for hva som karakteriseres som sykdom og hvordan dette skal håndteres.

Lian (2012) viser også til sykdom som noe som er preget av den sosiale og kulturelle kontekst: «Forestillinger om helse og sykdom er ikke gitt fra naturens side, de er menneskeskapte. Alle definisjoner av helse og sykdom bærer derfor i seg kulturelle definerte normer og verdier knyttet til hva som er normalt og ønskelig» (Lian, 2012, s. 38). Forfatteren viser videre til at hva som regnes som sykdom varierer på tvers av tid og kultur (Lian, 2012, s. 39). Mather (2012, s. 17) viser til hvordan 'homoseksualitet' tidligere ble diagnostisert som en sykdom. For å 'diagnostisere' homoseksualitet, var der ingen biomarkører for å stadfeste en sykdom som en psykisk lidelse på en vitenskapelig valid måte – men heller basere disse på ulike markører for atferd. Som beskrevet tidligere, er der heller ingen blodprøver eller konkrete biomarkører for å stadfeste ADHD-diagnosen (Tjora, Næss & Levang, 2016, s. 13). Som sett tidligere, problematiserer Banerjee, Middleton og Faraone (2007, s. 1271) metodene som blir benyttet for å diagnostisere ADHD. Når observasjoner blir benyttet for å stadfeste en diagnose, kan det også tenkes at kulturelle og sosiale forhold spille inn i diagnostiske kriterier.

3.2.1 Normalitet og avvik

Både Berger og Luckmann (2000) og Foucault (Østrem, 2012) skisserer et samfunn og en virkelighetsoppfatning som er tett knyttet til den sosiale, historiske og kulturelle kontekst. Deres tolkninger og begreper kan være fruktbare når en skal se på hvordan normer, verdier og forventninger i samfunnet skapes og opprettholdes. I den forbindelse kan en også se nærmere på normalitetsbegrepet, og hva som er med på å bestemme hva som regnes som normalt og ikke.

Basert på en sosialkonstruktivistisk forståelse av samfunnet, kan en tenke seg at et hvert samfunn har egne grenser og forventninger til hva som regnes som normalt og unormalt, akseptabelt og uakseptabelt, lov og ikke lov, etc.: «Alle samfunn har lover, regler og normer (forventninger) som danner en felles fortolknings- og forståelsesramme» (Grue, 2016, s. 9). Slike fortolknings- og forståelsesrammer favner også om atferd, helse og uhelse, utseende, etc. Videre medbringer disse rammene ulike sett av sanksjoner og straff, som også har en sosial funksjon. Eksempelvis kan uønsket eller uakseptabel atferd sanksjoneres ved utstøting eller stigmatisering. Samfunnets felles rammer for fortolkning og forståelse innebærer ulike grenser for hva som regnes som normalt og unormalt. Disse rammene er også med på å bestemme hvor store avvikene skal være før de eventuelt behandles eller sanksjoneres (Grue, 2016, s. 9-10).

Psykisk helse kan også ses i lys av normalitetsbegrepet. Som Grue (2016) forklarer, bygger diagnoser i psykisk helse på «skjønnsmessige vurderinger og oppnådd konsensus blant leger (psykiatere) om hva som til enhver tid er normal og unormal atferd» (Grue, 2016, s. 111). Ved stadfesting av psykisk sykdom kan en ikke benytte medisinenes biologiske redskaper, som blodprøver (Tjora, Næss & Levang, 2016, s. 13). En må heller benytte seg av andre metoder for å finne ut om individet «har en psykisk sykdom, eller om vedkommende er normal» (Grue, 2016, s. 112).

Grue (2016, s. 84) foreslår at vi ikke kan se på ‘nedsatt funksjonsevne’ som absolutte sannheter, men at de heller må ses i relasjon med den samfunnsmessige konteksten: i lys av en *kontekstuell* og en *relasjonell* dimensjon. Den relasjonelle dimensjonen innebærer at en ser på sykdommen i forhold til *noe* som regnes som normalt. Den kontekstuelle dimensjonen innebærer at diagnosen blir sett i forhold til de fysiske rammene og omgivelsene i samfunnet (Grue, 2016, s. 84-88).

Denne tankegangen motsetter seg den forståelsen som kommer til uttrykk gjennom blant annet diagnosesystemet ICD, som «impliserer at det finnes en normal, i betydningen typisk eller statistisk sett vanlig» (Grue, 2016, s. 99). Gjennom normalitetsbegrepet kan en heller tenke seg at den sosiale og kulturelle konteksten har stor betydning i sykdom: «Konteksten som individet lever innenfor, er ikke årsaken til funksjonshemmingen, men kan representere begrensede rammer for livsutfoldelsen» (Grue, 2016, s. 99).

3.2.2 Medikalisering

Som vist tidligere i delkapittel 2.2, er det stadig flere diagnoser som inngår i nasjonale og internasjonale diagnosesystemer. Vi ser også at «medisinenes ansvarsområder utvides til å gjelde stadig flere aspekter ved menneskenes liv» (Lian, 2012, s. 38). Medikalisering omhandler nettopp denne utvidelsen. Enkelt sett, kan medikalisering bety *å gjøre noe medisinsk* (Conrad, 2013, s. 196). I en bredere definisjon, beskriver begrepet «en prosess hvor ikke-medisinske problemer blir definert og behandlet som medisinske problemer, vanligvis i form av sykdom eller lidelse» (Conrad, 2013, s. 196, egen oversettelse). Altså omhandler begrepet tilstander som tidligere ikke har blitt sett på som medisinske lidelser, sykdommer, etc. – men som gjennom medikalisering har blitt et medisinsk anliggende. Ifølge Anderssen og Gjernes (2012,

s. 63) innebærer medikalisering at et *samfunnsmessig problem* blir definert, og derav behandlet, som noe medisinsk.

Lian (2012) påpeker at det stadig blir flere grupper av medikaliserte tilstander – som også gjør at det stadig er flere som kategoriseres som unormale, avvikende, syke, etc. Videre hevder Lian (2012, s. 38) at medikaliseringen flere steder får innpass «på områder hvor moderne biomedisin har lite (...) å si når det gjelder å identifisere, forklare og kurere det som blir definert som problemer». Den nyeste versjonen av ICD inneholder over 5000 flere koder enn foregående kodesystem. Lian (2012, s. 40) påpeker at de nye kodene ikke bare er diagnoser som klassifiseres som sykdom, men som «en liste over alle de problemene et menneske kan møte i sitt liv. Samtidig defineres dette som helseproblemer som kan kreve profesjonell hjelp».

Løchen (1971) trekker linjer mellom en økende medikalisering og det han kaller for *behandlingssamfunnet* (Løchen, 1971, sitert i Anderssen & Gjernes, 2012, s. 62). Allerede på 70-tallet så den norske sosiologen tendenser til et samfunn som behandlet flere mennesker – og flere tilstander – enn noensinne tidligere. Løchen (1971) påpekte allerede da at «behandling blir ofte en nyttet reaksjon overfor det som er annerledes» (Løchen, 1971, sitert i Anderssen & Gjernes, 2012, s. 62).

Der er flere ulike grupper, eller livsområder, som har gjennomgått medikaliseringsprosessen (Conrad, 2013, s. 197-198). Blant disse er det som er et problem i dagens samfunn – det som er annerledes. I tillegg behandler vi den som muligens kan bli et problem – eller bli annerledes (Anderssen & Gjernes, 2012, s. 62). I denne gruppen kan en finne medikaliseringen av *avvikende oppførsel*, som en for eksempel kan se ved ADHD-diagnosen. Som Conrad (2013) argumenterer, er ikke avvikende atferd et avvik i seg selv, «men er definert som avvikende av samfunnet og sosiale normer» (Conrad, 2013, s. 197). I tillegg behandler vi det som ikke nødvendigvis er annerledes eller et problem, men det som kan *forbedres* (Anderssen & Gjernes, 2012, s. 62). Forbedringsmedisin refererer til at medisinen ikke lengre bare behandler, forebygger og lindrer sykdom (...), men at den søker å forbedre folks helse «ut over det som er nødvendig (...)» (Djupedal & Korshavn, 2016, s. 86).

Uten å si at medikalisering nødvendigvis er et problem i seg selv, påpeker Conrad (2013) at medikalisering kan ha både positive og negative innvirkninger på samfunnet og menneskelivet – og at det er viktig å være bevisst begge disse sidene ved utviklingen. Noen av de negative innvirkningene som påpekes inkluderer overdiagnostisering og medisinerer. Økt

medikalisering kan potensielt føre til at vi får diagnoser på tilstander som egentlig ikke er et medisinsk problem, og deretter at mennesker medisineres unødvendig – som igjen kan ha helsemessige konsekvenser. Conrad (2013, s. 207) viser videre til en utvidelse av sosial kontroll gjennom den medisinske institusjonen. Ved at den medisinske institusjonen stadig utbrer seg over flere aspekter av menneskelivet, utvides også den sosiale kontrollen som kan føres gjennom medisinen: gjennom flere verktøyer for å regulere og kontrollere liv og atferd på flere ulike måter. Eksempelvis kan man bli underlagt medisinsk behandling (medisiner, kirurgiske inngrep) og slik også bli underlagt overvåkning (som tester og prøver) ved å få en diagnose (Conrad, 2013, s. 207-208). Som Conrad (2013, s. 208) selv påpeker, er dette en av flere mulige konsekvenser av medikalisering, og mener derfor det er viktig å være kritisk til utviklingen.

Der er flere mulige drivkrefter bak medikaliseringsprosesser. Lian (2012, s. 44) stiller klare og viktige sosiologiske spørsmål: Hvorfor har noe blitt medikalisert, mens andre ting ikke? Hva og hvem er det som ligger bak denne utviklingen? Det er naturlig at gjennom teknologisk utvikling, og dermed utviklet (medisinsk) kunnskap, vil også flere tilstander falle innenfor det medisinske feltet. For å nevne én drivkraft, peker Lian (2012, s. 45-46) på ‘den moderne mentalitet’ som bidragsyter til denne prosessen. I det moderne samfunn har vi festet vår lit til vitenskapelige tolkningen av verden, hvor vi stadig forsøker – og ofte klarer – å «øke kontrollen og redusere usikkerheten» (Lian, 2012, s. 45). *Den moderne mentalitet* må ikke ses på som medikaliseringens eneste drivkraft. En kan eksempelvis også se nærmere på legemiddelindustrien og sosiale medier – og en hel rekke andre faktorer (Lian, 2012, s. 44-52). Lians (2012) konklusjon er likevel at medikalisering er et fenomen som oppstår som et resultat av «et komplekst samspill mellom flere aktører og faktorer», som «har forskjellige motiver» (Lian, 2012, s. 53).

3.3 Michel Foucault

Ifølge Østrem (2012) er relasjonsforholdet mellom barn og voksne blant annet preget av makt, asymmetri og konflikt– noe som også er gjeldene på systemnivå. Med andre ord er vår anerkjennelse av barn preget av en rekke ulike faktorer (Østrem, 2012, s. 48). For å forstå hva som fremmer eller hemmer en slik anerkjennelse kan en rette oppmerksomheten mot ulike maktstrukturer og bevisstgjøre hvordan makten utøves på det politiske, institusjonelle og individuelle nivå. En kan dermed trekke linjer til Michel Foucaults teorier om språklige

diskurser og makt, samt forholdet mellom kunnskap og makt (Østrem, 2012, s. 48). Ut fra Foucaults perspektiver vil en kunne belyse hvem som legger premissene for den språklige diskursen som omhandler barns anerkjennelse i ungdomsskolen. Videre kan dette også tydeliggjøre at ulike kunnskapssyn kan være motsetningsfylte og ideologisk sett uforenelige, ettersom intensjonene om å ville det beste for alle barn ikke nødvendigvis er ensbetydende med å ivareta barns anerkjennelse. Intensjonene vektlegges gjerne av faglige og politiske diskusjoner om hva som er aktuell og gyldig kunnskap (Østrem, 2012, s. 48).

3.3.1 Diskurser og makt

Diskursbegrepet er flertydig og kan tilskrives ulik mening. Ifølge Østrem (2012) strukturerer og konstruerer en representasjoner av virkeligheten ved hjelp av språket, samtidig som en er med på å skape og definere den ut fra ens egne observasjoner (Østrem, 2012, s. 49). Med andre ord får virkeligheten betydning gjennom diskurser. Diskursbegrepet omhandler måten en skriver, snakker og tenker på; og hvordan det en skriver, sier og tenker forholder seg til historiske og sosiale omstendigheter. På samme tid viser diskursene til hvordan strukturene av utsagn, begreper, forestillinger og kategorier sammen bidrar til å konstituere mening innenfor spesifikke historiske, sosiale og institusjonelle rammer (Østrem, 2012, s. 49). Diskursene som eksisterer innenfor et samfunn, en institusjon eller en gruppe mennesker vil være med på å forme og påvirke måten en ser virkeligheten på – de sosiale, historiske og institusjonelle rammene vi befinner oss i.

Foucaults diskursbegrep forholder seg til en bestemt forståelse av makt. Makt er ikke en substans som noen – individer, klasser eller institusjoner – besitter. Dog er makt noe som utøves i relasjoner mellom mennesker. På denne måten kan makten sies å være dynamisk og alltid tilstedeværende i ulik grad (Villadsen, 2013, s. 341). Definisjonsmakt handler om å være i posisjon til å kunne definere, inkludere i eller ekskludere fra diskursen, ettersom definisjonsmakt er ensbetydende med å definere virkeligheten. Ut fra Foucaults perspektiver foregår det en kontinuerlig maktkamp om ordene som skal beskrive verden, og dermed konstruere den (Østrem, 2012, s. 49). Det moderne samfunnets institusjoner er sentralt, ettersom de besitter mye av den diskursive makten. Ulike profesjoner – som leger, psykiatere, lærere – utøver makt når de, ut fra det de definerer som korrekt eller gyldig kunnskap, ønsker å klassifisere, beskrive eller diagnostisere mennesker. På denne måten ligger, ifølge Foucault,

makten i det som gjør at noe fremstår som sant. Makten kan følgelig være vanskelig å identifisere eller oppfatte, men fremstår for oss som korrekt (Foucault & Schanning, 1999: Referert av Østrem, 2012, s. 50). Foucaults syn på makt gjør at makten er foranderlig og er en forutsetning for forandring. Det gjør også «sannhet» til gjenstand for forhandlinger. Den som eier kunnskapen, og som trekker skillet mellom sant og falskt besitter makten (Østrem, 2012, s. 53).

Ved å vise til samspillet mellom kunnskap og makt hevder Foucault at kunnskap aldri er en verdinøytral beskrivelse av virkeligheten, men snarere en strategi som konstituerer og bygger opp under maktrelasjoner. Ifølge Foucault innehar hvert samfunn sitt sannhetsregime – de diskursene som de aksepterer og de som blir akseptert, som «sanne». En kan altså ikke utøve makt annet enn gjennom produksjon av sannhet – og motsatt (Foucault & Gordon, 1980, s. 93-94).

Diskursproduksjonen har, ifølge Foucault, en rekke regler og utelukkelsesprinsipper. I ethvert samfunn blir produksjonen av diskurser kontrollert, sortert, organisert og fordelt ved hjelp av en rekke prosedyrer (Foucault & Schaanning, 1999, s. 8-9). Utelukkelsesprosedyrene består av *forbudet, skillet mellom sant og falskt* og til sist, *skillet mellom fornuft og galskap*. Foucault hevder at den mest innlysende og også mest velkjente måten å ekskludere fra diskursen på er *forbudet*:

«Vi vet godt at man ikke har rett til å si alt, at man ikke kan snakke om alt i alle sammenhenger, og at ikke hvem som helst kan snakke om hva som helst. Tabubelagte ting, omstendighetens ritual og det talende subjekts privilegerte og eksklusive rett – man har samspillet av tre forbudstyper som krysser, forsterker eller utligner hverandre, og som utgjør et sammensatt raster som endrer seg hele tiden» (Foucault & Schaanning, 1999, s. 10).

Som Foucault påpeker i sitatet ovenfor er det innlysende at vi ikke kan snakke om hva som helst, hvor som helst, med hvem som helst (Foucault & Schaanning, 1999, s. 19). Dette utelukkelsesprinsippet kommer for eksempel til syne i diskusjonen som omhandler barn – gjerne i skolesammenheng. I mange sammenhenger er ikke barna invitert inn til samtalen som omhandler dem selv for å dele deres synspunkter og erfaringer. Dette kan blant annet forklares på bakgrunn av alder, hvor barna formelt og juridisk sett er fratatt muligheten til å delta i samtalen (Østrem, 2012, s. 51). I skolesammenheng opplever muligens elevene forbudet ved at

de er en sammensatt gruppe som har vanskeligheter for å samle seg om én stemme, at de befinner seg på ulike klassetrinn i kort tid, eller i ulike avdelinger innenfor utdanningsinstitusjonen – barnehagen, barneskolen, ungdomsskolen og deretter videregående (Ogden, 2020, s. 15).

Det andre utelukkelsesprinsippet er motsetningen mellom fornuft og galskap. Ifølge Foucault har en helt siden middelalderen sett på «den gale» som «førte en diskurs som ikke kunne sirkulere som andres diskurser; av og til holdes hans tale for å være død og maktesløs, den er verken sann eller betydningsfull» (Foucault & Schaanning, 1999, s. 10). Med andre ord betraktes «den gales tale» som støy og blir derfor ikke lyttet til. Om den gale derimot skulle bli lyttet til var det fordi en kunne finne en naiv eller listig fornuft i det, men «uansett om den gales utsagn ble utelukket eller hemmelig beleiret av fornuften, så eksisterte den strengt tatt ikke» (Foucault & Schaanning, 1999, s. 10).

Ifølge Østrem (2012) kan en se dette utelukkelsesprinsippet i vår tid som et skille mellom fornuft og barnslighet. Barns kognitive og språklige umodenhet legges til grunn for at barn ikke kan tilskrives fornuft, som dermed fører til at de blir ekskludert fra diskursen (Østrem, 2012, s. 52). Til tider kan nok også barns utsagn bli oppfattet som støy av voksne, hvor deres utsagn eller erfaringer blir vektlagt i liten grad.

Det tredje og siste utelukkelsesprinsippet er motsetningen mellom sant og falskt. Ifølge Foucault (Foucault & Schaanning, 1999) har de to første utelukkelsesprinsippene med tiden «blitt skrøpelige og mer usikre», som følge av at de har blitt gjennomsyret av «viljen til sannhet» (Foucault & Schaanning, 1999, s. 14). Tradisjonelt har en sett på skillet mellom sant og falskt som en pålitelig måte å skille mellom kunnskap og det som er usant. Med andre ord vil dette si at dersom kunnskapen ikke er objektiv og sann vil den bli ansett som mindre verdifull og kan dermed bli utelukket fra diskursen. Videre beskriver Foucault viljen til sannhet som et umåtelig maskineri som har i oppgave å utelukke fra diskursen, og at en tidligere ikke har vært bevisst på at dette er et historisk konstruert skille (Foucault & Schaanning, 1999, s. 14). Skillet mellom sant og falskt har ikke blitt oppfattet som foranderlig, vilkårlig eller institusjonelt. Med andre ord er skillet mellom sant og falskt ikke fast og institusjonelt – det endrer seg over tid. På bakgrunn av dette vil det derfor være umulig å skille mellom ønsket om å definere sann kunnskap og ønsket om å oppnå makt (Foucault & Schaanning, 1999, s. 14).

3.3.2 Godhetsdiskursen

Diskursbegrepet kan være fruktbart for å tydeliggjøre hvordan kunnskap om, og forståelser av, barn blir gyldig. En diskurs som står sentralt i argumentasjonen for å etablere bestemte former for kunnskap om barn, er *godhetsdiskursen* (Østrem, 2012, s. 63-65). Godhet forklares av Østrem (2012) som et overskuddsfenomen, som en sterk person viser ovenfor en svak person – den som setter ord på de gode verdiene gjør andre avmektige.

Registrering av sensitive opplysninger om barn gjennom spørreundersøkelser, kartleggingsmaterieell og tester begrunnes i at man vil det beste for alle barn. Kritikken mot kartleggingen tilbakevises med godhetsargumenter som nærmest er uangripelige. Når godhet benyttes som argument, kan ingen være uenig uten å være imot det gode. Den talende setter seg i det godes sted – som dens beskytter. Mottakeren blir på sin side tilskrevet en posisjon som klakør eller avmektig (Østrem, 2012, s. 63). Makten i godhetsdiskursen bygger på en asymmetrisk relasjon. Opponerer man mot godhetens språk vil en med stor sannsynlighet ende opp i en underlegen posisjon; som den slemme, egoistiske, muligens den onde. Dette gjør det umulig å diskutere (Østrem, 2012, s. 65). Med andre ord kan godhetsdiskursen brukes til å forstå hvordan godhet som argument kan brukes til å ekskludere alternative kunnskapssyn og hindre en åpen og gjensidig dialog.

4 Metode

I dette kapittelet presenteres de metodiske valgene som ble gjort i gjennomføringen av oppgaven. Vi vil både gjøre rede for, samt begrunne, valg av det individuelle intervju som metode. Vi vil også presentere og begrunne utvalgsprosessen, samt drøfte validitet, reliabilitet, og etikk i forbindelse med oppgaven. I tillegg vil vi ha en detaljert gjennomgang av hvordan intervjuene foregikk, transkripsjonsprosessen, samt vise til hvordan analysen av empirien ble gjennomført.

4.1 Kvalitativ metode

Ifølge Lene Tanggaard og Svend Brinkmann (2019), eksisterer det ingen allment akseptert definisjon på hva kvalitativ metode *er*. I kvalitative metoder er en interessert i “*hvordan* noe gjøres, sies, oppleves, framstår eller utvikles” (Tanggaard & Brinkmann, 2019, s. 11). Ved bruk av kvalitative metoder er altså hensikten å utforske de menneskelige erfaringene, fortolkningene, verdiene, meningene og perspektivene som ligger bak sosiale prosesser, noe som er fokuset i denne masteroppgaven.

Når en skal utvikle et forskningsdesign, er det problemstillingen og forskningstemaet som bør være styrende for den forskningsmetoden som benyttes (Thagaard, 2018, s. 45). I denne masteroppgaven er hovedformålet å utforske hvordan ungdomsskolen forholder seg til elever med en ADHD-diagnose. Vi vil utforske hvordan enkeltaktører - både lærere, foreldre, og ansatte ved PPT - opplever, forstår og forholder seg til elever med ADHD-diagnosen. Vi søker å utvikle kunnskap i samspill med de aktørene vi studerer, som alle har en relasjon til elever med ADHD. Oppgaven søker å oppnå en bedre forståelse av hvordan det sosiale samspillet oppleves i og mellom eleven med ADHD-diagnosen, skolen, PPT og foreldre. Dermed vil kvalitativ metode være en fruktbar retning å gå for å utforske dette nærmere.

4.1.1 Individuelle intervjuer

I forbindelse med denne masteroppgaven har vi valgt å benytte oss av individuelle intervjuer som metode for å skape empiri. Vi benytter oss av *samtalen* som et verktøy for å utvikle kunnskap. Gjennom samtaler søker vi å få kunnskap om hvordan andre mennesker opplever

omverdenen, hvordan de tenker og føler. Samtaler som dette – som produserer kunnskap – omtales som *intervju* (Brinkmann, 2013, s. 1). Det skal understrekes at en gjennom det kvalitative intervju får et innblikk i intervjupersonens forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 19). En vil altså ikke søke etter *fakta* eller *fasitsvar* gjennom slike intervju.

Gjennom bruk av individuelle intervjuer som metode, kan en få et bredt innblikk i informantens subjektive erfaringer, forståelser og tankegang (Thagaard, 2018, s. 89). I denne oppgaven søker vi å utforske hvordan elever med ADHD-diagnosen møter i ungdomsskolen, samt se på hvordan de ulike aktørene og instansene samarbeider inn mot elever med ADHD-diagnosen. Basert på dette opplever vi det som fruktbart å benytte seg av intervju som metode. Gjennom individuelle intervjuer med ulike aktører, vil den enkelte kunne forklare selv hvordan tilrettelegging og samarbeid oppleves ut fra deres eget ståsted.

I et kvalitativt intervju *skapes* empirien i samtalen mellom forsker og intervjuperson. Intervjupersonen forteller sin historie, sine erfaringer, og sine tanker – mens forskeren tolker det som blir fortalt (Thagaard, 2018, s. 89). Produksjon av empiri skjer altså gjennom interaksjonen mellom forsker og intervjuperson.

I vår masteroppgave valgte vi å benytte oss av et semistrukturert intervju. Dette kan benyttes når en ønsker at «temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 47). Som nevnt tidligere ønsket vi å få innsikt i intervjupersonenes tanker, meninger og erfaringer. Dermed anså vi det semistrukturerte intervju som en passende metode. Dette kan i større grad karakteriseres som en samtale mellom partene, hvor en kan vike fra de forhåndsskrevne spørsmålene for å prate om andre viktige ting intervjupersonen tar opp. Dette tydeliggjøres senere i delkapittel 4.3.1 om intervjuguiden.

4.2 Presentasjon av utvalg og intervjupersoner

I denne studien har vi intervjuet åtte personer. Vi velger å referere til disse som *intervjupersoner* i stedet for *informanter*. Når en snakker om *informanter*, gir det en assosiasjon til innhenting av informasjon (Thagaard, 2018, s. 46) – noe vi ikke gjør. Dessuten benyttes begrepet *informant* ofte for å beskrive de personene som tilfører særdeles viktig kunnskap (Thagaard, 2018, s. 90).

Det gjennomføres som regel relativt få intervjuer i et forskningsprosjekt. Ifølge Brinkmann og Tanggaard, har et gjennomsnittlig forskningsprosjekt mellom ti og tjue informanter (Tanggaard

& Brinkmann, 2019, s. 20-21). Grunnregelen er at det er «bedre å gjennomføre relativt få intervjuer og gjennomanalyserte disse» (Tanggaard & Brinkmann, 2019, s. 21). I vårt forskningsprosjekt har vi gjennomført åtte intervjuer. Vi hadde ikke mulighet til å intervju flere personer, på bakgrunn av oppgavens omfang og tidsperspektiv. I utgangspunktet planla vi å gjennomføre seks intervjuer. Dette fordi vi antok at det kom til å bli vanskelig å rekruttere intervjupersoner. Da flere enn antatt meldte seg, valgte vi å gjennomføre to intervjuer til. Når vi hadde gjennomført de åtte intervjuene så vi at vi hadde det vi trengte for å gå videre til en analyse.

4.2.1 Utvalg og rekruttering

Vi valgte å gjøre et *strategisk utvalg* av personer vi ønsket å rekruttere til intervju. Dette er en utvalgsmetode som baserer seg på at vi velger personer som innehar spesifikke kvaliteter vi er ute etter basert på vår problemstilling og forskningsspørsmål (Thagaard, 2018, s. 54). Vi ønsket intervjupersoner fra tre forskjellige grupper: lærere, foreldre og ansatte ved PPT, som alle hadde erfaring med skoleelever som har ADHD-diagnose.

For å rekruttere tok vi kontakt med ledelse ved seks ungdomsskoler i Tromsø, og PPT-kontoret i Tromsø. I e-postene la vi ved tilpassede informasjonsskriv om hva forskningsprosjektet gikk ut på, hvilke kriterier vi så etter for deltakelse i intervju, samt kontaktopplysninger dersom noen kunne tenkt seg å delta (se vedlegg). Fire av skolene sendte denne informasjonen videre til sine ansatte. De samme skolene videreformidlet informasjon til foreldre, enten ved bruk av fellesmelding på Transponder (en tjeneste skolen bruker for å sende fellesmeldinger, blant annet med foreldre), eller ved individuelle henvendelser til de foreldrene de anså som aktuelle. Av hensyn til anonymitet har vi valgt å ikke navngi de aktuelle ungdomsskolene. Deretter var det noen foreldre som tok kontakt med oss både for å få mer informasjon om prosjektet, og for å muligens delta på intervju. På forhånd så vi for oss at det ville bli vanskeligst å rekruttere foreldre. Dette fordi vi ikke hadde mulighet til å kontakte disse selv. Det skulle imidlertid vise seg at det var foreldre som var mest engasjert i prosjektet. Det var totalt seks foreldre som ønsket å delta, og de tre første som hadde anledning til å delta på intervju, ble valgt. De tre første foreldrene som meldte seg til intervju ble valgt fordi vi ønsket å gjennomføre intervjuene så fort som mulig. De resterende foreldrene fikk beskjed om at vi gjerne ville intervju dem

dersom vi senere så på det som nødvendig. Videre var det tre lærere fra tre ulike skoler som tok kontakt og ønsket å delta i studien og stille opp på et intervju.

Det tok lang tid før PPT-kontoret svarte på henvendelsen vår. I mellomtiden valgte vi derfor også å ta kontakt med PPT-kontor utenfor Tromsø. Vi sendte en forespørsel på e-post til PPT-kontoret for Vesterålen og Lødingen, og fikk raskt svar fra en ansatt som ønsket å delta. Etter hvert tok også en ansatt ved PPT Tromsø kontakt, og meldte seg til intervju. Dermed endte vi med to intervjupersoner fra PPT.

I utgangspunktet ønsket vi å intervjuere lærere og foreldre fra én og samme skole. Vi ønsket også å intervjuere ansatte ved PPT som jobbet på samme sted, altså i Tromsø. Dette ville muligens medført et bredere og mer helhetlig sammenligningsgrunnlag. Tanken var aldri at vi skulle kunne generalisere noe av det som ble til under de individuelle intervjuene. Tanken var heller at vi hadde forståelse for at ulike skoler opererer på ulikt vis, og at det dermed var fruktbart å utforske hvordan *denne ene* ungdomsskolen forholder seg til elever med ADHD-diagnosen, samt hvordan samarbeidet mellom PPT og foreldre foregår på *den ene* ungdomsskolen. Dette lot seg imidlertid ikke gjennomføre, da vi ikke fikk rekruttert nok intervjupersoner, hverken fra samme skole eller fra samme PPT-kontor. Dermed ble intervjupersonene fordelt på *tre* ulike ungdomsskoler og *to* ulike PPT-kontor. En fordel med at utvalget ble fordelt på ulike skoler og PPT-kontor er at vi får et bredere innblikk i hvordan ungdomsskoler forholder seg til elever med ADHD-diagnosen, samt hvordan samarbeidet mellom aktører og instanser kan variere.

4.2.1.1 Kriterier for deltakelse

Vi hadde på forhånd bestemt noen kriterier for deltakelse i studien. Vi ønsket å intervjuere foreldre til ungdomsskole-barn med ADHD-diagnose. Blant lærere, søkte vi de som hadde lærerutdanning, samt at de hadde erfaring med elever med ADHD-diagnose gjennom sin yrkeskarriere. Lærerne trengte ikke å ha elever med ADHD-diagnose på tidspunktet intervjuet fant sted. Kriteriet til intervjupersoner fra PPT var at de hadde jobbet med flere elever på ungdomsskolen med en ADHD-diagnose. Et felles kriterium for alle gruppene var at vi ønsket intervjupersoner som hadde erfaring med samarbeid mellom de ulike instansene, i forbindelse med elevens ADHD-diagnose. Eksempelvis kunne dette være foreldres erfaring med samarbeid med skole, eller den ansatte ved PPT sin erfaring med samarbeid med hjemmet, etc.

Til slutt endte vi opp med følgende informanter: «Lærer 1», «Lærer 2», «Lærer 3», «PPT 1», «PPT 2», «Forelder 1», «Forelder 2» og «Forelder 3». For å bevare anonymitet har vi valgt å referere kun til «Lærer», «PPT» og «Forelder» i utdragene. «Lærer 1» har jobbet på samme ungdomsskole de siste 12 årene som sosialrådgiver, faglærer, kontaktlærer og koordinator i spesialpedagogikk. «Lærer 2» har jobbet som lærer på samme skole i 13 år som faglærer, kontaktlærer og som spesialpedagog. «Lærer 3» har jobbet på samme ungdomsskole de siste 8 årene som sosiallærer, og har tidligere arbeidserfaring fra barnevernsinstitusjon. «PPT 1» har jobbet i PP-tjenesten i snart 20 år, og har i tillegg en allmennlærerutdanning. «PPT 2» har jobbet i PP-tjenesten i litt over 1 år, og tidligere nesten 20 år i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). «Forelder 1» har to barn med ADHD i tillegg til andre diagnoser. Vedkommende bor sammen med medforelder. «Forelder 2» har også to barn med ADHD-diagnose, og er aleneforsørger. «Forelder 3» har ett barn med ADHD-diagnose, og er også aleneforsørger. Som det framgår i introduksjonen av intervjupersonene, ser vi at de oppfyller alle kriteriene vi hadde.

4.3 Intervjuprosessen

I dette delkapittelet presenteres arbeidet om intervjuguide, gjennomføring av intervjuene, samt transkribering.

4.3.1 Intervjuguide

Som nevnt tidligere, gjennomførte vi semistrukturerte intervjuer. Dette innebar at vi på forhånd utformet en intervjuguide som inneholdte relevante spørsmål, i tillegg til mulige oppfølgingsspørsmål. Denne fungerte som en god tematisk oversikt, som ble brukt til å sørge for at vi fikk spurt om alt vi ønsket å spørre om. Siden vi hadde valgt semistrukturerte intervju, var det også åpent for at intervjuet kunne styres i andre retninger underveis, basert på intervjupersonens fortellinger. Vi fulgte altså ikke intervjuguiden til punkt og prikke, men den tillot oss å gå tilbake til de spørsmålene vi på forhånd hadde bestemt (Thagaard, 2018, s. 91). Ved bruk av et slikt delvis strukturert intervju, vil det være mulig at forskeren får innblikk i andre sider ved temaet, enn hen tidligere hadde tenkt på. Vi anså det derfor som hensiktsmessig å gjennomføre et semi-strukturert intervju, for å både ha muligheten til å få svar på ønskede spørsmål, samtidig som vi kunne følge opp intervjupersonens egne fortelling.

Vi sørget for å sette oss godt inn i intervjuguiden. Vi ønsket å kunne gjennomføre intervjuene uten at øynene var fastlåst på intervjuguiden, men heller gjennomføre på en slik måte at vi kunne ha øyekontakt med intervjuperson og lytte aktivt under intervjuet. Dette er elementer som kan bidra til å skape en god kontakt mellom intervjuperson og intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 141).

Ved siden av arbeidet med intervjuguiden, forsøkte vi å lese oss opp på tidligere forskning og relevant teori. Dette gjorde vi da vi anså det som viktig å sette oss godt inn i tematikken, samt de ulike intervjupersonenes situasjon, for å «kunne stille spørsmål som intervjupersonen vil oppleve som relevante» (Thagaard, 2018, s. 94-95). Samtidig forsøkte vi å hindre at den tidligere forskningen og teorien farget vår persepsjon av de ulike situasjonene.

Vi utformet intervjuguiden etter en modell som representerer ett tre og dets grener (Rubin & Rubin, 2005, s. 145). Etter denne modellen representerer *treets stamme* det hovedtema vi ønsker å ta opp i intervjuet, mens de mer spesifikke temaene blir representert gjennom grenene. I dette tilfellet representerer studiens problemstilling – hvordan ungdomsskolen forholder seg til elever med ADHD-diagnose – selve treet. De ulike grenene vil videre være aktuelle underspørsmål som springer ut fra forskningsspørsmålene. Thagaard (2018) spesifiserer at denne modellen er spesielt velegnet når en «skal basere analysen av dataene på å sammenligne hva alle personene i prosjektet har sagt om de samme temaene» (Thagaard, 2018, s. 95).

Vi startet hvert intervju med *introduksjonsspørsmål*. Vi startet med å spørre litt innledende spørsmål om intervjupersonen. Dette gjorde vi fordi vi ønsket å starte tillitsbyggingen på en god måte, med å snakke om ting intervjupersonen kanskje anså som *hverdagslig* (Thagaard, 2018, s. 101). Dermed startet vi med å spørre om intervjupersonens yrke og utdanning.

Deretter gikk vi videre til nøkkelspørsmålene. Disse bestod av under ti spørsmål, og var lagt opp til å være åpne slik at intervjupersonen kunne tolke selv, samt gi utfyllende beskrivelser (Thagaard, 2018, s. 95). Spørsmålene lød som «hva er din erfaring ...», og «kan du fortelle litt mer om det?», etc. Slike spørsmål er, ifølge Kvale & Brinkmann (2009) viktige, fordi de kan «fremkalle spontane, rike beskrivelser hvor intervjupersonene selv presenterer det de opplever som hoveddimensjonene» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 147). På forhånd hadde vi notert ned mulige oppfølgingsspørsmål til de ulike hovedspørsmålene. I noen tilfeller trengte vi disse oppfølgingsspørsmålene, mens i andre ikke. Dette hadde vi forutsett på forhånd da mennesker

er ulike. Det kan derfor ikke forventes at alle intervjupersonene var villig til å prate like åpenhjertig og fritt (Thagaard, 2018, s. 95-96).

4.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Vi startet alle intervjuene med en kort orientering om masteroppgaven. Vi snakket om hva den handlet om, hva hensikten med intervjuene var, temaene som kom til å bli tatt opp, samt praktisk informasjon. Dette gjorde vi også slik at intervjupersonen skulle føle seg trygg, og ha muligheten til å stille eventuelle spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 141). Videre ble samtykkeskjema signert *før* selve intervjuet startet. Intervjuene ble også avsluttet ved at intervjupersonen fikk mulighet til å supplere, snakke om andre ting hen ønsket, eller komme med andre kommentarer og bemerkninger.

Under intervjuene benyttet vi oss av lydopptak gjennom Nettskjema Diktafon. Dette tillot at vi ikke trengte å ta omfattende notater under selve intervjuet, men heller fokusere på selve samtalen. Vi var begge til stede i intervjuene. Den ene hadde hovedregien, og sørget for å ha kontroll på intervjuguiden. Den andre noterte seg eventuelle oppfølgingsspørsmål underveis, og sikret at vi fikk utdypet det vi ønsket. Vi vekslet på rollene i hvert intervju. Alle intervjuene var mellom 45 minutter, til 1 time og 15 minutter lange.

Intervjuene ble gjennomført på forskjellige steder. *Sted* er en ramme som kan ha betydning for intervjupersonen (Thagaard, 2018, s. 100). Det var derfor viktig for oss at intervjuperson selv fikk bestemme hvor intervjuene skulle gjennomføres, slik at de skulle føle seg så komfortabel som mulig. De aller fleste intervjupersonene var mest opptatte av det praktiske ved gjennomføringen av intervjuet, og at det ikke skulle være så langt å kjøre. Ingen av intervjupersonene ønsket å gjennomføre det hjemme hos seg selv, da der var andre som kunne forstyrre intervjuet. Ett intervju ble gjennomført på et digitalt videomøte. Fem intervjuer ble gjennomført på intervjupersonens arbeidsplass, da dette var mest beleilig for dem. Ett intervju ble gjennomført hjemme hos oss, og ett intervju ble gjennomført på grupperom på Universitetet i Tromsø.

Etter samtykkeskjema var signert og intervjuperson var orientert, startet vi opptaket. Mens samtalen gikk, passet vi som intervjuet på å opptre *bekreftende* underveis, i stedet for å sitte helt stum mens intervjuperson fortalte om sine erfaringer og historier. Disse bekreftelsene ble

enten uttrykt gjennom «mhm», eller ved bruk av kroppsspråk, et stille nikk, øyekontakt, eller et smil. Disse små signalene kan være viktige i å gi intervjupersonen en klar oppfatning på at det som fortelles er interessant og viktig (Thagaard, 2018, s. 102). Intervjuene ble avsluttet ved det åpne spørsmålet «er det noe du ønsker å snakke om, som vi ikke har vært innom?». Alle intervjupersonene hadde mer de ønsket å fortelle om, utdype, eller poengtere enda en gang. Under avslutningen hadde de fleste noen spørsmål til oss om prosjektet vårt.

Etter hvert intervju, satte vi oss ned for å ha en egen evaluering av intervjuet. Vi delte og noterte ned inntrykk som kanskje ikke kom tydelig fram gjennom opptaket. Dette kunne eksempelvis være stemningen i rommet, som jo kan være en viktig del av konteksten når en videre skal bruke intervjuet. Likevel er vi varsomme med å bruke intervjupersonens kroppsspråk *som om at det er noe de har sagt og ytret*. Dette fordi en intervjuperson vanligvis ikke vil «være klar over hva han eller hun «røper» gjennom kroppsspråket» (Thagaard, 2018, s. 102). Videre noterte vi ned hva vi oppfattet som intervjupersonens viktigste budskap.

4.3.3 Transkribering

Vi transkriberte alle intervjuene i sin helhet. Vi fordelte intervjuene mellom oss. Fordelen med dette var at det gikk raskere å gjennomføre transkriberingen. Ulempen var at vi ikke fikk oppfrisket alle intervjuene på egenhånd. Dette er prosedyren hvor en gjør muntlig samtale om til tekst, slik at vi senere kan analysere den. Transkripsjonsprosessen kan karakteriseres som fortolkende, der det kan være vanskelig å unngå at *noe* går tapt. Det er viktig å påpeke at det sosiale i intervjuet, som kroppsspråk, stemmebruk, intonasjon og ironi, kan være vanskelig å få fram i en transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 186-187).

Der er ingen regler for *hvordan* en skal transkribere intervjuer. Likevel, er det en grunnregel vi har fulgt: «Skriv uttrykkelig i rapporten hvordan transkripsjonene er utført» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 189). Da vi var to stykker som transkriberte hver våre intervjuer, måtte vi på forhånd være enige om *hvordan* vi skulle transkribere ulike ting, og hvor *detaljerte* vi skulle være, eksempelvis ved bruk av høylytt stemme, ironi, overlapping, etc. Enkelte grunnregler vi bestemte oss for, var å ikke inkludere unødvendige fyllord og tenkelyder som «hmm» og «ehm». Der disse har vært nødvendig og hatt en mening i forhold til hva som blir fortalt, er dette likevel inkludert. Videre bestemte vi oss for å skrive i kursiv når noe ble poengtert sterkt

med høylytt stemme, og med fet skrift når denne poengteringen var veldig sterk. Sukk og latter, og andre slike detaljer, ble skrevet inn i klammer.

Vi transkriberte på bokmål, og anonymiserte navn og stedsbenevnelser fortløpende. Dette for å ivareta intervjupersonenes anonymitet. Vi beholdte også en muntlig stil på transkripsjonene. Det innebærer at vi ikke omformulerte setninger til å bli grammatisk korrekte, da vi ville sikre meningsinnholdet.

Transkripsjonene ble gjort fortløpende. Det vil si at vi startet med transkripsjon allerede etter første gjennomførte intervju. Det er en rekke fordeler med å gjennomføre transkripsjonen så fort som mulig. Blant annet medførte dette en høyere sjanse for at vi faktisk husket hvordan selve intervjuet foregikk, og dermed også husket bruk av kroppsspråk o.l. i større grad (Ruben & Ruben, 2005, s. 204). På bakgrunn av dette noterte vi også i margin dersom det var noe spesielt vi bemerket oss i intervjuet. Dette kunne være en spesiell stemning, eller en kobling til noe en tidligere intervjuperson hadde sagt, eller lignende.

Etter transkripsjonene ble alle lydopptak slettet. Ingen av de transkriberte intervjuene inneholdte noen identifiserbare indikatorer.

4.4 Analyse av intervjumaterialet

Gjennom selve intervjuet vil både intervjuperson *og* forsker *tolke* det som blir fortalt. Den *meningen* intervjupersonen hadde, vil altså bli tolket av oss som forskere. Intervjupersonen tolker på sin side de spørsmålene som blir stilt – i tillegg til at intervjupersonen forteller om opplevelser som allerede har gått gjennom en fortolkningsprosess. Denne tolkningen vil bli tatt med videre i analyseprosessen, hvor vi koder og sorterer utsagnene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 208).

Vi har benyttet oss av *stegvis-deduktiv induktiv metode* (SDI) for kvalitativ analyse (Tjora, 2021, s. 20). I denne metoden starter en med intervjuet, og bearbeider den empiriske dataen (de transkriberte intervjuene) ved hjelp av koder. Ved hjelp av slik strukturering av materialet er målet at vi skal kunne fremstille essensen i empirien på en tydelig og enkel måte. Dette er en metode som skal gjøre det lettere å drøfte og reflektere rundt hva intervjupersonene faktisk har fortalt (Tjora, 2021, s. 20-21; 218).

4.4.1 Koding

Ifølge SDI-modellen er det fordelaktig å benytte begreper som eksisterer i transkripsjonene som koder, framfor å skape egne. Dette er fordi en ønsker at kodene skal gjenspeile det intervjupersonene faktisk har sagt. Målet ved en slik tilnærming er at forskerens forventninger og allerede forutinntatte teoretiske antakelser skal gjennomsyre empirien i mindre grad (Tjora, 2021, s. 218). Vi kodet det empiriske materialet ved å gå gjennom alle de transkriberte intervjuene, og deres koder, sammen.

Først tok vi utskrift av transkripsjonene og markerte interessante utsagn, ord eller deler av intervjuet. De markerte delene fikk deretter egne koder underveis. Etter å ha kodet det første intervjuet gikk vi videre til neste, hvor vi fortsatte å bruke de samme kodene fra det foregående intervjuet. Dersom ingen av de allerede opprettede kodene passet til den neste intervjutranskripsjonen lagde vi nye, passende koder. Etter å ha jobbet oss gjennom alle transkripsjonene satt vi igjen med markerte transkripsjoner og en liste av alle kodene. Vi endte opp med til sammen 21 koder. Kodene er *empirinære*, de er dannet på bakgrunn av materialet og er formulert tett opp til empirien. Dette er fordi kodene kun er utviklet fra selve materialet, og ikke på grunnlag av teorier eller hypoteser (Tjora, 2021, s. 219). Eksempler på noen av disse kodene er «stempel/sigma», «hensyn fra andre» og «savner ressurser og muligheter».

Dette var flere koder som ikke kunne gjenbrukes i alle intervjuene. Dette er nok en naturlig konsekvens da vi har intervjuet tre ulike grupper (lærere, foreldre, og fagpersoner fra PPT). Disse har alle ulike erfaringer, ulike ståsted og ulike meninger. Vi endte opp med koder som gjorde at materialet ble mer gunstig, hvor vi lettere kunne finne frem til ønskede utsagn og temaer i transkripsjonene – og vi hadde dannet en klar forståelse av empiriens innhold. Videre ble det også enklere å sortere kodene i grupper, ved *kodegruppering*. Kodene plasseres altså inn i grupper som har sammenheng med hverandre, samt at de skal skille tematikken fra hverandre (Tjora, 2021, s. 232). De 8 tematiske gruppene vi dannet oss var med på å skape grunnlaget for hovedtemaene i studien (Tjora, 2021, s. 230). Det er disse hovedtemaene vi har strukturert funnene rundt, som vil bli presentert i kapittel 5.

4.5 Kvaliteten på studien

Det oppstår ofte en rekke innvendinger mot kvaliteten på kvalitative intervju. Blant disse finner vi den forståelsen om at de kvalitative metodene er subjektive. *Tolkning* er en sentral del av kvalitative intervju. Den teksten vi produserer basert på gjennomførte intervju, vil inneholde ulike «tolkninger av de fenomenene vi analyserer» (Thagaard, 2018, s. 19). Videre er kunnskapsproduksjonen problematisert i kvalitativ forskning: Den kunnskapen som skapes i intervjusituasjonen er basert på tolkning – både fra intervjuperson og forsker. *Kunnskapen* som skapes i den kvalitative samtalen er avhengig av spørsmålene som stilles, eksempelvis om det føres ledende spørsmål, om de *rette* spørsmålene stilles, hvordan forsker tolker reaksjoner og svar, og hvordan intervjuperson tolker spørsmål, etc. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 179-181).

Som studenter på lektorutdanningen har vi gjennom våre studieår samlet flere ulike inntrykk gjennom forskjellige fag, og erfaringer fra både praksiser tilknyttet studiet og egne deltidsjobber som lærere. Gjennom disse årene har vi møtt ulike faginnsetser, elever og lærere, hvor alle innehar ulike erfaringer og meninger. Videre har vi også møtt på og tilrettelagt for elever med ulike utfordringer og vansker i skolehverdagen. Erfaringene og kunnskapen vi har opparbeidet oss gjennom disse årene kan ha en innvirkning på oss og vår studie, men har også bidratt til å se forskningen og ADHD-diagnosen fra flere perspektiver. Gjennom skolen, studiet og denne intervjuprosessen har vi møtt på flere svært forskjellige tilfeller av ADHD. Vår erfaring har nok ført til at vi har våre egne ubevisste tanker om diagnosen, tilrettelegging og hvilken påvirkning skole og hjem kan ha, som igjen kan ha påvirket våre tolkninger av intervjupersonenes utsagn.

Med forkunnskaper og erfaringer som lærere har intervjuprosessen vært svært lærerik. Intervjuene har vært med på å gi oss innsikt i perspektiver vi selv ikke besitter, og har sådan påvirket vår forståelse og syn på ADHD-diagnosen. «Har du møtt *én* med ADHD har du bare møtt *én* med ADHD» er noe alle intervjupersonene har poengtert. Intervjuprosessen har dermed også vært en lærerik påminnelse om å være bevisst på diagnosens kompleksitet, dens variasjon og personers ulike behov for tilrettelegging. Vi er sikre på at det videre arbeidet med denne studien vil fortsette å utvikle vår forståelse og kunnskap tilknyttet ADHD-diagnosen. Det er derfor viktig å påpeke at alle beslutninger og fortolkninger som senere vil bli presentert i analysedelen vil være påvirket av vårt daværende kunnskaps- og erfaringsgrunnlag. Dog vil vi understreke at vi kontinuerlig har reflektert over vårt utgangspunkt, erfaringer, bevissthet og posisjon i arbeidet med studien, og har dermed, etter beste evne, gått inn i alle ledd av studien med en åpen tilnærming.

4.5.1 Forskerrollen

Det er viktig at det her tydeliggjøres at denne interaksjonen i stor grad skjer på forskerens premisser. Det er forskeren som stiller spørsmål og driver intervjuet videre, og det er forskeren som bestemmer om en har fått svar på det en lurte på (Thagaard, 2018, s. 91). Til tross for at intervjuet i stor grad foregår som en løs samtale mellom to parter, er det viktig å huske på at der foreligger et maktforhold i intervjusituasjonen. Dette maktforholdet kan karakteriseres som *asymmetrisk* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 52-53). Det er flere elementer å peke på her. I intervjusituasjonen, stilles intervjupersonen i en sårbar posisjon, hvor hen åpner seg – muligens om personlige forhold – til fordel for forskeren. Den asymmetriske situasjonen bør derfor basere seg på både fortrolighet og tillit (Thagaard, 2018, s. 91-92). Videre er det forskeren som har makten til å styre intervjuet, og som innehar fortolkningsmakten (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 52-53).

4.5.2 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Innen kvalitativ forskning benytter en seg gjerne av de tre kriteriene *pålitelighet*, *gyldighet* og *overførbarhet*, som indikatorer på kvaliteten av forskningen en har gjennomført (Thagaard, 2018, s. 181; Tjora, 2021, s. 259).

Den kvalitative forskningens *pålitelighet*, også kjent som *relabilitet*, er en kritisk vurdering om at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte, om sammenhengene internt i forskningsprosjektet er pålitelig og hvordan dette blir redegjort for i studien (Thagaard, 2018, s. 187; Tjora, 2021, s. 263). For å styrke forskningens pålitelighet ønsker en derfor å begrunne «relevante koblinger mellom empiri, analyse og teori» (Tjora, 2021, s. 263). Videre ønsker en å være så transparent i forskningen som mulig. Målet er å gi leseren et klart innblikk i det teoretiske utgangspunktet som danner grunnlaget for forskningens tolkninger, som igjen viser til hvordan analysen gir grunnlag for tolkningene og konklusjonene vi har kommet frem til (Thagaard, 2018, s. 189). For at leseren skal kunne ta stilling til forskningens kvalitet er det dermed essensielt at beslutningene som er gjort i forskningsprosjektet formidles tilstrekkelig (Tjora, 2021, s. 264). Tjora (2021, s. 264) poengterer at å gjøre forskningsarbeidet transparent krever at en systematisk registrere endringer, valg og erfaringer underveis i forskningen. I metodekapitlet har vi derfor, etter beste evne, redegjort for forskningsprosessen og beslutningene vi har tatt. For å kunne gjengi og begrunne beslutninger gjort underveis i

forskningsprosessen diskuterte vi ofte hva som var bakgrunnen for valgene vi utrettet, samt at vi loggførte begrunnelser, detaljer og erfaringer.

Begrepet *gyldighet* defineres innenfor kvalitativ forskning som gyldigheten av de resultatene en kommer frem til i forskningen, og hvordan en tolker disse (Thagaard, 2018, s. 180). Med andre ord bygger gyldighet på gyldigheten av ens tolkninger, og om svarene som forekommer i vår forskning faktisk svarer på de spørsmålene vi har stilt (Tjora, 2021, s. 260). I dette forskningsprosjektet vil dermed gyldigheten bestemmes ut fra om funnene vi gjengir faktisk gjenspeiler intervjupersonenes erfaringer, samt om intervjuene og tolkningene av dem har gitt tilstrekkelig informasjon om det studiet ønsket å utforske. Videre vil gyldigheten, i likhet med påliteligheten, bli påvirket av hvilke valg vi tar i forskningsprosessen, og det vil derfor være viktig å invitere leseren til å kritisk ta stilling til forskningens relevans og presisjon – altså ved å være transparent (Tjora, 2021, s. 262).

Overførbarhet, også kjent som *generaliserbarhet*, ved kvalitativ tilnærming referer til om den forståelsen vi utvikler gjennom forskningen også kan være av interesse eller overføres til andre intervjupersoner og situasjoner. Kunnskapen må ikke nødvendigvis være universell og konstant gjeldende for alle mennesker, som ved kvantitativ overførbarhet, men heller at funnene og dets tolkninger vekker konsensus hos lesere med kjennskap til fenomenet som blir forsket på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 264-265; Thagaard, 2015, s. 182). Gjennom arbeidet med intervjuene la vi merke til at lærerne, foreldrene og PP-tjenesten hadde liknende erfaringer og oppfatninger når det kom til ADHD-diagnosen. Dette kan dermed gi indikasjoner på at funnene i forskningsprosjektet kan ha overførbarhet utover denne studien.

4.6 Etiske problemstillinger

I forbindelse med denne oppgaven er det en rekke etiske problemstillinger å ta hensyn til. I individuelle intervju kan en ofte ta opp nærgående og personlige spørsmål. I tillegg er de beskrivelsene intervjupersonen deler en del av den aktuelle privatliv, som muligens vil bli offentliggjort (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 80).

Fordi vi skulle behandle personopplysninger ble studien meldt og vurdert av NSD (Norsk Senter for Forskningsdata).

Informasjonsskriv om prosjektet ble utarbeidet i tråd med NESHS etiske retningslinjer om informert samtykke. Dette samtykket skal være «*frivillig, informert og utvetydig*» (Staksrud et al., 2021, s. 18). Vi sikret dette ved å først gi tilpassede informasjonsskriv, i tillegg til at vi pratet om dets innhold før selve intervjuet startet. Vi innhentet skriftlig samtykke fra hver intervjuperson, og presiserte at samtykket kunne trekkes når som helst.

I dette forskningsprosjektet regnes barna med ADHD-diagnosen som en indirekte berørt part, selv om de ikke er til stede under intervjuet. Derfor utarbeidet vi et tilpasset informasjonsskriv rettet til barna, som barn og foreldre kunne gå gjennom sammen.

For å «beskytte forskningsdeltakernes identitet og integritet» (Staksrud et al., 2021, s. 23), anonymiserte vi alle deltakerne fortløpende i transkripsjonsprosessen, som kan leses om i kapittel 4.3.3. Dette kommer tydelig fram ved å ikke benytte oss av navn ved transkribering. I stedet for benyttet vi oss av «Forelder 1», «PPT 2» etc., men valgte å ikke vise til nummerering ved intervjuutdrag. I tillegg transkriberte vi på bokmål. På bakgrunn av anonymiseringsprinsippet, har vi også valgt å ikke transkribere konkrete gjenfortalte hendelser, da dette kunne ha identifisert enkeltindivider.

I tillegg til de ovenfornevnte etiske problemstillingene, måtte vi også ta stilling til de mulige uheldige konsekvensene som kunne inntreffe intervjupersonen i forbindelse med intervjuet. Altså må det tas hensyn til både de *direkte*, samt *indirekte* berørte partene av prosjektet (Staksrud et al., 2021, s. 26). Indirekte berørte parter i dette forskningsprosjektet kan være mange: det kan være barn som føler seg stigmatisert, lærere som føler seg negativt iaktatt, omdømmet til PPT, etc. Våre kvalitative intervju tok opp personlige, og muligens sårbare, temaer. Det må derfor vurderes om hvorvidt det er mer nytte enn skade i forbindelse med deltakelse. Forskeren må også være forsiktig med å ikke få intervjupersonen til å gi informasjon hen senere kan angre på (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 91). Dermed er det også viktig å, igjen, understreke det faktum at intervjupersonen kan trekke sin deltakelse *til enhver tid* før publiseringstidspunktet.

5 Funn

I dette kapittelet vil vi presentere funnene fra vår analyse av intervjumaterialet. Disse vil senere bli drøftet i diskusjonskapittelet. Basert på analysen har vi kommet fram til 4 funn relatert til oppgavens hovedtema, som dreier seg om hvordan ungdomsskolen møter og ivaretar elever med ADHD-diagnosen. Funnene er også relatert til forskningsspørsmålene, som dreier seg om opplevd samarbeid mellom skole og hjem, og samarbeid mellom skole og PPT. De 4 funnene vi har gjort oss er 1) kunnskap og holdninger til ADHD, 2) Manglende ressurser i skolen, 3) Enkeltlærerens betydning, og 4) Samarbeid mellom skole og hjem, og skole og PPT.

5.1 Kunnskap om og holdninger til ADHD

Gjennom analysen framkom det at intervjupersonene erfarte at kunnskapen om ADHD varierte blant lærere og skoleledelse. Dette ble videre knyttet til negative holdninger vedrørende diagnosen, som kunne finnes både blant lærere, foreldre, medelever, etc. Gjennom intervjuene kom det også fram erfaringer hvor mennesker hadde forutinntatte antakelser og holdninger om at ADHD-diagnosen utspilte seg forholdsvis likt hos de med diagnosen, og at diagnosen bød på et spesifikt atferdsmønster. Dette kunne gjelde både lærere og medelever, 'folk flest', og fra samfunnet rundt. Både lærerne og fagpersonene fra PPT fortalte at de opplevde stor forskjell mellom elever i forhold til hvordan ADHD-diagnosen kom til uttrykk, slik en av dem fortalte:

«Også er det jo en enorm variasjon innad i ADHD også ikke sant, fra de som er veldig velfungerende og til de som nesten henger i lampen når du kommer inn i klasserommet»
(Lærer)

Læreren beskrev hvordan ADHD-diagnosen kunne vise seg på svært forskjellige måter fra elev til elev. Gjennom intervjuene ble denne erfaringen lagt stor vekt på, som fortalt av en lærer:

«Men det er noe i det at 'har du møtt en med ADHD, så har du møtt *en* med ADHD.»
(Lærer)

Som illustrert ved utsagnet, forteller læreren at selv om du har møtt en elev med ADHD-diagnose, så har du ikke møtt alle – og en kan dermed ikke forutse væremåten til en annen med ADHD-diagnose. Det kom også fram gjennom intervjuene at de nærmeste menneskene rundt

disse elevene ofte kunne overse det at diagnosen utspilte seg forskjellig. Eksempelvis fortalte en fagperson fra PPT at lærere, foreldre, venner etc. ikke alltid var bevisst denne forskjellen:

«*Veldig* mange setter et ‘er-likhets-tegn’ med atferdsvansker (...). Men det trenger ikke å være atferdsvansker i det hele tatt, for det er noen andre ting som blir utfordringene.»
(PPT)

Fagpersonen fra PPT forteller her at hen ofte erfarte at mange mennesker – skoleledelse, lærere og andre foreldre – rundt elever med ADHD-diagnose ser på ADHD som synonymt med atferdsvansker. Det ble påpekt at ADHD-diagnosen er mer kompleks, og at elever med ADHD-diagnose kunne ha helt andre utfordringer enn atferdsvansker. Intervjupersonene opplevde at mange ikke hadde full forståelse for at en ikke kunne sette et slikt er-likhets-tegn ved diagnosen. Det ble løftet fram at dette også kunne gjelde lærere, foreldre etc. Dette var også noe lærerne selv påpekte. Gjennom intervjuene kom det også fram erfaringer hvor mennesker hadde forutinntatte antakelser og holdninger om at ADHD-diagnosen utspilte seg forholdsvis likt hos de med diagnosen, og at diagnosen bød på et spesifikt atferdsmønster. Dette kunne gjelde både lærere og medelever, ‘folk flest’, og fra samfunnet rundt.

ble opplevd som en utfordring, da lærerens forutinntatte tanker kunne påvirke hvordan hen møtte eleven i klasserommet. Eksempelvis utdypet en lærer at det er viktig å både se og forstå selve eleven, og ikke se eleven gjennom diagnosen. Det ble opplevd som bekymringsverdig at disse forutinntatte holdningene førte til at spesielt skolehverdagen ville bli vanskelig for deres barn dersom de ble diagnostisert med ADHD:

«Alle har jo et bilde av ‘hva er ADHD’, og det er jo sjeldent man sitter med positive tanker ‘yes, ADHD det er en superkraft, det kommer til å bli fantastisk’. Men de fleste (foreldre) de er jo der at ‘åh, herregud, hvordan skal det gå med ungen vår.» (PPT)

En fagperson fra PPT delte erfaringer om mye negativitet rundt diagnosen og trakk linjer mellom feilinformasjon og holdninger. Slik utdraget nedenfor viser, kom det fram at hen opplevde at det var mye stereotypier rundt diagnosen, og at hen knyttet dette til stigma. Hen trakk frem at dette var stereotypier en kunne møte både fra samfunnet generelt, men også enkeltpersoner som lærere, foreldre, etc.:

«Mange foreldre er engstelig for at barn skal få sånne diagnoser, for det *er* stigma knyttet til det. Mye av det som vi prøver å gjøre er å gi *riktig* og god informasjon om hva ADHD egentlig *er* for noe.» (PPT)

Intervjupersonene delte også opplevelser av at enkelte skoler og lærere kunne utvise negative holdninger knyttet til elever med ADHD-diagnose. Som illustrert ved lærerens utsagn nedenfor, hadde intervjupersonene selv erfart at skoler både stigmatiserte, samt behandlet de med ADHD-diagnosen *dårlig*:

«De som får ADHD-diagnosen tidlig blir veldig stigmatisert, selv om noen lærere sier at de ikke gjør det. Enkelte skoler er fæle til å stigmatisere diagnosen. Der blir man behandlet *dårlig* rett og slett. ‘Det er en sånn ADHD-unge’, sant, ‘drittunger’.» (Lærer)

Intervjupersonene delte opplevelser som både inkluderte feiloppfatninger om hva ADHD-diagnosen var og innebar, og uttrykte at slike feiloppfatninger kunne føre til negative holdninger og stigma rundt diagnosen. Det kan være en sammenheng mellom feilinformasjon og holdninger til diagnosen. Dersom en har negative holdninger, kan det bidra til å spre feilinformasjon, og motsatt.

5.2 Ressursmangel i skolen

Det andre funnet som kom fram av vår analyse var at intervjupersonene opplevde at det var mangel på ressurser i skolen. Foreldrene og PTT erfarte at lærerne ønsket å tilrettelegge og tilpasse undervisning og skolehverdagen– men at strukturelle faktorer ved skolen, samt manglende ressurser, framstod som en hindring.

Intervjupersonene påpekte at mangel på nok ressurser i skolen var en utfordring for å kunne gi tilstrekkelig oppfølging til elever med ADHD-diagnose. De fortalte om konkrete situasjoner hvor elever som trengte oppfølging av en kompetent pedagog, likevel hadde mistet ressurser blant annet på grunn av omfordeling av lærere. Videre ble det påpekt mangel på både spesialpedagoger og hjelpelærere til elever med ADHD. En av lærerne gav konkrete eksempler på hvordan mangelen på spesialkompetanse i skolen kunne komme til syne:

«Hvis en lærer er syk så settes spess-læreren (spesiallærer) til å ha timen, også settes det *kanskje* inn en vikar til å ta spess-undervisningen (spesialundervisning). Eller det kanskje

ikke settes ikke vikar i det hele tatt. Jeg har jo hatt veldig mange klasseromstimer hvor jeg egentlig skulle ha vært spess-lærer.» (Lærer)

Det ble også pekt på andre ressursproblemer, som at det ikke bare var mangel på *kvalifisert* personell, men at det manglet personell generelt. Spesielt ble lærertettheten pekt på som et strukturelt problem:

«De som sier at høyere lærertetthet *ikke* har noe å si på innlæring, det klarer jeg ikke å forstå. En elev som har gått på en skole med 15 elever i klassen i 10 år, har fått mye tettere oppfølging. Så enkelt er det.» (Lærer)

I sitatet ovenfor sammenliknet læreren lærertettheten med ordinære klassestørrelser, som ofte ligger på 25 til 30 elever per lærer. Lærerne delte en erfaring om at det ble stilt høye krav og forventninger om å tilpasse og tilrettelegge undervisning, ofte til opp mot 30 elever i samme klasserom. De opplevde at dette var svært vanskelig, og lot seg i liten grad gjennomføre med bare én lærer til stede. Når det er mange elever per lærer, gir det mindre tid per elev og resulterer i mindre oppfølging enn ønsket. Lærerne uttrykte også et ønske om å få muligheten til å jobbe enda tettere med elevene, enn dagens struktur tillot. Den lave lærertettheten har altså flere ringvirkninger for elever med ADHD-diagnose. Ved mange elever å ta hensyn til, vil læreren få mindre tid til å skape en nær relasjon som kan være en viktig del av det å skulle tilpasse skolehverdagen for en elev med ADHD-diagnose.

Manglende ressurser og kompetent personell var også noe foreldrene løftet fram. Foreldrene hadde erfart at deres barn med ADHD-diagnose fikk de ressursene de hadde krav på, *på papiret*, men ikke i praktisk forstand. Eksempelvis fortalte en forelder at barnets tildelte assistentløsning ikke fungerte. Skolen ville ta eleven ut av klasserommet, mens eleven ikke ønsket det. Dermed opphørte assistentstøtten i praksis uten at dette ble rapportert, og uten at noen annen ordning ble satt i gang.

Videre ble det uttrykt at skolen ble opplevd som teoritung, og at dette kunne være et problem for flere av elevene med ADHD-diagnose. En av intervjupersonene påpekte at det var en overvekt av teoritunge fag i ungdomsskolen:

«Det er en veldig teoritung ungdomsskole. Jeg tror vi må heller se på *innholdet* i ungdomsskolen, og kanskje få noen fag sånn som entreprenørskap. Sånne kule fag som man har i videregående.» (PPT)

Hen mente et praktisk undervisningstilbud kunne være svært viktig. Hen opplevde at behovet for spesialundervisning på videregående skole falt bort, fordi de der hadde flere valgmuligheter og mer praksisrettet skolehverdag. I intervjuene kom det også fram erfaringer med at skolestrukturen ikke tillot tilstrekkelig tilpasning for elever med ADHD-diagnosen, blant annet gjennom manglende fleksibilitet i timeplaner. Eksempelvis etterlyste læreren nedenfor flere praktiske gjøremål til elevene med ADHD-diagnosen:

«Ingen dager med bare engelsk, samfunnsfag, norsk og matte. Altså, muligheten til å få gjort andre ting – få rørt på seg. For noen er det nok med en sykkelløype utenfor skolen, for noen er det å skru på noe eller snekre. Sånt tror jeg er kjempeviktig.» (Lærer)

Læreren forteller ovenfor om en timeplan som ofte inneholder få pauser med praktiske og fysisk aktive fag. Dette ble oppfattet som problematisk for de elevene som trengte en pause fra skolefag som krevde konsentrasjon, og hvor en ofte måtte sitte stille over lengre tid. En av lærerne sa at hen kunne ta seg friheten til å avvike fra timeplanen for å gjøre andre ting enn å være inne i klasserommet, men opplevde at det var få eller ingen praktiske gjøremål å ta seg til som eksempelvis å snekre og eller skru på noe.

«Jeg syntes det er skolesystemet *som sådan*, er helt *rævva* i forhold til slike typer elever. Det er *alt* for lite lagt opp på deres premisser.» (Lærer)

Denne læreren forteller videre at hen opplevde at skolen ikke var godt nok tilpasset elever med ADHD-diagnose som *kunne* medbringe ulike utfordringer, som blant annet konsentrasjonsvansker og hyperaktivitet, etc. Hen uttrykte et ønske om at skolen i større grad kunne møte slike elever på deres individuelle premisser. Dette var noe flere av intervjupersonene løftet fram, særlig lærerne og fagpersonene fra PPT. Videre ble det påpekt at alle skoler har stor individuell frihet til hvordan de vil benytte seg av de ressursene de har til rådighet. Dette ble påpekt som et strukturelt problem ved skolesystemet.

5.3 Enkeltlærerens betydning

Det tredje funnet fra analysen, var at enkeltlæreren var av stor betydning. Som vist i første funn som omhandler kunnskap om og holdninger til ADHD-diagnosen, var det vanskelig å få en helhetlig kompetanseforståelse for ADHD-diagnosen. Dette fordi den er komplisert og kan vise

seg i mange ulike former. En intervjuperson fra PPT understreket at det derfor var vanskelig og for mye å forvente at alle lærere skulle inneha samme kompetanse om ADHD-diagnosen:

«Det er ikke bare å trylle fram den perfekte læreren som kan masse om barn med spesielle utfordringer.» (PPT)

Intervjupersonene uttrykte også at det varierte mellom lærere når det gjaldt interesse for å sette seg inn i diagnosen. Denne interessen om å tilegne seg kunnskap, ble ansett som avgjørende i hvor godt rustet læreren ble til å møte ADHD i klasserommet:

«Noen lærere er opptatte av det, og setter seg inn i det og leser seg litt opp på det, mens andre kanskje tenker at ‘ja, de her har jeg jo møtt før, jeg vet hvordan jeg skal gjøre det’, også blir de likevel tatt på sengen ‘oi, var det slik det var. Han har jo *mye mer* uro enn det jeg hadde tenkt’. Det er ikke alle som er like klar for den oppgaven.» (PPT)

Til tross for at lærerne søkte råd og veiledning, erfarte PPT at det var varierende i hvor stor grad de klarte å benytte seg av ressursene etter kurs og veiledning. Hektiske hverdager ble løftet opp som mulige hindringer for å gjennomføre de ulike tiltakene i undervisningen.

Foreldrene hadde erfart at det var veldig avhengig av den enkelte lærer hvordan deres barn med ADHD-diagnose hadde det på skolen. Hvem en fikk som lærer ble beskrevet av en forelder som *et stort lotteri*. Om læreren tok hensyn til elevens behov eller ikke, var vanskelig å forutse. Videre erfarte hen at det var mange lærere som ikke forstod viktigheten av individuell tilpassning av undervisning og skolehverdag. Den enkelte lærers væremåte og interesse ble løftet frem som viktige faktorer for hvordan læreren møtte eleven:

«Han fikk en ny lærer, som møtte han på en helt annen måte, og *så* liksom *han* da. Så jeg tror det var mere enkeltpersonen som læreren.» (Forelder)

Foreldrene mente på bakgrunn av flere erfaringer og opplevelser at den enkelte lærers kunnskap om diagnosen ofte ikke strakk godt nok til. Likevel ble ikke dette opplevd som *den enkelte lærers skyld*. Her ble mangel på tverrfaglig kompetanse i skolen løftet fram som viktig. En forelder mente at læreren *alene* ikke hadde den kompetansen som trengtes for å tilpasse skolehverdagen best mulig for de elevene med ADHD, og at en med fordel kunne inkludere flere fagfelt – miljøarbeidere, psykologer, sykepleiere, etc. – i skolen:

«Det er vel ikke rart når ikke kunnskapen ligger i bunnen for å hankses med disse tingene. Vi får slitne lærere, vi får elever med normbrytende atferd, vi får alle disse tingene, men da er det også vårt ansvar som Norge AS å ta tak i dette, og sørge for en mer tverrfaglig utnyttelse av ressursene rundt ungene.» (Forelder)

Forelderen ovenfor mente at en kunne forebygge normbrytende atferd og vanskelige situasjoner i skolen, dersom en hadde mer og tverrfaglig kunnskap om ADHD-diagnosen.

5.4 Utfordringene med et godt samarbeid

Et siste funn vi kom fram til gjennom analysen handler om samarbeidet mellom skole, hjem og PPT. Når en har en elev med ADHD-diagnose, er det flere instanser som kobles inn og det er mange personer som skal kommunisere og samarbeide. Et godt skole-hjem samarbeid ble påpekt som essensielt dersom en skulle få til god tilrettelegging og oppfølging av elever med ADHD-diagnose:

«De *absolutt beste* utfallene er når man har tett og godt foreldresamarbeid.» (Lærer)

Læreren ovenfor hadde erfart at tilretteleggingen og oppfølgingen av elever i forbindelse med ADHD-diagnosen, lot seg gjennomføre i mye større grad ved et godt skole-hjem samarbeid. Dette ble begrunnet i at det var viktig at både skolen og hjemmet samkjørte rutiner, fulgte opp lekser, forberedte seg og lagde en oversikt på kommende skoleuke, fulgte med på ukeplan, etc. – som fortalt av en forelder:

«Har du et barn med den her type diagnose, så er det samarbeid man må ha mellom hjem og skole, det er ikke bare skolen som skal ta ansvar for læring. Foreldrene er nødt til å bidra på hjemmebane hvis det her skal bli en god symbiose og du skal få et barn som klarer å lære så godt som mulig.» (Forelder)

Kommunikasjon ble gjennomgående beskrevet som viktig. Foreldrene uttrykte imidlertid at den kunne være utfordrende. Eksempelvis fortalte en forelder om manglende kommunikasjon fra skolens side, og at hen selv måtte ta initiativ for å etablere kontakt. Foreldrene beskrev samarbeidet som tungt, og at de måtte bruke mye tid og energi for å opprettholde god kommunikasjon. En annen forelder fortalte at hen ikke fikk etablert kontakt med ungdomsskolen hvor barnet er elev, til tross for flere forsøk.

En lærer påpekte at kommunikasjonen både ble startet og opprettholdt av lærere og foreldre som begge ønsket å samarbeide. Hen hadde erfart at det var lærere som ikke strakk seg lengre enn de få utviklingssamtalene en var pålagt å ha, og at dette kunne bidra til mindre kommunikasjon enn ønskelig. Kommunikasjonen mellom skole og hjem ble opplevd som et gjensidighetsforhold, hvor begge partene måtte være villige til å kommunisere dersom en skulle oppnå et godt samarbeid.

PPT ble beskrevet som en viktig og nødvendig instans, og et godt samarbeid mellom PPT og skolen ble påpekt som viktig for tilretteleggingen for elever med ADHD-diagnosen:

«De er jo ekspertene våre egentlig. Vi er jo egentlig bare pedagoger.» (Lærer)

Lærerne hadde deltatt på flere kurs og veiledninger hvor fagpersoner fra PPT tilbød verktøy, undervisningsmateriell, hjelperessurser og tips for å tilpasse undervisning og skolehverdag best mulig. En av lærerne påpekte at hens eget individuelle nettverk som ble skapt gjennom hans roller på skolen hadde innvirkning på hvor raskt hen fikk kontakt med PPT. Eksempelvis opplevde hen at hen fikk raskere kontakt med fagpersoner i PPT da hen også jobbet i ressursteam sammen med skolens PPT-kontakter. Dersom en var i ressursteam med PPT-kontaktene hadde en ofte møter med fagpersonene hvor en kunne etablere kontakt. Det er kun et fåtall lærere i disse teamene, og er dermed ikke alle lærere som får etablert et slikt tett nettverk til PPT. Vanskeligheten med å få etablert rask kontakt med PPT kan gjenspeiles i lærerens utsagn:

«PPT er jo overarbeidet de og. Hvis jeg har behov for det, så er det jo møter med PPT i de ekstreme tilfellene. Men i slike tilfeller som vi har nå, så er PPT fraværende. De gjør bare testene sine, så er de borte vekke. Men *trenger* jeg, så må jeg få åpnet saken igjen. Det tar *lang* tid, tre-kvart-år for å få tak i PPT.» (Lærer)

Læreren skjønnte at *ting tok tid* hos PPT, men mente likevel at «tre-kvart år» var urimelig lang ventetid når en trengte veiledning fra PPT. Det ble påpekt at lærerne selv ønsket mer individuell oppfølging med tanke på hvordan de kunne håndtere enkeltelever og enkeltsituasjoner. Kursene PPT avholdt ble opplevd som gode kurs, men også som *generelle* og kunne ikke alltid benyttes i individuelle situasjoner. PPT hadde også erfart lærernes opplevelse av mangelen av situasjonsbestemt veiledning:

«Når vi er på skolene så blir vi overfalt i forhold til at lærere trenger råd, de trenger veiledning. Så det er et stort behov for mer, spesifikk veiledning på hva man gjør på helt spesifikke utfordringer.» (PPT)

Fagpersonen fra PPT fortalte om situasjoner hvor hen hadde vært på skoler for å holde kurs, der mange lærere ønsket *enda mer* råd og veiledning.

Foreldrene hadde også erfart vanskeligheter med å holde god kontakt med PPT. En fagperson fra PPT fortalte at deres rolle i foreldresamarbeidet var å være foreldrenes lagspillere inn mot skolen. Altså skulle de fungere som en støttespiller på lag med foreldre og barnet med ADHD-diagnosen. PPT ble beskrevet som en ressurs som ble utløst ved en ADHD-diagnose, men det var samtidig opp til skolen og foreldre å ta kontakt med PPT for å benytte denne ressursen. Dette ble begrunnet i at PPT ikke mottok noen automatiske varsler ved en ADHD-diagnose hos en elev. Foreldrene opplevde likevel at det ikke nyttet å ta kontakt, fordi de da ble sittende lenge på en venteliste:

«Veldig merkelig opplegg med PPT. For jeg har enda ikke hørt fra dem. Det har bare stått på vent.» (Forelder)

Foreldrene opplevde det som vanskelig å holde god flyt i kommunikasjonen når det var tre parter (skole, hjem og PPT) som skulle kommunisere sammen og på tvers av hverandre. De erfarte at de ofte måtte passe på at deres barn med ADHD-diagnosen fikk det de hadde krav på, og opplevde PPT som for lite tilstedeværende. Eksempelvis fortalte en forelder om situasjoner hvor PPT ikke hadde møtt til avtalte møter.

I delkapittel 5.2 ble autonomi nevnt. En av lærerne mente at autonomien hver skole hadde kunne påvirke elevenes forutsetninger når de kom på ungdomsskolen. Hen erfarte også at en slik autonomi hadde betydning for elever med ADHD-diagnose i større grad enn andre elever. En del av den autonomien skolene hadde inkluderte også hvor mye informasjon barneskolen delte med ungdomsskolen i en overgang. En av foreldrene fortalte om at mye informasjon tilknyttet eleven ble mistet i overgangen mellom barne- og ungdomsskole. Dette ble begrunnet i at barneskolen hadde valgt å *ikke* dele informasjon med ungdomsskolen. Dermed måtte de starte helt på nytt med møter og evalueringer, etc. angående ulike tilpasninger rundt eleven. Å dele slik informasjon ble framstilt som valgfritt fra skolens side, men når det gjelder elever med spesielle behov kan all informasjon være hensiktsmessig å dele.

6 Diskusjon

I dette kapitlet vil funnene bli tolket og drøftet i lys av teoretiske perspektiver og tidligere forskning presentert i kapittel 2 og 3. Vi starter derfor diskusjonskapitlet med å oppsummere de fire funnene:

Det første funnet handler om kunnskap og holdninger til ADHD-diagnosen. Her kom det fram at diagnosen er kompleks og kan vise seg i flere forskjellige former hos elever. Likevel, er ikke alle bevisst denne kompleksiteten, og mange setter et er-likhets-tegn mellom ADHD og atferdsvansker. Det framkom også at intervjupersonene opplever at mange har både feiloppfatninger og negative holdninger til elever med ADHD.

Det andre funnet handler om ressursmangel i skolen. Det framkom at det manglet både generell- og spesialkompetanse i skolen. Spesielt ble ønsket om høyere lærertetthet pekt på, samt muligheten til tettere oppfølging av enkeltelever. Her også ble det løftet fram at skolen ikke var godt nok tilpasset elever med ADHD-diagnose, som kom til uttrykk gjennom timeplanen, fleksibilitet i skolehverdagen, økonomisk fordeling, informasjonsdeling, etc.

Det tredje funnet omhandler enkeltlærerens betydning i møte med elever med ADHD i klasserommet. Læreren som person og hens interesser ble løftet frem som viktige elementer i hvordan hen tilpasset og tilrettela for elever med ADHD. Mangel på tverrfaglig kompetanse i skolen ble også løftet fram som en hindring for best mulig tilrettelegging.

Det siste funnet omhandler samarbeid mellom skole, hjem og PPT. Kommunikasjonen ble pekt på som svært viktig, men som vanskelig å få til på en god og effektiv måte. Kommunikasjon på tvers av alle tre parter ble opplevd som svært vanskelig å få til, da alle hadde flere oppgaver og ansvarsområder å forholde seg til på samme tid. Videre krevde det mye fra alle parter å skulle opprettholde en god kommunikasjon over tid.

6.1 Idealeleven og skolediskursen

Som Tjora og Levang (2016, s. 5) beskriver, har det vært en *dramatisk* økning i antall ADHD-diagnoser i løpet av de siste tiårene. Som følge av dette, må også ungdomsskolen forholde seg til flere elever med ADHD. Dette kan bety at det er flere og flere elever som ikke passer inn i det vi kan kalle *normalsporet*, altså de elevene som passer inn i den ordinære undervisningen

uten særskilte behov (Wendelborg, 2021, s. 116). Dette har potensielt skapt et skille i ungdomsskolen mellom den «ideelle» og den «ikke-ideelle» elev.

En kan argumentere for at skolereformene har satt tydelige føringer for hva *den ideelle elev* er. Det nye kunnskapsløftet løfter i stor grad fram ‘den selvregulerte elev’, og uttrykker store forventninger til at eleven skal være selvdrevet (Riese, Hilt & Søreide, 2020, s. 183). Det kan slik tenkes at *idealeleven* kommer til uttrykk gjennom ulike signaler samfunnet og skolen sender ut. Dersom en følger Berger og Luckmanns (2000) forståelse, blir samfunnet til gjennom den interaksjonen og kommunikasjonen vi har mellom hverandre. Språk blir utpekt som en viktig brikke i hvordan vi konstruerer og forstår virkeligheten (Berger & Luckmann, 2000, s. 57). Samfunnet innad i skolen kan dermed sies å bli til gjennom den kommunikasjonen som gjøres mellom både elever, lærere og skolelederne – men også fra de politiske styringsdokumentene som legger føringer for skolens praksis.

Ifølge Skaalvik og Skaalvik (2021, s. 52) kan den norske ungdomsskolen sies å være prestasjonsorientert – som innebærer at det er elevens *resultater* som er det viktigste målet. Ungdomsskoleelevene måles og sammenliknes med hverandre på flere plan: gjennom nasjonale- og internasjonale prøver, slik som PISA-undersøkelsen (Lillejord, 2015: Utdanningsdirektoratet, 2020). Samtidig viser forskning at mangel på motivasjon og økende stress er utbredt blant ungdomsskoleelever (Kunnskapsdepartementet, 2022, s. 1). Det kan tenkes at de ulike signalene skolen sender ut har noe å si for motivasjonen og stresset blant ungdomsskoleelever. Den norske skolen kjennetegnes av at den skal være en inkluderende skole for *alle* (Midthassel, 2003, s. 13-14; Wendelborg, 2021, s. 13-14). Likevel er det stadig flere elever blir tatt ut av den ordinære undervisningen, begrunnet med at de ikke fikk tilstrekkelig læringsutbytte (Ogden, 2020, s. 22).

En kan da stille spørsmål om *hvem* det er som legger disse føringene, og sender disse signalene om idealeleven. Foucault argumenterer for at ‘profesjonene’ sitter på mye av den diskursive makten som definerer «sann» og «gyldig kunnskap» (Østrem, 2012, s. 50-53). ‘Profesjonene’ kan i denne sammenhengen være politikere og fagpersoner i departementer, da det er disse som utformer og vedtar skolereformene. Det kan også være skoleeier – kommunene -, fordi det er disse som skal sørge for at kvaliteten er til stede i skolen. Å sikre kvalitet kan innebære lærere med riktig kompetanse, sikre gode resultater, sikre nok ressurser i skolen, etc. Det kan også være læreren: eksempelvis gir læreren kommentarer (i form av skjenn og ros) og

tilbakemeldinger (i form av evaluering av arbeid) – og kommuniserer slik tydelig hva hen regner som «sann» og «gyldig kunnskap».

Ifølge Foucault og Gordon (1980, s. 93-94), kan profesjonene, som nevnt ovenfor, besitte makt, fordi de produserer det vi aksepterer for «sannhet». Når vi – samfunnsaktørene – aksepterer denne «sannheten», gir vi dermed profesjonene makt. Profesjonene som legger føringer for hva vi aksepterer som «sant» har altså mulighet til å både inkludere, ekskludere og definere diskursen (Østrem, 2012, s. 49). Dette kan innebære at politikere (profesjonene) er med på å bestemme hva som er gjeldende: eksempelvis kan de gjøre dette ved å legge føringer for timetallet til enkelte fag, som å redusere praktisk-estetiske fag, men øke teoretiske fag, etc. (se Tabell 2). Gjennom slike bestemmelser kan profesjonene legge føringer for en skolediskurs om hva som er viktig, riktig, og rett i ungdomsskolen.

Basert på dette, kan det tenkes at 'profesjonene' definerer hva som skal være «sann» og «gjeldende kunnskap» om ungdomsskoleeleven og skolestrukturen – som muligens kan være med på å fremme eller hemme vår anerkjennelse av ungdomsskoleeleven med ADHD. Berger og Luckmann (2000, s. 48-52) argumenterer for at kunnskap bygger på sosial interaksjon og kommunikasjon. Gjennom språket opprettholdes og videreformidles kunnskap, normer og verdier (Berger & Luckmann, 2000, s. 53). Samfunnet former skolesystemet i lys av hva som blir opplevd som viktig og «riktig» å lære framtidens voksne. Berger og Luckmann (2000, s. 53) viser til at det vi opplever som viktig og «riktig», kan variere på tvers av tid, sted og kultur. Slik kan det tenkes at de normene og verdiene vi har skapt oss imellom, kommer til uttrykk gjennom de politiske dokumentene som legger føringer for hvordan ungdomsskolen styres. Språket – det som formidles gjennom slike dokumenter – kan tenkes å være med på å forme skolediskursen om hva som er viktig og «riktig» å lære og gjøre i ungdomsskolen.

Intervjupersonene opplevde at ungdomsskolen ikke var godt nok lagt opp etter premissene til elever med ADHD-diagnosen. De påpekte også et ønske om høyere lærertetthet og ønsket om tettere oppfølging med enkeltelever som trengte det. Totalt sett ønsket de bedre muligheter til å tilrettelegge skolehverdagen og undervisningen. I lys av de foregående forståelsene og begrepene, kan det tenkes at skolen ikke er lagt opp for å tilstrekkelig kunne støtte elever med ADHD – fordi disse ikke representerer de ideelle målene ungdomsskolen har. Føringene den norske ungdomsskolen legger, verdsetter muligens gode resultater høyere enn tilrettelagt undervisning (Skaalvik & Skaalvik, 2021, s. 50; Wendelborg, 2021, s. 118).

Intervjupersonene uttrykte også at ungdomskolen kunne være problematisk for elever med ADHD-diagnose, muligens fordi den var for teoritung. De etterlyste videre flere praktiske og estetiske fagtilbud i skolen. Endring i timetall for ulike fag har endret seg i takt med nye kunnskapsløfter. Eksempelvis er timeantallet for kunst og håndverk i ungdomsskolen redusert med 14.62% siden L97 – samtidig som teorifagene matematikk og norsk står tilnærmet uendret (Det kongelige kirke-, utdannings- og forskningsdepartement, 1996, s. 81; Utdanningsdirektoratet, 2022a, s. 16).

Basert på dette, kan det tenkes at det føres en spesifikk diskurs i skolen, vedrørende «den ideelle elev». Som nevnt ovenfor, kan vi kalle denne for *skolediskursen*. En kan muligens se på skolediskursen som en sammenfatning av de ulike signalene skolen sender ut til- og om eleven. Eksempelvis kan disse signalene sendes ut gjennom endringer i timetallet til de estetiske og teoretiske fagene i ungdomsskolen (se tabell 2). Det kan tenkes at ulike kommentarer og resultater, både ført innenfor skolens fire vegger – men også ført gjennom samfunnsdebatten – bidrar til å sende ut slike signaler til elevene og samfunnet. Ifølge Østrem (2012, s. 49), er diskursene med på å forme måten vi ser virkeligheten på. Dette kan ses i sammenheng med Berger og Luckmanns (2000, s. 50) teori om typeinndelinger, hvor de hevder at våre mentale kart og skjemaer er bestemmende for de handlingene en foretar. Aktørens handlinger er videre påvirket og formet av den «kunnskapen» hen innehar (Aakvaag, 2008, s. 87), og er preget av den sosiale konteksten (Berger & Luckmann, 2000, s. 68). Slik sett kan muligens skolediskursen være en viktig faktor for hvordan valg som tas på de ulike nivåene (F.eks. staten og regjering, kommunene og deres organisasjon (Midthassel, 2003, s. 16) og lærerne). Videre kan det tenkes at skolediskursen er med på å forme vår virkelighetsoppfattelse og en felles fortolkningsramme for hvordan en tenker, forholder seg til og møter elever med ADHD-diagnosen. Eksempelvis kan det tenkes at skolediskursen bidrar til å forme ulike typeskjemaer, som videre kan ha innvirkning på hvordan skolen og læreren møter og tilrettelegger for elever med ADHD-diagnosen.

6.2 ADHD-diskursen

Som Berger og Luckmann (2000) skisserer, er vår kunnskap og virkelighetsoppfatning påvirket av den sosiale og kulturelle konteksten. Lian (2012, s. 38-39) viser til at en også kan se sykdom i et slikt perspektiv. Antall personer som får en ADHD-diagnose har økt kraftig de siste årene

(Reseptregisteret, 2023, 29. mars). Det kan dermed tenkes at det også forekommer en økning i antall elever med en ADHD-diagnose i ungdomsskolen. Følgelig kan dette ses i lys av medikaliseringsbegrepet. Som Conrad (2013, s. 196) forklarer, omhandler medikalisering at stadig flere av menneskets tilstander og problemer blir forklart gjennom medisinske årsaksforhold. Medikalisering kan ses på som både noe positivt, men også noe negativt: Ved at flere tilstander defineres som sykdom eller gis en diagnose, kan enkeltmenneskers lidelser – som tidligere ikke har blitt anerkjent – nå få hjelp og støtte. På den andre siden, kan det også bidra til å sykeliggjøre vanlige, menneskelige tilstander.

Medikaliseringen kan slik sees på som et begrepsverktøy en kan forsøke å forstå ulike prosesser i samfunnet med. Ved hjelp av en slik forståelse, kan en se nærmere på sykdommer og problemer tilknyttet 'atferd' (Conrad, 2013, s. 197). Gjennom en slik tilnærming, kan en se på hvordan 'atferd' har blitt puttet inn i medisinske kategorier, og blitt definert som sykdom. ADHD-diagnosen er relativt vanlig i dag – mens det før kanskje ikke ble satt en medisinsk diagnose på barn som var uoppmerksomme, hadde litt ekstra energi, ikke klarte å konsentrere seg, etc. Dermed kan diagnosen sees i takt med samfunnsendringer. Det kan tenkes at kravene som ble stilt til barn har endret seg – som for eksempel stillesitting på skolen – som gjør at slik, potensielt uønsket, atferd kommer tydeligere fram. Riese, Hilt og Søreide (2020, s. 183) argumenterer for at det nye kunnskapsløftet tydelig skisserer en idealelev som pliktoppfylgende, selvregulert og som både sosialt og emosjonelt kompetent. En elev med ADHD kan streve med nettopp disse tingene, som vist tidligere i delkapittel 2.1 om kjernesymptomer. Det kan slik tenkes at ADHD-elever utviser spesielle egenskaper som ikke passer inn i skolens standard – og at det oppleves som et problem når barn utviser slik atferd, rett og slett fordi dagens skole krever stillesittende, rolige og pliktoppfylgende elever. Som Conrad (2013, s. 197) beskriver, er ikke atferd et avvik i seg selv, men blir et avvik i lys av samfunnets normer og regler. Hensikten med å belyse dette, er ikke å utforske hvorvidt ADHD er en «ekte» sykdom eller ikke – men heller å belyse at det har vært en prosess som har gjort at slik atferd på ett punkt ble ansett som et avvikende medisinsk problem.

Funnene våre peker også i denne retningen: både fagpersoner fra PPT, lærere, samt foreldre, påpekte at skolesystemet ikke var lagt opp til å passe for elever med ADHD-diagnosen. Som vist til tidligere, gjelder dette både timefordelingen mellom teoritunge og estetiske fag, men også mangelen på praktiske alternativer i skolehverdagen.

Ved hjelp av medikalisering som et begrepsverktøy, kan en også se nærmere på forbedringsmedisinen, som en kategori som har blitt et medisinsk anliggende (Conrad, 2013, s. 198). Forbedringsmedisin søker å gjøre et individ bedre enn det var i utgangspunktet (Conrad, 2013, s. 198). Altså er det ikke nødvendigvis et medisinsk problem som foreligger, men heller et ønske om å nå et forutbestemt ideal. Skolen kommuniserer tydelige forventninger til atferd (Djupedal & Korshavn, 2016, s. 86), og den økte forekomsten av ADHD-diagnosen og medisinerer, er følgelig noe som kan ses i lys av forbedringsmedisinen.

Conrad og Barker (2010, s. 71) viste til en debatt hvor enkelte medlemmer i døvesamfunnet mente at cochleaimplantatet bidro til å skape et samfunnssyn som knyttet døvhet til en defekt og et handicap. På samme måte kan en problematisere medisinerer av barn og ungdom med ADHD. Her vil kanskje lærere og foreldre medisinerer barn og ungdom for å kontrollere hyperaktivitet og impulsivitet, slik at de kan lære mer og bedre – og muligens gjøre eleven «så normal som mulig», slik Conrad og Barker (2010, s. 71) argumenterte. Dette kan potensielt bidra til at eleven føler seg mer normal og passer bedre inn, ved at hen eksempelvis blir roligere ved hjelp av medisinerer. På en annen side kan en argumentere for at medisinerer av barn og unge ikke er løsningen her – men at undervisningen og læringsmiljøet må tilpasses bedre for å møte elevens individuelle behov. Sammenliknet med døves cochleaimplantat, kan medisinerer av ADHD potensielt føre til at elevene føler at de er ‘unormale’ elever som ikke passer inn.

I tillegg til skolediskursen, kan det tenkes at det er en ADHD-diskurs som er med på å forme hvordan en møter elever med ADHD i skolen. Som intervjupersonene fortalte, var det mange som hadde forutinntatte holdninger, og som satte et ‘er-likhets-tegn’ mellom ADHD-diagnosen og atferdsvansker. Slik som beskrevet i delkapittel 6.1 om skolediskursen, dannes diskurser på bakgrunn av kommunikasjon mellom samfunnsaktører, som igjen kan forme hvordan en tenker og forholder seg til ulike mennesker eller fenomener (Berger & Luckmann, 2000, s. 50; Østrem, 2012, s. 49). Det vi her legger i *ADHD-diskursen*, er de meningene, holdningene og kunnskapene om ADHD-diagnosen i skolen, som illustrert gjennom våre funn. Som Berger og Luckmann (2000, s. 25; 48-52) beskriver, er vår oppfatning av hverdagen – samt oppfatningen om hva som er «sant», formet av vår bakgrunn og den sosiale og kulturelle konteksten. Det kan tenkes at ADHD-diskursen som føres i skolen er formet av de forutinntatte holdningene (f.eks. at ADHD betyr atferdsvansker), som igjen kan legge føringer for hvordan skolen og lærerne møter og ivaretar elevene med ADHD-diagnosen.

6.3 Den ‘normale’ elev – sanksjonering av den ‘unormale elev’?

Flere av intervjupersonene uttrykte at elever med ADHD-diagnosen ble møtt med for dårlig tilrettelegging på ungdomsskolen. I lys av teori om normalitet, kan det tenkes at normalitetsforståelsen i skolen har blitt innsnevret, slik som blant annet sett gjennom *skolediskursen* i delkapittel 6.1. Det kan tenkes at skolens ønske om å opprettholde en viss faglig standard, har bidratt til skolens utfordringer med å forholde seg til elever med særskilte behov. Kanskje elever med ADHD-diagnosen kommer i veien for å nå samt opprettholde skolens mål om en faglig standard, da disse elevene ikke klarer å møte standardkravene eller ønskede resultater?

I følge Riese, Hilt og Søreide (2010, s. 176) bygger kunnskapsløftet på Ludvigsen-utvalgets utredning av fagfornyelsen. Normalitet i skolen – den ‘normale’ elev – kan potensielt tenkes å være den selvregulerte og lærevillige eleven, slik som Ludvigsen-utvalget skisserer (Riese, Hilt & Søreide, 2020, s. 183). Som Grue (2016, s. 84) argumenterer, kan den atferden en elev med ADHD har ses i lys av en relasjonell dimensjon, hvor atferden sammenliknes med den «normale» atferden, konsentrasjonsevnen, etc. I lys av en slik dimensjon, kan det muligens tenkes at elever med ADHD ikke hadde hatt utfordringer i skolen, dersom normaleleven ikke var forventet å skulle konsentrere seg og sitte stille over lengre tid. Videre kan en se ADHD-diagnosen i lys av en kontekstuell dimensjon (Grue, 2016, s. 84-88), hvor skolens fysiske omgivelser potensielt kan sette begrensede rammer for elever med ADHD-diagnose. Basert på en slik dimensjon, kan det tenkes at store klasser i (relativt) små klasserom, skaper uro og bråk – som kan være en større utfordring for en elev med ADHD-diagnose. For å stadfeste ADHD-diagnosen må en se nærmere på individets bakgrunn og erfaringer, og det sosiale miljø som inkluderer foreldre, barnehage, etc. (Tjora, Næss & Levang, 2016, s. 13). Slik er det *noen* som er nødt til å definere hvor grensen til normal atferd og avvikende atferd går. Forstått slik, kan ADHD-diagnosen ses på som sterkt betinget og formet av de sosiale rammene i samfunnet. Her kan en også trekke linjer tilbake til *ADHD-diskursen*. Det kan tenkes at grensene for normalitet preger det synet en har på atferden til elevene med ADHD – som ifølge Grue (2016, s. 88-84; Conrad, 2013, s. 197) er avvikende *fordi* det sammenliknes med det «normale».

Ett av funnene fra vår analyse, var at både lærere, foreldre og andre mennesker i samfunnet, kunne ha både feiloppfattelser om hva en ADHD-diagnose var og innebar – samt at de kunne ha negative tanker og holdninger knyttet til diagnosen. En av lærerne vi intervjuet viste til hvordan elever med ADHD kunne bli beskrevet som «en sånn ADHD-unge» og «drittunge» –

fordi de f.eks. ofte kunne være litt hyperaktive i undervisningstimene. Grue (2016, s. 9-10) argumenterer for at alle samfunn har egne grenser for hva som regnes som normalt og unormal, akseptabelt og uakseptabelt – og har egne sanksjoner dersom denne grensen overskrides. Dersom en aksepterer tanken om at skolens styringsdokumenter setter standarden for normal og akseptabel adferd, og at disse holder på den «sanne kunnskap» om hvordan elever skal være – kan det også tenkes at disse bidrar til å skape feiloppfatninger og negative holdninger til elever som *ikke* er slik. Kanskje slike holdninger er en av skolens – og samfunnets – *sanksjoner*?

Dersom vi følger Berger og Luckmanns (2000, s. 40) tankegang, kan også slike holdninger skapes gjennom den kommunikasjonen og interaksjonen vi har mellom oss. Som sett i kapittel 3.1.1, bygger vår hverdagsvirkelighet på et spesifikt kunnskapsgrunnlag, som igjen er styrende for vår atferd. Dette er en kunnskap som skapes gjennom sosial interaksjon, og det språket som føres mellom aktørene (Berger & Luckmann, 2000, s. 48-53). Som sett tidligere i *ADHD-diskursen*, påpekte intervjupersonene at ‘mange’ mennesker så på ADHD som synonymt med atferdsvansker. Dersom dette er en utbredt formulering i kommunikasjon mellom lærere, kan dette bli en del av ADHD-diskursen og slik bli oppfattet som «sann kunnskap», som spres videre i lærerkollegiet. Ifølge Berger og Luckmann (2000, s. 50-52) vil vi holde på våre typeinndelinger – våre oppfatninger om virkeligheten – inntil vi blir møtt med noe eller noen som gjør at vi må omstrukturere dem. Det kan slik også tenkes at en vil holde ‘fast’ med ADHD-diskursen, fram til noen eller noe utfordrer de tanker og synspunkter som er integrert i den.

6.4 Ungdomsskolens spagat mellom mål og verdier

Ettersom skolen som institusjon er såpass viktig i samfunnet får den mye kritisk oppmerksomhet innenfor både politikk og media. Mange har meninger om hva som er galt med skolen, og hva som skal til for å forbedre den. Skolen er altså under krysspress, hvor ulike interessegrupper trekker skolen mot sine egne mål og prioriteringer – politikere, lærere, organisasjoner og foresatte – når morgendagens skole skal diskuteres (Ogden, 2020, s. 15). De med minst innflytelse på utviklingen av skolen er muligens elevene, selv om de fleste på skolefeltet påberoper seg å representere og ivareta deres interesser. Elevene har nok i mindre grad nådd frem med sine synspunkter, trolig blant annet fordi de er en sammensatt gruppe som har vanskeligheter for å snakke med én stemme (Ogden, 2020, s. 15).

Det kan tenkes at ungdomsskolen står i en spagat mellom mål og verdigrunnlag. Dersom en aksepterer Djupedals (2022, s. 37) tolkning, kommuniserer skolen – blant annet gjennom endringer i timefordelingen – tydelig at målet er gode resultater samt spesifikk teoretisk kunnskap. Samtidig bygger skolens verdigrunnlag på inkludering og likeverd. Dette kommer blant annet til syne gjennom kunnskapsløftets overordnede del som i stor grad understreker tilpasset opplæring, og å skape et trygt og godt læringsmiljø, samt ha et inkluderende fellesskap i skolen (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 16-17). Den omfattende kartleggingen og testingen som foregår i skolen, som f.eks. gjennom PISA-undersøkelsen (Lillejord, 2015; Utdanningsdirektoratet, 2020, s. 1), kan videre begrunnes i at ‘man vil det beste for barnet’. Denne begrunnelsen kan en finne igjen i *godhetsdiskursen* (Østrem, 2012, s. 63): Dersom en argumenterer for at denne kartleggingen er det beste for barnet – altså med *godhetsargumenter*, kan det være nærmest umulig å argumentere mot dem.

Et av funnene som ble gjort gjennom analysen, var at kommunikasjon mellom foreldre, lærere og PPT var vanskelig å både etablere og opprettholde. Dette kan ses i lys av godhetsdiskursen. Vi har alle våre egne virkelighetsoppfattelse som bygger på ulike sett av kunnskaper og opplevelser, og sosial interaksjon (Berger & Luckmann, 2000, s. 25;48-52). Basert på en slik oppfatning av kunnskap, er det også mulig å tenke at de ulike aktørene (forelderen, læreren, fagpersonen fra PPT) har ulike tanker om hva som er ‘det beste for barnet’, og følgelig hva som er viktigst å prioritere. Som Berger og Luckmann (2000, s. 25) argumenterer, vil kunnskapen den kriminelle innehar, være annerledes enn kunnskapen kriminologen innehar. Slik kan det også tenkes at kunnskapen og oppfatningen om hva det beste for eleven er, varierer mellom aktørene rundt eleven – altså foreldre, lærere og fagpersoner fra PPT.

Intervjupersonene fortalte at det ofte tok lang tid å få tak i fagpersoner fra PPT. Som en lærer fortalte, opplevde hen at PPT var *overarbeidet*. Dette kan potensielt ses i lys av den (relativt) plutselige eksplosjonen av ADHD-diagnoser (se tabell 2). Dersom en ser økningen i antall ADHD-diagnoser i lys av et diskursteoretisk perspektiv, medikalisering, samt teori om normalitet, kan det også tenkes at det ikke bare er ADHD-diagnoser som har økt – men antall diagnoser generelt, i takt med en endret diskurs vedrørende sykdom og helse. Det kan her tenkes at samfunnet i løpet av de siste tiårene har ført diskurser som stadig blir mer åpen for å godta sykdommer og problemer.

6.5 Manglende tilrettelegging for ADHD-elever

Dersom vi ser tilbake på både ADHD-diskursen og skolediskursen, kan det også tenkes at diskursene som føres har en rolle i ressursfordelingen i skolen. Lærerne vi intervjuet påpekte at det var mangel på ressurser i skolen, og spesielt av kvalifiserte spesiallærere. En av lærerne fortalte at hen flere ganger – når hen skulle ha spesialundervisning – ble satt til å ha ordinær undervisning, dersom den ordinære læreren var fraværende. Læreren fortalte videre at det ofte ikke ble satt inn vikar for spesiallæreren. Slik kommer et ressursproblem i ungdomsskolen til syne. I slike situasjoner kan en muligens tolke at diskursene som føres i skolen har lagt føringer på hvordan ressursene fordeles: Spesialundervisning kan måtte vike for ordinær undervisning hvis det er behov. Denne tolkningen kan underbygges ved en av intervjupersonenes erfaringer, at det sjeldnere er en hel klasse som står uten pedagog – mens det skjer relativt ofte med eleven som trenger spesialpedagog.

Som Osvoid (2017, s. 64-65) beskriver, kan diagnoser ha en administrativ funksjon. Når en elev på ungdomsskolen har en ADHD-diagnose, vil også skolen få flere økonomiske midler. Næss og Tjora (2012, s. 82-83) argumenterer for at denne administrative funksjonen letter utfordringene eleven og læreren møter i skolen. Økonomiske midler kan innebære at klasserommet får tildelt en ekstra pedagog, som kan komme hele klassen til gode – ikke bare eleven med ADHD-diagnosen. En kan muligens også se på dette som en ressurs som kommer skoleledelsen til gode – ved at det er spesiallæreren som først blir omdisponert.

Tidligere forskning viser at det er stor variasjon i geografisk forekomst i ADHD-diagnosen (se figur 1 og 2). Dersom en følger Conrad og Barkers (2010) skissering, kan det tenkes at de ulike geografiske områdene i Norge også har ulike kulturer – for hva som aksepteres som normal atferd – som kan utgjøre en forskjell i diagnostisering av ADHD. Det kan tenkes at noen steder i landet har større utbredt tjenestetilbud, og at ventetiden er kortere enn andre steder. Variasjon innenfor tilbudet kan være en mulig konsekvens av de diskursene som føres vedrørende diagnostisering av barn. Eksempelvis kan det tenkes at enkelte skoler er mindre opptatte av å ha stille og rolige klasserom, enn andre skoler. Dersom det er ulike kulturer blant ungdomsskoler, kan det også tenkes å være ulike ADHD-diskurser. Dersom det føres ulike diskurser, kan det muligens ha betydning for de holdninger skolen og læreren har om ADHD-diagnosen – som kan tenkes å ha betydning for hvordan de møter og forholder seg til elever med ADHD. Slik kan det tenkes at diskursene som legger føringer for hvordan skolen styres og enkeltlæreren tilpasser undervisning, også er preget av geografisk – og kulturell – variasjon.

Skaalvik og Skaalvik (2021, s. 51) viser at enkelte praksiser kan variere mellom skoler, som følge av at de har en egen autonomi. I intervjuene kom dette til uttrykk, blant annet ved skolenes valg om å dele informasjon. En av lærerne vi intervjuet hevdet også at den enkelte skole hadde relativt stor autonomi når det gjaldt fordeling av ressurser. Eksempelvis kan skolen selv vurdere om de vil ta enkelteleven ut av klasserommet, organisere mindre grupper, eller sette inn en ekstra lærerressurs i klassen (Wendelborg, 2021, s. 114).

De ulike måtene å organisere slik undervisning på, har ulike betydninger: Eksempelvis kan det å bli tatt ut av klasserommet ha betydning for elevens mulighet til å knytte sosiale nettverk – som igjen kan ha betydning for opplevelsen av tilhørighet, deltakelse på fritidsaktiviteter, sosiale ferdigheter, etc. (Wendelborg, 2021, s. 119). Skolen skal, ifølge Wendelborg (2021, s. 118) ruste eleven til å mestre sitt eget liv. Det å ‘mestre eget liv’ kan bety så mangt: Eksempelvis kan en se tilbake til Ludvigsen-utvalgets skissering om selvregulering som mestring (Riese, Hilt & Søreide, 2020, s. 183). Det å ha sosial kompetanse kan også tenkes å være en viktig del av å mestre eget liv. Selvverd, som Skaalvik og Skaalvik (2021, s. 49-50) drøfter, kan også være en viktig del av livsmestring. Ved å ta eleven ut av klasserommet, kan det tenkes at det blir vanskeligere for eleven å oppnå mestring på alle disse ulike områdene.

Tilbake til skolediskursen, kan en også se de tydelige signalene skolen sender ut gjennom spesialundervisning: dersom en elev faller utenfor A4-tankegangen om idealeleven, kan det tenkes at hens mål og utvikling er like viktig. Et skille mellom ordinær og spesialundervisning tegner et bilde om at skolegang er forbeholdt ‘vanlige folk’ – og at en er ‘spesiell’ og ‘sær’ dersom en har andre behov (Wendelborg, 2021, s. 115-117).

6.5.1 De ulike føringene enkeltlæreren møter og legger

Et av funnene var at den enkelte læreren var av stor betydning i møte med elever med ADHD-diagnosen. Som en forelder fortalte, var det bemerkelsesverdig forskjell i hvordan hens barn med ADHD hadde det på skolen med forskjellige lærere. Om læreren tok tilstrekkelig hensyn til enkeltelevens behov eller ikke, ble blant annet forklart i den enkelte lærers væremåte og interesse. Også fagpersoner fra PPT løftet opp dette som viktige faktorer i hvorvidt en lærer var *interessert* i å tilegne seg kunnskap om ADHD-diagnosen. Dette kan ses i lys av Berger og Luckmanns (2000) oppfatning om kunnskap som et resultat av vår bakgrunn (s. 25) og sosial interaksjon med andre (s. 48-52). Eksempelvis kan det tenkes at lærerens typeskjema består av

en oppfatning om ADHD-elever som en 'enkel' utfordring med hyperaktivitet og dårlig konsentrasjon, og tenker følgelig at hen ikke trenger å lære seg noe mer om diagnosen. Som en fagperson fra PPT fortalte, opplevde hen at mange lærere ofte kunne tenke at «ja, de her har jeg jo møtt før, jeg vet hvordan jeg skal gjøre det». En endring av en slik oppfatning, vil, ifølge Berger og Luckmann (2000, s. 50) først skje når læreren møter en elev med ADHD som ikke passer inn i hens eksisterende typeskjema.

Gjennom intervjuene kom det fram en opplevelse om at lærerens forutinntatte antakelser om ADHD-diagnosen kunne påvirke hvordan hen møtte eleven i klasserommet. Enkeltlærerens betydning i møte med elever med ADHD-diagnosen kan derfor også ses i lys av Foucaults utelukkelsesprinsipper (Foucault & Schaanning, 1999, s. 8-9). Diskursproduksjonen er som nevnt preget av en rekke regler og utelukkelsesprinsipper. Utelukkelsesprinsippene brukes for å kontrollere, sortere, organisere og fordele hva diskursen skal inneholde (Foucault & Schaanning, 1999, s. 8-9). *Forbudet og motsetningen mot fornuft og galskap* kan ses i sammenheng med elever med ADHD sine posisjoner i skolen. Dersom eleven med ADHD ikke passer inn i skolens normalspor, kan det tenkes at læreren heller vektlegger tilrettelegging for de elevene med potensialet til å 'bli' ideal-eleven. Det første utelukkelsesprinsippet – *forbudet* – beskriver også hvordan en elev med ADHD muligens ikke blir lyttet til på grunn av hens posisjon. Som en forelder fortalte mistet eleven assistentstøtten fordi hen ikke ville bli tatt ut av klasserommet. Ingen annen ordning for denne eleven ble satt i gang. I denne situasjonen kan det tenkes at elevens egne ønsker ikke blir tatt hensyn til fordi hen – som barn – muligens ikke tilskrives fornuft (Østrem, 2012, s. 52).

Foucaults tredje utelukkelsesprinsipp, *motsetningen mellom sant og falskt* (Foucault & Schaanning, 1999, s. 14), problematiserer 'objektiv' «kunnskap» og «sannhet». Gjennom dette prinsippet argumenteres det for at sannhet ikke er en absolutt størrelse, men noe som er utformet av den kulturelle og sosiale kontekst. Dersom noe ikke kan ses på som et objektivt fakta, kan det også potensielt utelukkes fra diskursen. Altså utfordrer dette prinsippet tankegangen om at det finnes en absolutt sannhet om elever med ADHD-diagnosen. Intervjupersonene løftet fram opplevelsen av at mange (både lærere, medelever, andre foreldre, etc.) satte et 'er-likhets-tegn' mellom ADHD og atferdsvansker. Dette kan ses i lys av Conrad og Barkers (2010) tolkning av sykdom som sosialt konstruert. Ulike samfunn og kulturer oppfatter sykdommer og tilstander forskjellig, og tilegner de forskjellige meninger. Dette kan skje gjennom både handling og sosial interaksjon – slik som Berger og Luckmann (2000) argumenterer.

Conrad og Barker (2010, s. 71) påpeker videre at politiske implikasjoner kan spille en viktig rolle i hvordan en sykdom blir oppfattet i et samfunn. Slik som nevnt tidligere i skolediskursen, kan det tenkes at ulike politiske dokumenter, som kunnskapsløftet og overordnet del (Kunnskapsdepartementet, 2017), muligens er viktige brikker i hvordan ADHD blir oppfattet av samfunnet generelt, men også hos den enkelte lærer. Som en av fagpersonene fra PPT fortalte, opplevde hen at mange lærere *ønsket* å tilrettelegge godt nok for elever med ADHD – men at strukturelle faktorer ved skolen framstod som en hindring. Gjennom slike føringer kan det tenkes at den enkelte læreren blir ‘bundet’ til en spesiell type undervisning og tilrettelegging. Gjennom skolediskursen har ikke læreren helt frie tøyler til å legge undervisningen opp slik som hen vil – fordi hen til en viss grad må følge føringene som blir lagt opp av den overordnede skolediskursen. Eksempelvis kan ikke norsklæreren plutselig ta elever med ut for å snekre eller sykle – fordi det må være forankret i læreplaner.

6.5.2 Holdninger til ADHD-diagnosen

Som beskrevet tidligere, vil hva en anser som «virkelig» og «rett» variere etter vår bakgrunn, samt den kulturelle, historiske og sosiale konteksten (Berger & Luckmann, 2000, s. 25). Vår virkelighetsoppfattelse utvikles gjennom kunnskapen som blir til gjennom sosial interaksjon (Berger & Luckmann, 2000, s. 48-52). Det er, ifølge Berger og Luckmann (2000, s. 53), gjennom språket vi formidler og opprettholder vår forståelse av en virkelighet. Hvis den enkelte læreren omtaler elever med ADHD-diagnosen som «drittunger» (som en av intervjupersonene fortalte), kan dette være en måte å opprettholde en virkelighet om at ‘elever med ADHD-diagnosen *er* drittunger’. Med andre ord, kan dette bidra til å forsterke og opprettholde ADHD-diskursen.

Disse stereotypiene læreren fortalte om, kan også ses i lys av Berger og Luckmanns (2000) teori om typeskjemaer. Som beskrevet tidligere i delkapittel 3.1.1.1, kategoriserer vi mennesker etter karakteristikk, som konkrete egenskaper. Vi lager slike mentale inndelinger for å kunne navigere en kompleks virkelighet (Berger & Luckmann, s. 50-52). Dersom en tenker seg om, er dette noe vi alle gjør gjennom hele dagen. Når du skal på jobb på morgenen, tar du på deg et antrekk du anser som passende for anledningen. Skulle du imidlertid dratt i en begravelse, eller tatt en tur på stranden, ville du mest sannsynlig ha tatt på deg et annet antrekk. Slik benytter vi oss av en rekke typeinndelinger – som er basert på våre kulturelle og

sosiale forventninger og normer – til våre hverdagslige navigeringer. Det er følgelig vanskelig å forestille seg en hverdag uten slike kategoriseringer.

Slik er typeinndelinger nyttige – og kanskje til og med nødvendige – verktøy for å forstå verden rundt oss. Likevel, kan en mulig konsekvens av slike inndelinger føre til utvikling av stereotypier. Dersom en har en typeinndeling som tilsier at ‘alle elever med ADHD-diagnosen er noen uoppdragne drittunger som bare lager bråk’, kan en muligens være generaliserende ovenfor en hel gruppe. Som beskrevet i delkapittelet ovenfor (delkapittel 6.5.1), kan lærerens forutinntatte holdninger legge føringer for hvordan hen strukturerer undervisningen. Det kan slik tenkes at lærerens typeskjemaer bidrar til å skape stereotypier og holdninger tilknyttet ADHD-diagnosen – som muligens gjør at eleven med ADHD ikke får den støtten og tilretteleggingen hen trenger.

Som beskrevet tidligere i delkapittel 3.3.1, kan lærerprofesjonen inneha en bestemt type makt til å definere «sann» og «gyldig kunnskap» (Foucault & Schanning, 1999 i Østrem, 2012, s. 50). Dersom mange lærere på en skole fremmer negative holdninger til ADHD-elever – bevisst eller ubevisst, – kan det også tenkes at de fremmer oppfatningen om at «dette er sannhet». Følgelig kan læreren ses på som å inneha en maktposisjon, hvor det hen gjør og måten hen handler på i skolen og i klasserommet, har betydninger for de holdninger andre elever, foreldre, etc. har til elever med ADHD. Slik kan lærerne være med på å danne og opprettholde en ADHD-diskurs.

7 Oppsummering og avslutning

Vi har sett at ungdomsskolen forholder seg til elever med ADHD-diagnose på forskjellige plan. Som en forståelsesramme gjennom denne masteroppgaven bygger vi på et perspektiv hvor virkeligheten blir forstått som et sosialt produkt. Som Berger og Luckmann (2000) har skissert, kan forholdet mellom individ og samfunn forstås som en evig runddans basert på kommunikasjon og interaksjon mellom aktørene. Gjennom en slik forståelse, kan en tenke seg at mens samfunnet skaper mennesket, skaper mennesket samfunnet.

På et overordnet nivå forholder ungdomsskolen seg til elever med ADHD-diagnose på bakgrunn av nasjonale føringer. Skolens førende dokumenter – læreplaner, forskrifter, etc. – kan tenkes å bidra til sosial konstruksjon av hvordan skolesystemet, og samfunnet, oppfatter ADHD-diagnosen. Dersom en følger Conrad og Barkers (2010, s. 67) skissering, kan det tenkes at ADHD som diagnose, samt selve sykdomsopplevelsen, er formet i en sosial og kulturell kontekst. Dette kan bety at ungdomsskolens omstendigheter og signaler har bidratt til å forme ADHD-diagnosen slik som vi kjenner den i dag. Som vist til tidligere, har beskrivelsen av ADHD endret seg i takt med tiden, hvor den før ble knyttet til en mangel på moralsk kontroll, og ble så beskrevet som *Minimal brain damage* (Albrecht et al., 2015, s. 12). I dag anerkjennes diagnosen som en nevrologisk sykdom (FHI, 2014). Diskursbegrepet kan også tilby et fruktbart perspektiv til hvordan ungdomsskolen forholder seg til elever med ADHD-diagnose. Eksempelvis kan det tenkes at skolens overordnede dokumenter – som kunnskapsløftet – fører spesifikke og dominerende diskurser innenfor skole og helse; en skolediskurs og en ADHD-diskurs. Det kan tenkes at disse igjen påvirker hvordan den enkelte ungdomsskolen driftes og struktureres, samt hvordan den enkelte læreren møter elevene.

Ungdomsskoler forholder seg muligens også til elever med ADHD på bakgrunn av hva som regnes som normalt og ikke. Skolediskursen kan legge ulike føringer for hva som blir ansett som normalt i skolen, og hva som anses som unormalt, avvikende, uønsket, etc. Dette kan igjen være førende for hva som eventuelt sanksjoneres – og hvordan det sanksjoneres. Eksempelvis kan det tenkes at elever med ADHD-diagnose faller utenfor skolens normalitetsforståelse, og sanksjoneres gjennom ulike holdninger hen blir møtt med. Skolediskursen kan også være fruktbart når en ser på holdninger til ADHD-diagnosen. Det kommer tydelig fram at skolens mål er at elevene skal oppnå gode resultater, blant annet innenfor flere tunge teoretiske fag. Dette kan igjen påvirke hvordan den enkelte læreren legger opp undervisning, og hvordan hen ser på elever med spesielle behov, som de med en ADHD-diagnose. Medikaliseringbegrepet

har vært en viktig brikke i å forstå hvordan normalitetsbegrepet kan ha betydning for ADHD-elever. Når stadig flere elever ikke passer inn i skolens mål- og strukturvisjon, kan det muligens skapes negative holdninger mot elever med ADHD-diagnosen, på bakgrunn av at de ikke følger idealene som føres gjennom skolediskursen.

Gjennom interaksjon skapes, opprettholdes og endres diskursene som føres i samfunnet. De samme diskursene sender ut signaler som kan bidra til å skape visse holdninger om ADHD-diagnosen; hva den er og hvordan den utspiller seg. Det kan tenkes at slike holdninger styrer diskursen i retning «ny konsensus» og «ny kunnskap» – og kan slik bidra til å være bestemmende for hva som skal være «gjeldende» og «sann kunnskap» om elever med ADHD. Altså kan det tenkes at menneskers interaksjon bidrar til å videreutvikle allerede eksisterende og produsere ny kunnskap, normer og holdninger til ADHD-diagnosen – og slik også produsere og utvikle en ADHD-diskurs.

Som det innledende sitatet i denne masteroppgaven sier, er det flere måter å se på – og derav forholde seg til – elever med den komplekse ADHD-diagnosen. De ulike teoretiske tilnærmingene og begrepene, har tillatt oss å se at dette forholdet formes av flere ulike faktorer. Likevel vil vi ikke utelukke at andre teoretiske tilnærminger hadde tilbydd andre forståelser av fenomenet.

7.1 Konklusjon

Arbeidet med empirien og teorien i denne masteroppgaven har gitt et innblikk i hvordan ungdomskolen forholder seg til elever med ADHD-diagnose. Det er likevel ikke et kort og enkelt svar på problemstillingen «*Hvordan forholder ungdomsskolen seg til elever med ADHD-diagnose?*». Ungdomsskolen forholder seg til elever med ADHD-diagnosen på flere plan, som ser ut til å være i et komplekst gjensidighetsforhold: De øverste styringsdokumentene kan bidra til å forme skolediskursen – som igjen kan være formgivende for måten skolen struktureres, blant annet i timeplanfordelingen. Skolediskursen kan også være førende for hvordan enkeltlæreren verdsetter og fokuserer på tilpasset undervisning. Det kan også tenkes at denne diskursen bidrar i bestemmelser av hvilke ressurser som settes inn i skolen. Gjennom samhandling og interaksjon videreutvikler mennesker i et samfunn ulike diskurser, som også kan gjelde ADHD-diskursen. Det kan tenkes at denne diskursen er med på å forme ulike holdninger til elever med ADHD-diagnosen. Slik ser vi at de to ulike diskursene – ADHD-

diskursen og skolediskursen – formes gjennom kommunikasjon, som kan ha betydning for hvordan ungdomsskolen forholder seg til elever med ADHD-diagnosen.

7.2 Avsluttende bemerkninger

Vi ønsker å benytte noen siste avsnitt for å komme med noen kritiske bemerkninger til vår egen oppgave. Det første, og kanskje viktigste, gjelder oppgavens omfang og avgrensning av problemstilling: «*Hvordan forholder ungdomsskolen seg til elever med en ADHD-diagnose?*». ‘Forholder’ er et vidt begrep – men muligens passende her, fordi det er mange elementer som kan spille inn i forholdet mellom skole og elev. Dette åpne begrepet har tillatt oss å se nærmere på hvordan de ulike samfunnsnivåene – mikro, meso og makro – kan ha innvirkning på elever med ADHD i ungdomsskolen. Samtidig begrenser den vide problemstillingen mulighet til å ta et større dypdykk i én side ved fenomenet.

Videre kan en se på den generelle kritikken mot kvalitative intervju som metode. Først og fremst er dette en metode som i stor grad er preget av tolkning – både fra forsker og intervjupersonens side. Den tolkningen vi har gjort oss kan ikke sies å være preget av fullstendig nøytralitet og objektivitet – da vi alltid vil være påvirket av våre forforståelser og erfaringer. Videre tillater ikke en slik metodisk tilnærming overførbarhet og generaliserbarhet for hele populasjonen, da den er begrenset til et lite utvalg og en spesifikk kontekst. - og vi har derfor vurdert vår studie i forhold til kvalitetskriteriene for kvalitative studier; gyldighet og pålitelighet (Tjora, 2011, s. 259).

Videre har vi valgt intervjupersoner som er tilknyttet forskjellige skoler og PPT-kontor. Dette åpnet opp for å se nærmere på hvordan ulike skoler møter elever med ADHD-diagnose. Dersom alle intervjupersonene var fra samme skole, hadde vi imidlertid muligens fått et dypere innblikk i hvordan opplevelsen var på den spesifikke skolen. Dette kunne dog ha bydd på problemer vedrørende intervjupersonenes anonymitet. Da dette er en kvalitativ studie, har målet likevel aldri vært å kunne sammenlikne skoler, måle forskjeller, etc. Det er styrker og svakheter ved begge mulighetene. Ved å velge intervjupersoner fra forskjellige skoler og PPT-kontor får vi et bredere blikk – som problemstillingen søker etter – i tillegg til at vi sikrer anonymitet i større grad.

For videre forskning hadde det vært sosiologisk interessant å gjøre et dypdykk i de ulike funnene fra vår analyse. Eksempelvis kunne en ha forsket på skolestrukturen alene – og utforsket hvordan den kan ha betydning for individet eller samfunnet. En kan også se nærmere på ADHD-diagnosen gjennom ulike teoretiske perspektiver. Eksempelvis hadde det vært interessant å se på kjønnsforskjeller i forhold til elever med ADHD.

8 Referanseliste

Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.

ADHD Norge. (2021, 15. mars). *Hva er ADHD?*. <https://www.adhdnorge.no/artikkel/hva-er-adhd#:~:text=Når%20dopaminomsetningen%20ikke%20fungerer%20som,ytringsformer%20vil%20varierte%20med%20alder.>

Albrecht, B., Sandersleben, H. U., Wiedmann, K. & Rothenberger, A. (2015). ADHD History of the Concept: The Case of the Continuous Performance Test. *Current developmental disorders reports*, 2(1), 10-22. <https://doi.org/10.1007/s40474-014-0035-1>.

Anderssen, J. & Gjernes, T. (2012). Det moderne behandlingssamfunnet. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (1 utg., s. 62-78). Gyldendal Akademisk.

Banerjee, T., Middelton, F. & Faraone, S. (2007). Environmental Risk Factors of Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Pædiactra*, 96(9), 1269-1274. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00430.x>

Berger, P. L. & Luckmann, T. (2000). *Den Samfunnsskapte Virkelighet* (F. Wiik, Overs.). Fagbokforlaget. (Opprinnelig utgitt 1966).

Brinkmann, S. (2013). *Qualitative Interviewing*. Oxford University Press.

Brinkmann, Svend, og Tanggaard, Lene. (2019). Introduksjon. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling*. (s. 11-16). Gyldendal Akademisk.

Conrad, P. (2013). Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts. I W. C. Cockerham (Red.), *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (1. Utg, s. 195-214). Springer.

Conrad, P. & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *American Sociological Association*, 51(1), 67-79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>

Dal, E. (2010). *Kunnskapsløftet: På vei mot felles kvalitetsansvar?* Universitetsforlaget AS.

Det kongelige kirke-, utdannings- og forskningsdepartement. (1996). *Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen*. Fastsatt som forskrift ved kongelig resolusjon.

Direktoratet for E-helse. (2023). F90: Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. utg.). Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613725>.

Djupedal, E. F. (2022). På skuldrene til de minste – grunnskolens timefordeling som verktøy for å skape framtida. *Nytt Norsk Tidsskrift* 39(1), 29-40. <https://doi.org/10.18261/nnt.39.1.4>.

Djupedal, E. F. & Korshavn, R. N. (2016). Medisinering av mangfold i kunnskapsskolen. I A. Tjora & I. E. Levang (Red.), *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s. 85-100). Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2014, 17. september). *De vanligste utviklingsforstyrrelsene*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykisk-helse-barn-unge/utviklingsforstyrrelser-hos-barn/>.

Fjellså, I. F. & Karlsen, M. L. (2016). Diagnostiseringen av ADHD. I A. Tjora & I. E. Levang (Red.), *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s. 29-43). Fagbokforlaget.

Foucault, M. & Gordon, C. (1980). *Power/knowledge. Selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton Harvester Press.
https://monoskop.org/images/5/5d/Foucault_Michel_Power_Knowledge_Selected_Interviews_and_Other_Writings_1972-1977.pdf.

Foucault, M. & Schaanning, E. (1999). *Diskursens orden. Tilredelsesforelesning holdt ved Collège de France 2. desember 1970*. Oslo: Spartacus.
<https://www.nb.no/items/792ffd7c359cd61a5fb1792fa79beaa0?searchText=diskursenes%20orden&page=0>.

Ghosh, A. (2022, 30. august). *Elevene trenger lærere med pedagogisk kompetanse*. Utdanningsforbundet. <https://www.utdanningsforbundet.no/nyheter/2022/elevene-trenger-larere-med-pedagogisk-kompetanse/>.

Grue, L. (2016). *Normalitet*. Fagbokforlaget.

Harste, G. & Mortensen, N. (2013), Sociale samhandlingsteorier. I H. Andresen & L. B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (5. utg., s. 217-249). Hans Reitzels Forlag.

Helsedirektoratet. (2016, 29. februar). *ADHD: Nasjonal faglig retningslinje*. Sist faglig oppdatert 04. mai 2022. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>.

Helsedirektoratet. (2020, 29. Januar). *ADHD*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/#behandling>

Hofmann, B. & Wilkinson, S. (2016). Mange betegnelser for sykdom. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 136(12), 1125-1126. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0316>.

Isaksen, J. V. (2012). Medikalisering i lys av mediene. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling* (1. utg., s. 100-116). Gyldendal Akademisk.

Karlstad, Ø., Furu, K., Stoltenberg, C., Håberg, S. E. & Bakken, I. J. (2017). ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month: Nationwide cohort study from Norway. *Scandinavian journal of public health*, 45(4), 343-349. <https://doi.org/10.1177/1403494817708080>.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.). (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Kommunesektorens organisasjon. (2022, 09. juni). *KS som arbeidsgiverorganisasjon*. <https://www.ks.no/om-ks/hvem-er-vi/ks-som-arbeidsgiverorganisasjon/>.

Kunnskapsdepartementet. (2017). *Overordnet del – verdier og prinsipper for grunnopplæringen*. Fastsatt som forskrift ved kongelig resolusjon. Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020.

Kunnskapsdepartementet. (2022, 02. mai). *Ungdomsskolen skal bli mer praktisk og variert*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ungdomsskolen-skal-bli-mer-praktisk-og-variert/id2911018/>.

Laugerud, S. (2019). Praksisfellesskap for læring og profesjonsutvikling: Skoleeiers syn på egen rolle i skolebasert kompetanseutvikling. I H. Bjørnsrud & L. Gjems (Red.),

Praksisfelleskap for læring og profesjonsutvikling (s. 111-124). Universitetsforlaget.

<https://doi.org/10.18261/9788215032290-2019>.

Lian, O. S. (2012). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (1 utg., s. 38-61). Gyldendal Akademisk.

Lillejord, S. (2015). Lærernes profesjonsutdanning. *Bedre skole*, 15(3), 85-87.

Loder, E. (2015). Big food, big pharma: is science for sale?. *BMJ*, 350(2), 795.

<https://doi.org/10.1136/bmj.h795>.

Mather, B. A. (2012). The Social Construction and Reframing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 14(1), 15-26.

<https://doi.org/10.1891/1559-4343.14.1.15>.

Midthassel, U. V. (2003). Skoleutvikling i Norge de siste 30 år. Fokus på sentrale og lokale utfordringer forbundet med intensjonen om å utvikle en inkluderende skole. *Nordisk tidsskrift for spesialpedagogikk*, 81(1), 13-22. <https://doi.org/10.18261/ISSN0048-0509-2003-01-03>.

Staksrud, S., Kolstad, I., Bang, K. J., Bomann-Larsen, L., Fretheim, K., Granaas, R. C., Harpviken, K. B., Haugen, H. Ø., Jakobsen, L. A., Johnsen, R. Lie, M. H., Strømmen, H. Nevøy, A. N., Nilsen, T. K., Skilbrei, M. & Enebakk, V. (2021, desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. NESH.

<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora>.

NOU 2015: 8. (2015). *Fremtidens skole: fornyelse av fag og kompetanser*.

Kunnskapsdepartementet.

Næss, S. C. K. & Tjora, A. (2012). Medikalisert lydighet? Mødres møte med ADHD. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (1 utg., s. 79-99). Gyldendal Akademisk.

Ogden, T. (2020). *Skolens mål og muligheter* (1.utgave.). Gyldendal.

Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa* (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>.

Osvold, A. (2017). Barn og foreldre i diagnosesamfunnet – ADHD som case. I H. Bondevik, O. Madsen, & K. N. Solbrække. (Red.), *Snart er vi alle pasienter: Medikalisering i Norden* (s. 63-79). Spartacus forlag AS.

Reseptregisteret, FHI. ADHD-midler. <https://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>.

Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvalitativ metode* (4. Utgave). Fagbokforlaget.

Riese, H., Hilt, L. & Søreide, G. (2020) Selvregulering som pedagogisk formal: Diskursive fornyelser i «Fremtidens skole». *Nordisk tidsskrift for pedagogikk og kritikk*, 6(2020), 176-190. <https://doi.org/10.23865/ntpk.v6.1717>.

Rubin, H. J. & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data* (2. Utg.). Sage Publications.

Skaalvik E. M. & Skaalvik, S. (2021). Prestasjonspresset i skolen. I M. Uthus. (Red.), *Elevenes psykiske helse i skolen: utdanning til å mestre egne liv* (s. 47-66). Gyldendal akademisk.

Stray, H. J. (2018). Skolens samfunnsmandat. *Bedre skole*, 18(3), 13-17.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. Utgave). Fagbokforlaget.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2019). Intervjuet. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling*. (s. 17-45). Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. (2012). Helsesosiologi som forskningsfelt. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (1. utg., s. 16-37). Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis*. (4. utg.). Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. & Levang, L. E. (2016). *ADHD og det disiplinerte samfunn*. Fagbokforlaget.

Tjora, A., Næss, S. C. & Levang, L. E. (2016). ADHD i samfunnsperspektiv. I A. Tjora & I. E. Levang (Red.), *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s. 11-28). Fagbokforlaget.

Utdanningsdirektoratet. (2020, 25. august). *Den internasjonale studien PISA*.

<https://www.udir.no/tall-og-forskning/internasjonale-studier/pisa/>.

Utdanningsdirektoratet. (2022a). *Fag- og timefordeling og tilbudsstruktur for Kunnskapsløftet*

(Udir-1-2022). Hentet fra <https://www.udir.no/regelverkstolkninger/opplaring/Innhold-i-opplaringen/udir-1-2022/vedlegg-1/2.-grunnskolen/#>.

Utdanningsdirektoratet. (2022b, 23. august). *Hvordan ta i bruk læreplanene?*.

<https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/stotte/hvordan-ta-i-bruk-lareplanen/#a153412>.

Villadsen, K. (2013). Michel Foucault. I H. Andersen & L. B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (5. utg., s. 339-364). Hans Reitzels Forlag.

Wendelborg, C. (2021). Inkludering versus marginalisering. I M. Uthus.(Red.), *Elevenes psykiske helse i skolen: utdanning til å mestre egne liv* (s. 110-126). Gyldendal akademisk.

Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Øystein, Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T. C., & Aase, H. (2016). *ADHD i Norge: en statusrapport* (4). Folkehelseinstituttet.

Østrem, S. (2012). *Barnet som subjekt: etikk, demokrati og pedagogisk ansvar*. Cappelen Damm akademisk.

9 Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning av masterprosjekt

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

12.01.2023, 13:36



[Meldeskjema](#) / ["Påvist ADHD - hva nå? En kvalitativ studie av ungdomsskolens opp..."](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 266548	Vurderingstype Standard	Dato 04.01.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjektittel

"Påvist ADHD - hva nå? En kvalitativ studie av ungdomsskolens oppfølging av elever og ivaretagelse etter en stilt ADHD-diagnose"

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning / Institutt for samfunnsvitenskap

Prosjektansvarlig

Marianne Vibeke Trondsen

Student

Amalie Olsen Andreassen

Prosjektperiode

31.12.2022 - 15.05.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.05.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse.

TREDJEPERSONER

Prosjektet gjennomfører intervjuer med foreldre til barn under 16 år, som har en ADHD-diagnose. Det registreres indirekte identifiserende personopplysninger om helse om barna. Rettslig grunnlag for behandlingen av personopplysninger om tredjepersoner er foresattes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a. Barna vil motta tilpasset informasjon om behandlingen for å sikre at barnet er innforstått med å bli omtalt under intervjuene.

TAUSHETSPLIKT

Forskningsdeltagerne i utvalg 1 og 3 (lærere og ansatte ved PPT) har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet. Vi anbefaler at du minner dem på taushetsplikten.

Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av elever, pasienter el. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Informasjonsskriv foreldre

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Påvist ADHD - hva nå? En kvalitativ studie av ungdomsskolens oppfølging av elever og ivaretagelse etter en stilt ADHD-diagnose”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan skolen forholder seg til elever som får en ADHD-diagnose. Vi ønsker også å utforske samarbeidet mellom skole, hjem, og PPT. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette forskningsprosjektet gjennomføres i forbindelse med vår masteroppgave. Vi vil gjennomføre intervju med foreldre, lærere og PPT. Dataene som innhentes gjennom disse intervjuene vil kun brukes til forskning i masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Fakultetet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning ved UiT er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne forskningen fordi vi anser din bakgrunn og erfaring som viktig i forbindelse med oppgavens søkelys.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til intervju på ca. en time. Intervjuene vil bli gjennomført av masterstudentene som gjennomfører oppgaven (to studenter). Intervjuet vil være semistrukturert. Dette innebærer at vi har noen klare spørsmål vi ønsker å stille, men det er samtidig god plass og tid for at vi sammen kan styre intervjuet i den retningen som viser seg å være interessant.

Dersom du samtykker til det, vil intervjuet bli tatt opp ved hjelp av en applikasjon som lagrer all data trygt. Studentene som gjennomfører intervjuet, vil også ta notater underveis i intervjuet. Vi vil ikke lagre noen personlig informasjon om deg som informant, annet enn din tilknytning til elever med ADHD-diagnose (om du for eksempel er en lærer, jobber på BUP, eller er en forelder).

Da et eventuelt intervju med deg vil innebære at du omtaler ditt barn, samt barnets diagnose, ser vi det som viktig at barnet også er orientert om prosjektet. Det er ønskelig at forelder oppretter en dialog med barnet, da det også bør bli hørt. Vi har derfor laget et eget informasjonsskriv til barnet. Dersom barnet ikke ønsker at du som foresatt skal delta i dette forskningsprosjektet, ønsker vi som forskere å respektere dette.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

I forbindelse med ditt intervju, er det kun studentene og masterveileder som vil ha tilgang til informasjon gitt under intervjuet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Dette for å sikre din anonymitet. Etter forskningen er gjennomført vil all data slettes. Du skal hverken kunne identifiseres underveis i arbeidet, eller i den ferdige masteroppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes ved innlevering av masteroppgave 15.05.2023. Før, under og etter intervju vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres ved hjelp av koder. Etter transkribering av eventuelt lydopptak gjort på intervju, vil også lydopptaket slettes. Ingen av dine opplysninger vil bli lagret lengre enn nødvendig.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Fakultet fra Humaniora, Samfunnsvitenskap og Lærerutdanning ved UiT har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Fakultet for Humaniora, Samfunnsvitenskap og Lærerutdanning ved Marianne Vibeke Trondsen (e-post: marianne.trondsen@ehealthresearch.no, tlf: 41510792)

Vårt personvernombud: Sølvi Brendeford Anderssen (e-post: personvernombud@uit.no, tlf: 776 46 153).

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Dersom du har flere spørsmål, eller kunne tenkt deg å delta, kan du kontakte oss på mst257@uit.no.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Marianne Vibeke Trondsen

Studenter

Mia Strandmo og Amalie Olsen Andreassen

Vedlegg 3: Informasjonsskriv lærere og PPT

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Påvist ADHD - hva nå? En kvalitativ studie av ungdomsskolens oppfølging av elever og ivaretagelse etter en stilt ADHD-diagnose”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan skolen forholder seg til elever som får en ADHD-diagnose. Vi ønsker også å utforske samarbeidet mellom skole, hjem, og PPT. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette forskningsprosjektet gjennomføres i forbindelse med vår masteroppgave. Vi vil gjennomføre intervju med foreldre, lærere og PPT. Dataene som innhentes gjennom disse intervjuene vil kun brukes til forskning i masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Fakultetet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning ved UiT er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne forskningen fordi vi anser din bakgrunn og erfaring som viktig i forbindelse med oppgavens søkelys.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til intervju på ca. en time. Intervjuene vil bli gjennomført av masterstudentene som gjennomfører oppgaven (to studenter). Intervjuet vil være semistrukturert. Dette innebærer at vi har noen klare spørsmål vi ønsker å stille, men det er samtidig god plass og tid for at vi sammen kan styre intervjuet i den retningen som viser seg å være interessant.

Dersom du samtykker til det, vil intervjuet bli tatt opp ved hjelp av en applikasjon som lagrer all data trygt. Studentene som gjennomfører intervjuet, vil også ta notater underveis i intervjuet. Vi vil ikke lagre noen personlig informasjon om deg som informant, annet enn din tilknytning til elever med ADHD-diagnose (om du for eksempel er en lærer, jobber på BUP, eller er en forelder).

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

I forbindelse med ditt intervju, er det kun studentene og masterveileder som vil ha tilgang til informasjon gitt under intervjuet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Dette for å sikre din anonymitet. Etter forskningen er gjennomført vil all data slettes. Du skal hverken kunne identifiseres underveis i arbeidet, eller i den ferdige masteroppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes ved innlevering av masteroppgave 15.05.2023. Før, under og etter intervju vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres ved hjelp av koder. Etter transkribering av eventuelt lydopptak gjort på intervju, vil også lydopptaket slettes. Ingen av dine opplysninger vil bli lagret lengre enn nødvendig.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Fakultet fra Humaniora, Samfunnsvitenskap og Lærerutdanning ved UiT har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Fakultet for Humaniora, Samfunnsvitenskap og Lærerutdanning ved Marianne Vibeke Trondsen (e-post: marianne.trondsen@ehealthresearch.no, tlf: 41510792)

Vårt personvernombud: Sølvi Brendeford Anderssen (e-post: personvernombud@uit.no, tlf: 776 46 153).

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Dersom du har flere spørsmål, eller kunne tenkt deg å delta, kan du kontakte oss på mst257@uit.no.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Marianne Vibeke Trondsen

Studenter

Mia Strandmo og Amalie Olsen Andreassen

Vedlegg 4: Informasjonsskriv barn

Informasjon om forskningsprosjektet

“Påvist ADHD - hva nå? En kvalitativ studie av ungdomsskolens oppfølging av elever og ivaretagelse etter en stilt ADHD-diagnose”

Dette er informasjon til barn av foresatte som har godtatt å delta i forskningsprosjektet.

I forbindelse med vår mastergradsoppgave, vil vi intervju foreldre/foresatte av barn med ADHD-diagnose. Dette vil vi gjøre for å utforske samarbeidet mellom skole og hjem, og for å se nærmere inn på hva som skjer med elever som får en ADHD-diagnose.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Under intervju med dine foresatte, vil vi ikke be om navn, alder, bosted, skole – eller andre identifiserbare opplysninger om deg. De opplysningene vi får, vil vi behandle konfidensielt og i samsvar med lover og regler om personvern. Etter mastergraden er gjennomført, vil all data slettes. Ingen av dine opplysninger vil bli lagret lengre enn nødvendig. Du skal hverken kunne identifiseres underveis i arbeidet, eller i den ferdige masteroppgaven.

Vi vil sørge for at all personlig informasjon om deg anonymiseres. Det vil ikke være noen muligheter for å identifisere deg gjennom vår masteroppgave.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Marianne Vibeke Trondsen

Studenter

Mia Strandmo og Amalie Olsen Andreassen

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hva skjer med skoleelever etter påvist ADHD-diagnose*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysningene jeg deler kan brukes til forskning i forbindelse med denne masteroppgaven

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet. Samtykket kan trekkes når som helst i prosessen.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 6: Intervjuguide

	FORELDER	LÆRER	PPT
INNLEDENDE SPØRSMÅL	<p>Yrke og utdanning.</p> <p>Hvor gammelt er barnet ditt?</p> <p>Når fikk barnet ditt ADHD-diagnosen?</p>	<p>Yrke, utdanning og fartstid.</p> <p>Hvor lenge har du jobbet som lærer?</p> <p>Hvor lenge har du jobbet som lærer på denne skolen?</p>	<p>Yrke, utdanning og fartstid.</p> <p>Hvor lenge har du jobbet i PPT?</p>
NØKKELSPØRSMÅL	<p>Hvordan opplevde du det at barnet ditt fikk en ADHD-diagnose?</p> <p>Hvordan opplevde du diagnostiseringsprosessen av ditt barn?</p> <p>Er det satt i gang noen særskilte tiltak for ditt barn, på grunn av ADHD-diagnosen?</p> <p>Hvilke faginstanser samarbeider dere med når det gjelder ADHD-diagnosen?</p> <p>Hvordan har du opplevd samarbeidet med skolen i forbindelse med diagnosen?</p> <p>Hvordan har du opplevd samarbeidet med PPT i forbindelse med diagnosen?</p> <p>Har du merket noen forskjell på barnet, før og etter diagnosen - både hjemme og på skolen?</p> <p>Hvordan opplevde du oppfølgingen fra skolen og PPT etter den stille diagnosen?</p> <p>Hvordan opplevde du samarbeidet mellom skole-</p>	<p>Hva er din erfaring med elever med ADHD-diagnose?</p> <p>På hvilke måter merker du ADHD-diagnosen i din hverdag som lærer?</p> <p>Har du merket en endring hos elever etter en satt diagnose?</p> <p>Hva gjør du når en elev får/har en ADHD-diagnose?</p> <p>Hva opplever du skolen gjør når en elev får/har en ADHD-diagnose?</p> <p>Opplever du at du har fått veiledning eller ressurser fra andre instanser til hjelp for tilrettelegging?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hvilke ressurser? <input type="checkbox"/> Veiledning fra hvem? <input type="checkbox"/> På hvilke måter har disse hjulpet? <input type="checkbox"/> Er det noe du savner? <input type="checkbox"/> Økonomi? <input type="checkbox"/> Veiledning utenfor? <input type="checkbox"/> Nok personale? <p>Hvordan opplever du samarbeidet mellom skole-hjem i forbindelse med barn med ADHD-diagnose?</p>	<p>Hva er din erfaring med prosessen for å sette en ADHD-diagnose hos barn og unge?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hvor og hvordan starter denne prosessen? <p>Hva har eleven krav på i sin skolehverdag etter en ADHD-diagnose?</p> <p>Hva er PPTs rolle etter en elev har fått en ADHD-diagnose? Er dere fortsatt involvert?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Følger dere videre opp barnet? <input type="checkbox"/> Følger dere videre opp på skolen? <input type="checkbox"/> Følger dere opp med foreldre? <p>Hvordan opplever du at dere bidrar til å hjelpe en elev med en ADHD-diagnose?</p> <p>Hvordan opplever du samarbeidet mellom skole-PPT når det gjelder elever med ADHD?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Samarbeid med skoleledelse? <input type="checkbox"/> Samarbeid med andre lærere?

Vedlegg 7: Rapporter fra reseptregisteret

ADHD-midler fordelt etter fylke og kjønn

Reseptregisteret

Rapport dato: 01.04.2023 12:36

<http://www.reseptregisteret.no>
Folkehelseinstituttet

ADHD- midler	2020	10 - 14	Begge kjønn	Agder	Brukere per 1000 innbyggere
				Innlandet	36,24
				Møre og Romsdal	42,60
				Nordland	37,38
				Oslo	15,19
				Rogaland	43,67
				Troms og Finnmark	27,33
				Trøndelag	42,70
				Vestfold og Telemark	26,77
				Vestland	35,11
				Viken	27,87
			Kvinne	Agder	8,45
				Innlandet	23,30
				Møre og Romsdal	23,70
				Nordland	21,19
				Oslo	7,47
				Rogaland	26,16
				Troms og Finnmark	14,32
				Trøndelag	23,06
				Vestfold og Telemark	13,31
				Vestland	18,51
				Viken	16,40
			Mann	Agder	27,08
				Innlandet	48,18
				Møre og Romsdal	60,80
				Nordland	52,57
				Oslo	22,67
				Rogaland	60,35
				Troms og Finnmark	39,68
				Trøndelag	61,17
				Vestfold og Telemark	39,06
				Vestland	50,87
				Viken	38,79
		15 - 19	Begge kjønn	Agder	18,51
				Innlandet	28,20
				Møre og Romsdal	30,71
				Nordland	35,77
				Oslo	14,37
				Rogaland	34,06
				Troms og Finnmark	22,77
				Trøndelag	38,70
				Vestfold og Telemark	23,78
				Vestland	30,13
				Viken	25,97
			Kvinne	Agder	14,91
				Innlandet	22,11
				Møre og Romsdal	20,59
				Nordland	26,70
				Oslo	11,56
				Rogaland	27,56
				Troms og Finnmark	16,16
				Trøndelag	32,21
				Vestfold og Telemark	15,60
				Vestland	22,49
				Viken	21,18
			Mann	Agder	21,98
				Innlandet	34,08
				Møre og Romsdal	40,29
				Nordland	44,17
				Oslo	17,14
				Rogaland	40,31
				Troms og Finnmark	28,89
				Trøndelag	44,87
				Vestfold og Telemark	31,43
				Vestland	37,49
				Viken	30,47

ATC/DDD-versjon: 2021

Valgte måltall:

Brukere per 1000 innbyggere

Valgte søkekriterier:

Legemiddel: - ADHD-midler omfatter "N06BA01 - amfetamin, N06BA02 - deksamfetamin, N06BA04 - metylfenidat, N06BA09 - atomoksetin, N06BA12 - lisdeksamfetamin, C02AC02 - guanfacin".
Periode: 2020

Alder: 10 - 14, 15 - 19

Kjønn: Begge kjønn, Kvinne, Mann

Bosted: Agder, Innlandet, Møre og Romsdal, Nordland, Oslo, Rogaland, Troms og Finnmark, Trøndelag, Vestfold og Telemark, Vestland, Viken

Økning i bruk av ADHD-midler

Reseptregisteret

Rapport dato: 29.03.2023 12:28

<http://www.reseptregisteret.no>
Folkehelseinstituttet

					Antall brukere
ADHD-midler	2004	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	11 879
	2005	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	16 580
	2006	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	18 911
	2007	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	21 911
	2008	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	24 624
	2009	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	27 243
	2010	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	29 438
	2011	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	30 525
	2012	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	32 301
	2013	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	34 021
	2014	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	36 336
	2015	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	38 804
	2016	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	41 568
	2017	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	45 060
	2018	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	47 839
	2019	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	51 801
	2020	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	57 351

ATC/DDD-versjon: 2021

Merknader:

Blanke felt for måltall betyr at antall brukere er 1, 2, 3 eller 4. Da skjules alle måltall på samme rad unntatt befolkning.

Valgte måltall:

Antall brukere

Valgte søkekriterier:

Legemiddel: - ADHD-midler omfatter "N06BA01 - amfetamin, N06BA02 - deksamfetamin, N06BA04 - metylfenidat, N06BA09 - atomoksetin, N06BA12 - lisdexsamfetamin, C02AC02 - guanfacin".

Periode: 2020, 2019, 2018, 2017, 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006, 2005, 2004

Ikke valgte søkekriterier:

Alder: tallene i rapporten er for alle aldre

Kjønn: tallene i rapporten er for begge kjønn

Bosted: tallene i rapporten er for hele landet

