

Piger med ADHD

Et kvalitativt studie om trivsel og diagnosticeringsproces belyst
gennem forældrebesvarelser

Kandidatspeciale

30. maj 2022

Emma Kiesbye Holm, studienummer: 20173476

Anna Kirstine Ladegaard, studienummer: 20174390



**AALBORG
UNIVERSITET**

Antal tegn inklusive mellemrum: 219.351

Svarende til antal normalsider: 91,39

Vejleder: Casper Schmidt

Kandidatuddannelsen i Psykologi

Professionsprogram: Educational Practice

Aalborg Universitet

Abstract

This Master's thesis deals with the topic of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in girls and seeks to shed light upon a research area within the social sciences which is severely lacking. There are reasons to believe that many girls and women who have ADHD go unnoticed in schools and other systems of society; And that they are thereby potentially underrepresented in statistics, underdiagnosed and to some degree misdiagnosed with other disorders due to their effective masking of ADHD-related symptoms in social situations. We have previously (in 2021) produced a narrative literature review focusing on well-being and learning in school-settings in regard to girls with ADHD and based on this we find it relevant and necessary to further investigate this research area; This time focusing on the diagnostic process related to and the well-being of girls with ADHD as experienced and described by their parents.

Our interest in the diagnostic process stems from articles which point to problems within the public healthcare system in Denmark in terms of the processes related to the referral, examination, and clinical assessment of mental disorders. Diagnoses and diagnostic processes are also highly topical subjects due to the forthcoming clinical implementations of the ICD-11 diagnostic manual from the World Health Organization in the year of 2022 which includes changes to the diagnostic criteria of the disorder internationally known as ADHD but until recently classified as Hyperkinetic Disorder within the ICD-system. These points of interest have inspired the following problem formulation: *How can parental survey responses elucidate the diagnostic process in regards to ADHD in girls as well as the implications of the disorder in terms of their well-being?*

Taking a phenomenological approach, we have produced and conducted an online survey addressed to parents of girls with ADHD using SurveyXact, providing the participants with the option of providing qualitative answers to the survey questions. The survey responses from 133 anonymous participants reached through ADHD-related Facebook groups have been analyzed using the method of a descriptive phenomenological analysis. Our general conclusions are that symptoms of ADHD can greatly affect the well-being of girls and that in many cases the poor well-being of the girls in question was improved after receiving an ADHD diagnosis. Also, that the diagnostic process was described by the participants in both negative, positive and

neutral terms. Among descriptions of positive experiences, participants described the process as professional and expedient and that they as parents felt heard and taken seriously. Among negative descriptions related to the diagnostic process, participants described long waiting time in the public health care system (which in several cases affected the well-being of the girls negatively as their well-being worsened with time), disagreements between parents and professionals as to the presence or degree of the participants' daughters' symptoms as well as descriptions of feeling that there is a lack of available public information about being a parent of a girl with ADHD.

Prior to producing the survey, we produced four hypotheses. The first hypothesis was that we expected to see relatively late ages of diagnosis of ADHD among the participants' daughters compared to the average age of diagnosis related to ADHD in boys. In fact, 81.2 % of the participants reported that their daughters were diagnosed at the age of nine years or older, which is later than the average age of diagnosis across genders. The second hypothesis was that we expected many examples of girls being "diagnosed" with ADD, i.e., Attention Deficit Disorder, which is in fact not possible using the ICD-10 diagnostic manual. However, 62.41 % of the participants reported that they had been told that their daughter had been given the diagnosis of ADD and only 1.5 % reported that their daughters had been diagnosed with Hyperkinetic Disorder, which is the correct diagnostic term using the ICD-10 diagnostic manual. The third hypothesis was that we expected descriptions of negative experiences and difficulties related to the diagnostic process. Although the number of negative responses did not exceed the number of positive and neutral responses, we can conclude that we did receive numerous negative responses from the participants related to the process of receiving a diagnosis for their daughters. The fourth hypothesis was that we expected descriptions of the manifestation of ADHD-symptoms varying between different contexts such as in school vs. at home. We can conclude that the participants reported to a great extent that they have experienced variations in their daughter's symptoms of ADHD depending on the context and situation.

Further research is needed regarding ADHD in girls and women as well as in general and we have presented ideas as to what said research may focus on. We hope that further research may provide information that can contribute to better opportunities of identifying and helping people with Attention Deficit Hyperactivity Disorder however their symptoms may present themselves.

Indholdsfortegnelse

1 Indledning	1
1.1 Afgrænsning.....	4
1.2 Begrebsafklaring.....	4
1.3 Disposition og fremgangsmåde for specialet	6
2 Teoretisk ramme	7
2.1 Hvad er ADHD?	7
2.2 Generelt om piger med ADHD	18
2.3 Belysning af vores TPV-litteraturreview	21
3 Metodologi	28
3.1 Kvantitative og kvalitative metoder	30
4 Metode	31
4.1 Målgruppe.....	32
4.2 Spørgeskemaundersøgelse.....	33
4.3 Beskrivelse af vores spørgeskema.....	34
4.4 Ethiske overvejelser	38
5 Analyse	39
5.1 Gennemlæsning for overordnet betydning.....	39
5.2 Identificering af meningsenheder samt vurdering af betydning	40
5.3 Præsentation af en strukturel beskrivelse.....	81
6 Diskussion	83
6.1 Diskussion af fund.....	83
6.2 I forhold til TPV.....	86
6.3 Diskussion af specialets metode	88
6.4 Diskussion af diagnosticering og ICD-II	90
6.5 Samfundsmæssig diskussion	93
7 Videre forskning	96
8 Konklusion	97
9 Referenceliste	101
10 Pensumopgørelse	106

1 Indledning

Dette speciale udspringer af en interesse i og passion for emnet ADHD blandt piger.

Vi har på det niende semester af psykologistudiet ved Aalborg Universitet, i efteråret 2021, udarbejdet et narrativt litteraturreview som del af et projekt inden for faget "Teori, praksis og videnskabelig metode". I dette projekt var vores fokusområde piger med ADHD, fordi vi var blevet opmærksomme på en debat omhandlende sen og/eller manglende diagnosticering af ADHD blandt piger sammenlignet med drenge. Vi blev opmærksomme på denne diskussion efter at have læst artiklen "De piger ingen ser" af Jannie Iwankow (2021) i Psykologernes Fagmagasin P. I denne artikel fokuseres der især på pointer fra et interview med den svenske Lotta Borg Skoglund, som er overlæge i psykiatri samt medgrundlægger af organisationen SMART Psykiatri i Sverige (Iwankow, 2021, p. 21). Skoglund var på dette tidspunkt aktuel med en ny bog kaldet "ADHD hos piger og kvinder - Fra dygtig pige til udbændt kvinde". Hun kritiserer i interviewet det forhold, at mange piger og kvinder med ADHD tilsyneladende under- og fejl-diagnosticeres i høj grad (Iwankow, 2021, p. 21). Hun argumenterer for underdiagnosticeringen af piger med ADHD ud fra det forhold, at piger udgør ét ud af fire børn, der diagnosticeres med ADHD, men blandt voksne har lige mange mænd og kvinder en ADHD-diagnose (Iwankow, 2021, p. 21).

Ubehandlet ADHD er forbundet med mange risikofaktorer, og det er vigtigt, at diagnosen stilles så tidligt som muligt. Skoglund argumenterer for, at piger og kvinder, som enten aldrig får stillet den korrekte ADHD-diagnose eller som først får stillet den senere i livet, er i risiko for at udvikle problemer som: *"selvskade, spiseforstyrrelser, angst og depression, ligesom nogle med tiden udvikler en risikoadfærd, der kan betyde, at de kommer ud i stofmisbrug, får seksuelle problemer eller risikerer at blive meget tidligt gravide"* (Iwankow, 2021, p. p. 21). Der forekommer ofte komorbiditet med ADHD, men Skoglund påpeger en tendens til, at man i behandlingen ofte fejlagtigt fokuserer på den anden lidelse (fx angst) først og fremmest og overser eller negligerer den underliggende ADHD-lidelse (Iwankow, 2021, p. 22). Skoglund argumenterer for, at nogle af disse piger og kvinder med ADHD formår at holde deres symptomer nede og skjule dem for deres omgivelser, også kaldt maskering, fx af frygt for at blive

ekskluderet, indtil de på et tidspunkt *“brænder sammen med stresssymptomer”* (Iwankow, 2021, p. 22; 24).

I artiklen indgår også udtalelser fra danske Lene Straarup, som er specialist i børneneuropsykologi samt psykolog ved Center for ADHD; hun siger sig enig med Skoglund og kritiserer det faktum, at det for at få diagnosen ADHD er påkrævet, at ens udfordringer skal være tydelige på tværs af flere arenaer (Iwankow, 2021, p. 23). Hun peger dog også på, at mange piger får stillet diagnosen ADD og at fagekasperter løbende diskuterer, *“om man bør droppe ADD-diagnosen og lade ADHD favne bredere i sin beskrivelse af symptomer og kendetegn”* (Iwankow, 2021, p. 23). Dette giver anledning til undren, eftersom diagnosen ADD aldrig har eksisteret som en del af det i Danmark anvendte ICD-diagnosemanualsystem og blev skrevet ud af det amerikanske DSM-diagnosemanualsystem i 1987 (se afsnit 2.1). På trods af, at der ofte beskrives tilstande som udelukkende viser opmærksomhedsforstyrrelser uden hyperaktivitet og impulsivitet eller omvendt samt Hyperkinetisk Forstyrrelse begrænset til én kontekst fx, i skolen eller i hjemmet, er disse tilstande *“ikke anført i nærværende klassifikation, da deres validitet anses for uafklaret”* (ICD-10, 1996 p. 173). Denne misforståelse om en eksisterende ADD-diagnose (samt at der i det hele taget findes en diagnose kaldet ADHD i ICD-10 (se afsnit 2.1)) bliver formidlet i megen faglitteratur og er ganske udbredt indenfor psykologien (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610). Det kan derfor være besværligt for lægpersoner såvel som fagfolk at få et overblik over hvad som gælder, når mange kilder siger vidt forskellige ting og videreformidler både misforståelser og deciderede usandheder inden for området.

Vi ønskede gennem vores TPV-litteraturreview at opnå et overblik over forskningen på området for ADHD med fokus på piger gennem et litteraturreview, da det bl.a. fremgår af Iwankow (2021) og Skoglund (2021) at der er store forskningsmæssige mangler på dette område. Denne interesse mandede ud i følgende problemformulering, som vi anvendte i vores tidligere projekt: *Hvilken betydning kan ADHD-symptomer have for pigers skolegang, herunder trivsel og læring?*

Vi fandt kort fortalt frem til, at publikationerne i høj grad pegede på lignende resultater. Piger med ADHD klarede sig dårligere fagligt i skolen, på trods af normal begavelse, sammenlignet med piger uden ADHD. Derudover havde de også svært ved at danne og efterfølgende vedligeholde venskaber grundet uopmærksomhedssymptomer, hyperaktivitetssymptomer samt emotionel- og adfærdsmæssig ustabilitet (Holm &

Ladegaard, 2021, p. 45). Foruden dette pegede vores review på, at der er store forskningsmæssige mangler på området, hvilket også blev understøttet af flere af publikationernes forfattere (Holm & Ladegaard, 2021, p. 45). Vi vil i afsnit 2.3 komme nærmere ind på disse resultater.

Diagnosticering er et højaktuelt emne i kraft af, at den nye udgave af ICD-diagnosemanualerne, ICD-11, har været undervejs længe og nu endelig er udkommet, skønt der er lang vej til praktisk implementering (Sundhedsstyrelsen, 2019, p. 51). Det har været en kilde til megen diskussion blandt fagpersoner samt det omgivende samfund, hvordan den nye diagnosemanual ville se ud og hvilke konsekvenser potentielle ændringer ville kunne medføre. Hyperkinetisk Forstyrrelse vil blive redefineret i ICD-11, hvor diagnosen fremover kommer til at hedde "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" ligesom i det amerikanske DSM-system. Vi vil uddybe og diskutere dette nærmere i afsnittene 2.1 og 6.4, samt belyse, hvilke implikationer dette kan have for diagnosticering af ADHD i al almindelighed samt i særdeleshed blandt piger.

Foruden emnets højaktualitet i form af den kommende nye diagnosemanual, ses der også en øget opmærksomhed på emnet blandt den almene befolkning. Diagnosticering og vejen til en diagnose kan bl.a. fylde meget for forældre til børn i mistrivsel med fx ADHD-symptomer. Der peges eksempelvis i flere nyhedsartikler på, at der er store udfordringer forbundet med henvisning til undersøgelse, udredning og diagnosticering af børn i det offentlige. Mange forældre føler sig magtesløse i mødet med det offentlige system og dets lange ventetider (Oldager, 2022; Rysgaard & Pedersen, 2022; Jensen, 2021). Disse potentielle frustrationer ønsker vi at belyse med udgangspunkt i spørgeskemabesvarelser fra forældre til piger med ADHD. Som vi belyste i vores tidligere projekt, er der desuden en stor mangel på forskning i trivsel blandt piger med ADHD (Holm & Ladegaard, 2021, p. 49), hvorfor trivsel også er et emne, vi ønsker at fokusere på i dette speciale.

Ovenstående pointer har inspireret os til problemformuleringen for dette kandidatspeciale: *Hvordan kan forældrebesvarelser bidrage til at belyse diagnosticeringsprocessen ift. ADHD hos piger samt hvilken betydning lidelsen kan have for pigers trivsel?*

1.1 Afgrænsning

Vi ønsker at søge at besvare problemformuleringen ved hjælp af et online spørgeskema henvendt til forældre til piger med ADHD med fokus på trivsel og diagnosticeringsprocessen. Spørgeskemaet vil indeholde kvalitative og frie besvarelser, da vi ønsker at forældrene formulerer deres egne svar frem for at skulle tilpasse sig besvarelsesmuligheder, som vi på forhånd har opstillet. Muligheden for frie besvarelser kan bidrage til at mindske påvirkning fra vores egne bias og antagelser, da vi dermed ikke på forhånd antager, at vi kender til de mulige svar; fx ved at lave besvarelser ud fra en Likert-skala.

Hypoteser

Udfra den tilgængelige faglitteratur, de forskningspublikationer vi har kendskab til samt vores TPV-projekt, har vi på forhånd forskellige hypoteser og forventninger til, hvad besvarelserne kan indeholde. Herunder forventer vi:

1. At se relativt sene ADHD-diagnosticeringer af piger sammenlignet med den typiske diagnosticeringsalder for drenge.
2. Mange med "diagnosticeret ADD".
3. Beskrivelser af negative oplevelser samt vanskeligheder forbundet med diagnosticeringsprocessen i mødet med systemet.
4. At pigernes ADHD-symptomer kommer til udtryk forskelligt afhængigt af kontekst.

1.2 Begrebsafklaring

I dette afsnit vil vi afklare de væsentligste begreber for forståelsen af vores problemformulerings formål og forståelsesramme; herunder begreberne trivsel, diagnosticeringsproces og ADHD.

Trivsel

Begrebet trivsel kan være svært at definere, da det alt efter kontekst kan have forskellig ordlyd. Ifølge Lystbæk (2011) anvendes begrebet hovedsageligt i Norden og begrebet kommer af "at trives", som er af oldnordisk oprindelse. Der kan derfor være vanskeligheder forbundet med at oversætte begrebet til andre sprog (Lystbæk, 2011,

p. 2). Hvis trivsel skal oversættes til engelsk, er begrebet “well-being” det begreb, der anvendes af Gyldendal (Gyldendal, Dansk/Engelsk ordbog).

World Health Organization (WHO) anser mentalt helbred som værende en integreret og væsentlig komponent i individets sundhedstilstand samt en tilstand af well-being. De definerer mentalt helbred som værende: “...*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*”, samt at mental sundhed indebærer, at et individ kan realisere sine egne evner, kan klare livets normale stresspåvirkninger, kan arbejde produktivt og er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet (WHO, 2018).

Holstein, Mehlbye, Knoop & Hansen (2014) har i deres publikation om anbefalinger ift. elevers trivsel i folkeskolen i relation til nationale trivselsmålinger anvendt tre forskellige dimensioner omhandlende det, som de betegner som skoletrivsel; Altså trivsel relateret til skolen og skolelivet. Den første del af definitionen rummer individets oplevelse af fysisk og psykisk velvære; Herunder eksempelvis et sundt legeme, tryghed samt en følelse af mulighed for indflydelse. Den anden del omhandler individets oplevelse af at besidde faglige såvel som personlige kompetencer. Dette kan bl.a. være sociale kompetencer, en følelse af at kunne sætte mål for sig selv og efterfølgende opnå dem, samt håndtere og overkomme udfordringer og modstand. Den sidste del omhandler individets følelse af at kunne finde inspiration fra sine omgivelser samt støtte herfra; Eksempelvis fra sin familie, klasselærer og venner. Dette forudsætter også at man ikke udsættes for mobning eller eksklusion (Holstein, Mehlbye, Knoop & Rabøl Hansen, 2014, p. 4).

Med udgangspunkt i ovenstående har vi i dette speciale valgt at definere begrebet trivsel som værende: *fysisk og psykisk velbefindende, oplevelsen af at besidde personlige og faglige kompetencer samt opleve støtte og inspiration fra sine omgivelser.*

Diagnosticeringsprocessen

Vi betegner begrebet diagnosticeringsproces som vejen til diagnosen ADHD (eller Hyperkinetisk Forstyrrelse i ICD-10). ADHD er en klinisk diagnose, som udelukkende kan stilles af en speciallæge; Altså en psykiater eller børne- og ungdomspsykiater. At en diagnose er klinisk vil sige, at den skal stilles på baggrund af en samlet klinisk vurdering med udgangspunkt i observationer og/eller indhentede informationer,

eksempelvis gennem anamnesticke interview samt kliniske undersøgelser. Der findes ikke nogen blodprøver, hjernescanninger eller lignende der kan bruges til at stille ADHD-diagnosen (Erenbjerg, 2009, p. 24f; Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 615; Damm & Thomsen, 2018, p. 12; p. 14f).

Når vi i dette speciale anvender begrebet diagnosticeringsproces, mener vi altså selve diagnosticeringen samt de indledende foranstaltninger forud for den diagnostiske undersøgelse; eksempelvis kontakt med barnets institution/skole, egen læge eller lignende.

ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse/ADD

Lidelsen, vi i dette speciale har fokus på, har haft mange navne gennem tiden, og der findes mange misforståelser omkring den; eksempelvis uddaterede diagnosebetegnelser, som stadig anvendes (se afsnit 2.1).

I ICD-10 kaldes lidelsen Hyperkinetisk Forstyrrelse, men de fleste kender den nok som ADHD, hvilket er den amerikanske DSM-betegnelse (APA, 2013). Vi kommer i dette speciale, for nemhedens skyld, til at omtale lidelsen som ADHD. Dette som en paraplybetegnelse for alle former, lidelsen kan antage; altså både hhv. en primært opmærksomhedsforstyrret subtype, en primært hyperaktiv/impulsiv subtype og en kombineret subtype, som er inddelingen fra DSM-systemet (og ICD-11, hvilket vil uddybes i afsnit 2.1). Mange kender nok den primært opmærksomhedsforstyrrede subtype som "ADD" - denne betegnelse er udgået for mange år siden, men finder stadig anvendelse i daglig tale. Dette vil vi komme ind på senere i afsnit 2.1.

Vi har valgt at anvende ADHD som paraplybetegnelse for ADHD, ADD og Hyperkinetisk Forstyrrelse, fordi det i forvejen er det begreb, som er mest anvendt, men også fordi ICD-10-diagnosen Hyperkinetisk Forstyrrelse med ICD-11 overgår til at hedde ADHD som i DSM-systemet (ICD-11, 2022).

1.3 Disposition og fremgangsmåde for specialet

I det følgende vil der indgå en teoretisk redegørelse, hvor vi vil redegøre for, hvad lidelsen ADHD er, belyse vores TPV-litteraturreview, samt redegøre generelt for emnet piger med ADHD. Denne teoretiske redegørelse bidrager til at danne en grundlæggende forståelse for emnet. Efter den teoretiske redegørelse vil der følge et metodeafsnit, hvori vi vil redegøre for den valgte undersøgelsesmetode, samt de

metodologiske og etiske overvejelser knyttet hertil. Dernæst følger en deskriptiv fænomenologisk analyse af vores data med udgangspunkt i identificerede temaer. Herefter vil der indgå diskussionsafsnit, hvv. relateret til vores fund sat i forhold til vores hypoteser, vores fund sammenholdt med vores TPV-litteraturreview, en diskussion af specialets metode, en diskussion af diagnosticering samt en samfundsmæssig diskussion. Slutteligt et afsnit om mulig videre forskning samt en konklusion.

2 Teoretisk ramme

De følgende afsnit har til formål at belyse den teoretiske ramme, som vi i dette speciale arbejder ud fra. Indledningsvist vil vi redegøre for en generel klinisk forståelse af diagnosen ADHD og dens beskaffenhed samt pointer fra generel faglitteratur på området. Med dette mener vi blandt andet de konkrete diagnostiske kriterier for at få diagnosen, hvilke begreber der er i omløb i faglitteraturen, diagnosens prævalens og lidelsens generelle udtryksform. Herefter følger en belysning af hvordan ADHD kan komme til udtryk specifikt hos piger, og hvordan dette kan medføre, at piger med disse udfordringer risikerer at blive overset i skoleregi, potentielt fejldiagnosticeret og misforstået. Slutteligt vil vi gå mere i dybden med vores tidligere projekt om piger med ADHD indenfor projektfaget “Teori, praksis og videnskabelig metode” på psykologistudiets niende semester i efteråret 2021.

2.1 Hvad er ADHD?

I det følgende vil indgå en redegørelse for diagnosens historiske udvikling, prævalens og de diagnostiske kriterier for ADHD, samt lidelsens typiske forløb og hyppige vedbliven ind i voksenlivet.

Diagnosens udvikling

Kært barn har mange navne og lidelsen, de fleste i dag kender som ADHD er ingen undtagelse. Gennem tiden har mange forskellige diagnostiske betegnelser været anvendt. ADHD-lignende tilstande kan spores helt tilbage til år 1775, hvor den tyske læge og filosof Melchior Adam Weikard beskrev en psykiatrisk tilstand ved navn *Attentio Volubilis* (Skoglund, 2021, p. 33):

“Every humming fly, every shadow, every sound, the memory of old stories will draw him off his task to other imaginations. Even his imagination, if and when it is copious, entertains him with a thousand minor subjects” (Weikard, 1775, if. Barkley & Peters, 2012, p. 627).

Både den skotskfødte læge Alexander Crichton og den tyske psykiater Heinrich Hoffman beskrev lignende observationer omkring børn med opmærksomhedsvanskeligheder i hhv. 1798 og 1865 (Barkley & Peters, 2012, p. 623). Dog er det ofte beskrivelserne fra 1902 af den britiske læge George Still, der sættes i forbindelse med ADHD-diagnosens oprindelse. Still beskrev 43 forskellige børn med alvorlige opmærksomhedsvanskeligheder, og gav udtryk for at børnene udviste overaktivitet og flere blev karakteriseret som: *“aggressive, defiant, resistant to discipline, and excessively emotional or ‘passionate’ and all showed little ‘inhibitory volition’ over their behavior”* (Barkley & Peters, 2012, p. 623; Skoglund, 2021, p. 34). I de efterfølgende år ændrede beskrivelserne af ADHD-lignende tilstande sig i takt med ny forskning og kliniske erfaringer på området og i 1950’erne blev to forskellige diagnosesystemer iværksat: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) af WHO og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) af American Psychological Association (APA) (Skoglund, 2021, p. 35f).

Måden hvorpå ADHD klassificeres har ændret sig meget gennem tiden. Da DSM-III blev introduceret i 1980 anvendte man betegnelsen ADD, som stod for Attention Deficit Disorder; denne diagnose havde to undertyper hhv. med og uden hyperaktivitet (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610). Den blev imidlertid skrevet ud af det amerikanske DSM-system i 1987 med DSM-III-R, hvor man gik over til den fortsat anvendte DSM-betegnelse ADHD, altså Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610).

Sideløbende med forskningen i USA opstod betegnelsen MBD, som står for Minimal Brain Dysfunction. Denne betegnelse blev anvendt, fordi man betragtede lidelsen som en strukturel hjerneskade (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610). Dog begyndte der i 1960’erne at opstå en skepsis overfor MBD-diagnosen, da det var svært at spore de nøjagtige neurologiske problemer blandt børn med specifik udfordrende adfærd, som til sidst blev diagnosticeret med MBD. Flere argumenterede for, at de diagnosekriterier, der blev anvendt i Danmark ville have identificeret en alt for stor og

alt for heterogen gruppe af børn (Damm & Thomsen, 2018, p. 10; Holst, 2008, p. 364). Der opstod også en bekymring for, om brugen af MBD-diagnosen ville kunne føre til medikalisering af sociale problemer ved anvendelsen af et neuropatologisk syn på børn, der blev opfattet som værende upassende som følge af deres hjerne kemi (Trillinggaard, 1995 if Holst, 2008, p. 364).

Det særligt skandinaviske koncept DAMP, som stod for Deficits in Attention, Motor Control and Perception (Geoffrey & Simonsen, p. 610), blev introduceret af den svenske professor i børnepsykiatri Christopher Gillberg i 1981 (Gillberg & Rasmussen, 1982 if Damm & Thomsen, 2018, p. 10; Skoglund, 2021, p. 36). Ifølge Damm & Thomsen (2018) dækker denne diagnose over børn med opmærksomhedsvanskeligheder, motoriske problemer samt perceptuelle vanskeligheder (Damm & Thomsen, 2018, p. 10).

I den 10. udgave af WHO's diagnosesystem ICD fra 1992 var det betegnelsen Hyperkinetisk Forstyrrelse, som erstattede tidligere betegnelser. Motoriske, sproglige samt indlæringsvanskeligheder, som var i fokus ved MBD-diagnosen, blev i stedet dækket af andre diagnoser (Augustinus, 2019, p. 23). Ved dette skift begyndte man at betragte Hyperkinetisk Forstyrrelse som en udviklingsforstyrrelse (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610).

Prævalens

På verdensplan opfylder fem til ni procent af alle børn de diagnostiske krav for ADHD grundet store udfordringer med hyperaktivitet, koncentrationsbesvær og impulsivitet (Skoglund, 2021, p. 39). Blandt skolebørn peger nationale og internationale undersøgelser på, at 2-4 % af disse børn har ADHD, hvilket svarer til ca. ét barn i hver skoleklasse; altså er det en udbredt tilstand (Damm & Thomsen, 2012, p. 13; Knudsen, 2017, p. 46). Flere peger også på, at danske børn med ADHD som regel diagnosticeres omkring skolestart, skønt deres vanskeligheder ofte er tydelige fra barnets første par leveår (Damm & Thomsen, 2012, p. 13; Thomsen, 2013, p. 64). Ifølge Thomsen (2013) får 20 % af alle børn, som bliver henvist til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, diagnosen ADHD (Thomsen, 2013, p. 64). Thomsen peger ydermere på en stor stigning siden år 2000 i antallet af børn, der modtager specialundervisning på grund af ADHD samt får medicinsk behandling (Thomsen, 2013, p. 64).

Diagnostiske kriterier

ADHD, som er det mest udbredte term for denne lidelse, er den diagnostiske betegnelse, som anvendes i APA's diagnoseklassifikationsystem, DSM-V. I Danmark anvendes WHO's diagnoseklassifikationssystem ICD-10 (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610). Officielt overgik vi til ICD-11 den 1. januar 2022, men det kommer til at tage lang tid, før dette er implementeret i praksis (Sundhedsstyrelsen, 2019, p. 51). Som tidligere nævnt, hedder den diagnose, som de fleste nok kender som ADHD faktisk Hyperkinetisk Forstyrrelse i ICD-10, men i praksis forholder man sig i Danmark også til DSM-V, eftersom *“de anbefalinger, der fremgår af officielle kliniske retningslinjer, alle er baseret på forskning ud fra de amerikanske DSM-kriterier”* (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610). I de nedenstående afsnit ses de diagnostiske kriterier fra DSM-V, ICD-10 samt ICD-11.

ADHD ifølge DSM-V

<p>Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) 314.0X (F90.X)</p> <p>A. A persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with functioning or development, as characterized by (1) and/or (2):</p> <p>1. Inattention: Six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities: Note: The symptoms are not solely a manifestation of oppositional behavior, defiance, hostility, or failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, at work, or during other activities (e.g., overlooks or misses details, work is inaccurate).b. Often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities (e.g., has difficulty remaining focused during lectures, conversations, or lengthy reading).c. Often does not seem to listen when spoken to directly (e.g., mind seems elsewhere, even in the absence of any obvious distraction).d. Often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (e.g., starts tasks but quickly loses focus and is easily sidetracked).e. Often has difficulty organizing tasks and activities (e.g., difficulty managing sequential tasks; difficulty keeping materials and belongings in order; messy, disorganized work; has poor time management; fails to meet deadlines).f. Often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (e.g., schoolwork or homework; for older adolescents and adults, preparing reports, completing forms, reviewing lengthy papers).g. Often loses things necessary for tasks or activities (e.g., school materials, pencils, books, tools, wallets, keys, paperwork, eyeglasses, mobile telephones).h. Is often easily distracted by extraneous stimuli (for older adolescents and adults, may include unrelated thoughts).i. Is often forgetful in daily activities (e.g., doing chores, running errands; for older adolescents and adults, returning calls, paying bills, keeping appointments). <p>2. Hyperactivity and impulsivity: Six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities: Note: The symptoms are not solely a manifestation of oppositional behavior, defiance, hostility, or a failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Often fidgets with or taps hands or feet or squirms in seat.b. Often leaves seat in situations when remaining seated is expected (e.g., leaves his or her place in the classroom, in the office or other workplace, or in other situations that require remaining in place).c. Often runs about or climbs in situations where it is inappropriate. (<i>Note:</i> In adolescents or adults, may be limited to feeling restless.)d. Often unable to play or engage in leisure activities quietly.e. Is often “on the go,” acting as if “driven by a motor” (e.g., is unable to be or uncomfortable being still for extended time, as in restaurants, meetings; may be experienced by others as being restless or difficult to keep up with).f. Often talks excessively.g. Often blurts out an answer before a question has been completed (e.g., completes people’s sentences; cannot wait for turn in conversation).h. Often has difficulty waiting his or her turn (e.g., while waiting in line).i. Often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations, games, or activities; may start using other people’s things without asking or receiving permission; for adolescents and adults, may intrude into or take over what others are doing). <p>B. Several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms were present prior to age 12 years. C. Several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms are present in two or more settings (e.g., at home, school, or work; with friends or relatives; in other activities). D. There is clear evidence that the symptoms interfere with, or reduce the quality of, social, academic, or occupational functioning. E. The symptoms do not occur exclusively during the course of schizophrenia or another psychotic disorder and are not better explained by another mental disorder (e.g., mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder, personality disorder, substance intoxication or withdrawal).</p>

Figur 1: APA if. Holm & Ladegaard, 2021, p. 9

Hyperkinetisk forstyrrelse ifølge ICD-10

<p>F90 Hyperkinetiske forstyrrelser <i>Disordines hyperchinetici</i></p> <p>A. Opmærksomhedsforstyrrelse gennem mindst 6 måneder med ≥ 6 af følgende:</p> <ol style="list-style-type: none">1. kan ikke fæstne opmærksomheden ved detaljer, laver skødesløse fejl2. kan ikke fastholde opmærksomheden ved opgaver eller leg3. synes ikke at høre hvad der bliver sagt4. kan ikke følge instrukser eller fuldføre opgaver5. kan ikke tilrettelægge arbejde eller aktiviteter6. undgår eller afskyr opgaver som kræver vedholdende opmærksomhed7. mister blyanter, bøger, legesager eller andre ting, som er nødvendige for at udføre opgaver og aktiviteter8. lader sig let distrahere af ydre stimuli9. er glemsom i forbindelse med dagliglivsaktiviteter <p>B. Hyperaktivitet</p> <ol style="list-style-type: none">1. uro i hænder eller fødder, sidder uroligt2. forlader sin plads i klassen eller ved bordet3. løber, klatrer, farer omkring på utilpasset måde4. støjende adfærd ved leg, har vanskeligt ved at være stille5. excessiv motorisk aktivitet, som ikke lader sig styre <p>C. Impulsivitet gennem mindst 6 måneder med ≥ 1 af følgende:</p> <ol style="list-style-type: none">1. svarer før spørgsmål er afsluttet2. kan ikke vente på at det bliver deres tur3. afbryder eller maser sig på4. taler for meget, uden situationsfornemmelse <p>D. Begyndelsesalder < 7 år</p> <p>E. Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer, f.eks. både i skolen og hjemmet, såvel som ved klinisk undersøgelse</p> <p>F. Forstyrrelserne forårsager betydelige vanskeligheder eller vanskeliggør sociale, skole- og beskæftigelsesmæssige funktioner</p> <p>G. Skyldes ikke affektive lidelser (F30-F39), angsttilstande (F40-41) og opfylder ikke kriterierne for F84.-</p>

Figur 2: WHO if. Holm & Ladegaard, 2021, p. 8

Forskelle mellem ICD og DSM

Der er flere forskelle mellem diagnoserne i ICD-10 og DSM-V; for det første er det påkrævet i ICD-10, at symptomerne skal have været til stede før syvårsalderen, hvor kravet i DSM-V er før 12-årsalderen (her har man desuden valgt at inkludere eksempler, som er målrettet voksne; fx omhandlede arbejde) (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610f). Desuden skal børn ifølge DSM-V opfylde mindst seks kriterier, hvor det for unge og voksne er mindst fem kriterier, der skal være opfyldt (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610f).

En anden forskel er, at der i ICD-10 er krav om symptomer på både opmærksomhedsforstyrrelse og hyperaktivitet/impulsivitet, hvor der i DSM-V er mulighed for at få en diagnose ved tre forskellige udtryksformer af lidelsen; navnligt en hovedsageligt opmærksomhedsforstyrret, hovedsageligt hyperaktiv og en

kombineret subtype (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 611). Altså kan diagnosen Hyperkinetisk Forstyrrelse i teorien ikke gives, medmindre der foruden opmærksomhedsforstyrrelse *også* er tydelige symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet.

ADHD ifølge ICD-11

<p>6A05 Attention deficit hyperactivity disorder</p> <p>Essential (Required) Features:</p> <ul style="list-style-type: none">• A persistent pattern (e.g., at least 6 months) of inattention symptoms and/or a combination of hyperactivity and impulsivity symptoms that is outside the limits of normal variation expected for age and level of intellectual development. Symptoms vary according to chronological age and disorder severity. <p>Inattention</p> <ul style="list-style-type: none">• Several symptoms of inattention that are persistent, and sufficiently severe that they have a direct negative impact on academic, occupational, or social functioning. Symptoms are typically from the following clusters:<ul style="list-style-type: none">○ Difficulty sustaining attention to tasks that do not provide a high level of stimulation or reward or require sustained mental effort; lacking attention to detail; making careless mistakes in school or work assignments; not completing tasks.○ Easily distracted by extraneous stimuli or thoughts not related to the task at hand; often does not seem to listen when spoken to directly; frequently appears to be daydreaming or to have mind elsewhere.○ Loses things; is forgetful in daily activities; has difficulty remembering to complete upcoming daily tasks or activities; difficulty planning, managing and organizing schoolwork, tasks and other activities. <p><i>Note:</i> Inattention may not be evident when the individual is engaged in activities that provide intense stimulation and frequent rewards.</p> <p>Hyperactivity impulsivity</p> <ul style="list-style-type: none">• Several symptoms of hyperactivity/impulsivity that are persistent, and sufficiently severe that they have a direct negative impact on academic, occupational, or social functioning. These tend to be most evident in structured situations that require behavioural self-control. Symptoms are typically from the following clusters:<ul style="list-style-type: none">○ Excessive motor activity; leaves seat when expected to sit still; often runs about; has difficulty sitting still without fidgeting (younger children); feelings of physical restlessness, a sense of discomfort with being quiet or sitting still (adolescents and adults).○ Difficulty engaging in activities quietly; talks too much.○ Blurts out answers in school, comments at work; difficulty waiting turn in conversation, games, or activities; interrupts or intrudes on others conversations or games.○ A tendency to act in response to immediate stimuli without deliberation or consideration of risks and consequences (e.g., engaging in behaviours with potential for physical injury; impulsive decisions; reckless driving)• Evidence of significant inattention and/or hyperactivity-impulsivity symptoms prior to age 12, though some individuals may first come to clinical attention later in adolescence or as adults, often when demands exceed the individual's capacity to compensate for limitations.• Manifestations of inattention and/or hyperactivity-impulsivity must be evident across multiple situations or settings (e.g., home, school, work, with friends or relatives), but are likely to vary according to the structure and demands of the setting.• Symptoms are not better accounted for by another mental disorder (e.g., an Anxiety or Fear-Related Disorder, a Neurocognitive Disorder such as Delirium).• Symptoms are not due to the effects of a substance (e.g., cocaine) or medication (e.g., bronchodilators, thyroid replacement medication) on the central nervous system, including and withdrawal effects, and are not due to a Disease of the Nervous System.

Figur 3: Egen figur ud fra onlineversionen af WHO's ICD-11

Forskelle mellem ICD-10 og ICD-11

ICD-11 adskiller sig fra ICD-10 på flere områder. En af de store forskelle er den nye kodningsstruktur, der betyder at ICD-11 arbejder ud fra en mere flad og klinisk-intuitiv struktur (Christiansen; Due, 2018, p. 5).

Ved at overgå fra ICD-10 til ICD-11 sker der også nogle ændringer ift. ADHD-diagnosen. Først og fremmest skifter diagnosen navn og går fra at hedde Hyperkinetisk Forstyrrelse til Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), som også er det

navn, der anvendes i DSM-V. Derudover vil den fremover blive klassificeret som værende en 'Neurodevelopmental Disorder' fremfor en 'Disruptive Behaviour Disorder' som i ICD-10 (Christiansen). En anden væsentlig ændring er, at aldersgrænsen hæves, hvilket vil sige, at symptomerne skal have været til stede før 12-års-alderen ligesom i DSM-V, og ikke allerede før syvårsalderen, som tidligere har været kravet. Foruden dette ses der i ICD-11 lidt anderledes på symptomernes udtryksform, og kravet om at symptomerne skal udvises på tværs af flere arenaer – fx skole og hjem - ændres i stedet til at adfærden skal udvises: *“across multiple situations or settings (e.g., home, school, work, with friends or relatives), but are likely to vary according to the structure and demands of the setting”* (WHO, ICD-11; ICD-10).

Beskaffenhed

Geoffrey og Simonsen (2017) beskriver ADHD som *“en neuropsykiatrisk udviklingsforstyrrelse, som viser sig ved let afledelighed af opmærksomhedsfunktionen kombineret med en adfærd præget af motorisk hyperaktivitet og impulsivitet”* (Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610). Ifølge Møhl og Simonsen (2017) kan ADHD vise sig allerede ved 4-8 års alderen (Møhl og Simonsen, 2017, p. 53) og ifølge National Health Service diagnosticeres børn oftest i alderen 3-7 år (National Health Service, 2021). Det er en klinisk diagnose, som bygger på adfærdsbeskrivelser og typiske symptomer; Den kan ikke stilles ved hverken blodprøver eller hjernescanninger (Thomsen, 2013, p. 67). Når diagnosen gives til børn, er det ifølge Thomsen (2013) vigtigt, *“at symptomerne er langt ud over det acceptable for alderen, og at de påvirker barnet væsentligt såvel fagligt som socialt”* (Thomsen, 2013, p. 67). ADHD er en arvelig lidelse (Knudsen, 2017, p. 50) og Thomsen peger på, at omkring 80 % af tilfælde kan tilskrives arv; genetiske faktorer er altså den væsentligste forklaring for ADHD (Thomsen, 2013, p. 71). Dog påpeger han, at *“overdreven rygning og alkoholindtag under graviditeten, for tidlig fødsel og iltmangel ved fødslen øger risikoen for ADHD”* (Thomsen, 2013, p. 71f).

Hvordan ADHD-diagnosen stilles i praksis afhænger af, om man er barn/ung eller voksen, da udredningen her vil foregå i to forskellige regi. Børn, der er tilknyttet en daginstitution eller skole, vil ofte blive henvist til den kommunale rådgivningsinstans Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). Herefter de vil være med til at vurdere det videre forløb. Man kan som forældre også tage til sin egen læge og her blive henvist til den lokale børne- og ungdomspsykiatri (Thomsen, 2015, p. 39f). Som voksen bliver

man ofte henvist gennem sin egen læge til enten voksenpsykiatrien eller en privatpraktiserende psykiater (Thomsen, 2015, p. 42f).

Der findes en udbredt misforståelse om ADHD, at koncentrations-aspektet omhandler *manglende* koncentration; Men som Bohr (2013) påpeger det, kan ordet “deficit” også oversættes til “ubalance” (Bohr, 2013, p. 15). Hun argumenterer for, at de udfordringer, folk med ADHD kan stå overfor, mere passende kan beskrives som en *ubalance* i koncentrationen kontra egentlig *manglende* koncentration (Bohr, 2013, p. 15). Bohr argumenterer for, at der er fire typer af opmærksomhed, som personer med ADHD har vanskeligheder med; det gælder hhv. selektiv, fleksibel, samtidig og vedholdende opmærksomhed (Bohr, 2013, pp. 17-21). Den selektive opmærksomheds opgave er at filtrere de indtryk, der kommer ind, og at finde frem til det, der er det væsentlige i en given situation (Bohr, 2013, p. 17f). Er man udfordret ift. den selektive opmærksomhed, er man nødt til at bruge bevidst energi på at finde frem til det væsentlige og sortere alt uvæsentligt fra, da alle indtryk vil komme ind med samme styrke (Bohr, 2013, p. 17f). Den fleksible opmærksomhed er nødvendig ved skift mellem kognitive strategier, når man går fra én slags aktivitet til en anderledes aktivitet. Man vil desuden have svært ved at afbryde noget, man er i gang med og vende tilbage til aktiviteten bagefter, samt ved pludselige ændringer i planer (Bohr, 2013, p. 19f). Den samtidige opmærksomheds opgave er det, man i daglig tale kalder “multitasking”. Er man udfordret på denne form for opmærksomhed, har man svært ved at beskæftige sig med mere end én ting af gangen; er det påkrævet at udføre to aktiviteter på én gang (fx at lytte mens man er i gang med noget) vil én af delene typisk ikke blive gjort (Bohr, 2013, p. 21). Den vedholdende opmærksomhed har til opgave at fastholde opmærksomheden på en aktivitet, som føles kedelig eller rutinepræget, så den bliver fuldført på trods af dette. Er man udfordret ift. den vedholdende opmærksomhed vil dette være vanskeligt, og der kan ses en tendens til at påbegynde et væld af nye aktiviteter, men at man falder fra igen, når aktiviteterne bliver rutineprægede og dermed ikke lykkes med at fuldføre dem (Bohr, 2013, p. 21).

Thomsen (2013) beskriver ligeledes en mangel på “*et såkaldt opmærksomhedsfilter*”, i tråd med de ovenstående pointer af Bohr (2013), og peger på, at et barn med ADHD som følge heraf kan blive overvældet af irrelevante sanseindtryk med forvirring og manglende fokus til følge (Thomsen, 2013, p. 66). Grundet manglen på en vedholdende opmærksomhedsfunktion, kan et barn med ADHD have meget svært ved

at blive ved en opgave i længere tid uden at blive afledt af *“indre impulser eller ydre faktorer”* (Thomsen, 2013, p. 66). Thomsen (2013) peger ydermere på, at en manglende evne til at have delt opmærksomhed besværliggør skift mellem fx at lytte til hvad en lærer siger og skrive noter, og kan medføre at et barn helt mister fokus (Thomsen, 2013, p. 66). Et barn med ADHD har ifølge Thomsen (2013) manglende overblik og planlægningssevner, dårlig rumlig orientering samt ofte en ikke-alderssvarende tidsfornemmelse; Desuden hyperaktivitet, der kan ses som tydelig fysisk uro, fx i form af rastløs vippen med benene (Thomsen, 2013, p. 66). Thomsen beskriver impulsivitet som det symptom, der oftest medfører sociale vanskeligheder for barnet, fordi det *“gang på gang, ufrivilligt, kommer til at overskride andre børns grænser”*, hvilket kan medføre en følelse af at være isoleret fra og undgået af de andre børn med potentiel lav selvværdsfølelse som følge heraf (Thomsen, 2013, p. 66f).

Straarup beskriver, at hyperaktivitet kan komme til udtryk på forskellige måder; *“for nogle udadtil og andre mere på tankeniveau”* (if Iwankow, 2021, p. 23f). Det er derfor muligt at anse indre uro som en internaliseret hyperaktivitet, hvilket også er den forståelse, vi arbejdede ud fra i vores TPV-litteraturreview. Der kan argumenteres for, at denne definition er mere inkluderende ift. hvordan hyperaktivitet kan komme til udtryk, i særdeleshed blandt piger (se teoriafsnit 2.3). Den adskiller sig fra den mere gængse forståelse, som fokuserer meget på den kropslige og udadtil åbenlyse hyperaktivitet og uro, eksempelvis ved børn, der *“klatrer på væggene”*.

Forløb

Thomsen (2013) argumenterer for, at ADHD-forløb kan se meget forskellige ud: *“nogle klarer sig godt på trods af deres vanskeligheder, mens mange har store problemer i forhold til sociale relationer, i skolen og senere på arbejdsmarkedet”* (Thomsen, 2013, p. 64). Thomsen peger på, at forældre til et barn med ADHD ofte vil have oplevet, at barnet kan have en mangelfuld evne til at regulere søvn og spisning, kan have tilbøjelighed til hyppige følelsesmæssige udsving samt have svært ved at indgå i en rytme i dagligdagen (Thomsen, 2013, p. 64). Når barnet begynder at gå og dets verden dermed bliver større, *“bliver det ofte hyperaktivt og mangler evnen til fordybelse, herunder ro til at sidde og tegne eller lege”*, samt at barnet kan forekomme omkringfarende og planløst på en måde, som er usædvanlig for barnets alder (Thomsen, 2013, p. 64). Thomsen (2013) argumenterer for, at det typiske billede af et barn med ADHD i børnehaven er et barn, som hyppigt kommer til skade grundet

manglende forsigtighed, samt at barnet ofte *“kommer i klammeri med de andre børn og bliver fravalgt og udstødt af dem”* (Thomsen, 2013, p. 66). Desuden at barnets følelsesregister kan være meget svingende med tendens til voldsomme udbrud af raseri, samt at barnet kan virke *“socialt grænseoverskridende på børn og voksne”* (Thomsen, 2013, p. 66).

ADHD i hjemmet

Ifølge Thomsen (2013) er de symptomer, der oftest ses i hjemmet, at barnet er hyperaktivt, har problemer ved måltider, larmer og ikke kan sidde stille, samt at barnet roder og glemmer aftaler (Thomsen, 2013, p. 67). Desuden at barnet kan være utålmodigt og have tendens til hurtigt at miste interessen for legetøj, mens barnet derimod ofte kan finde ro foran en computer (Thomsen, 2013, p. 67). Barnet vil ofte have svært ved lege og spil, som tager lang tid, vil finde skolen kedelig og være udfordret ift. at lave lektier. Et barn med ADHD vil ofte have et ganske omskifteligt humør, og kan nemt blive vredt eller ulykkeligt, foruden at have svært ved at falde i søvn og/eller tendens til urolig søvn (Thomsen, 2013, p. 67).

ADHD i skolen

Ifølge Thomsen (2013) ses det ofte med børn med ADHD, at de i skolen og SFO'en ofte har vanskeligheder med det sociale fællesskab, eksempelvis i frikvartererne, *“ikke kan koncentrere sig om skolearbejdet og afledes let”*, *“har et højt aktivitetsniveau”*, *“har svært ved at slappe af og koble fra”*, *“har en høj grad af impulsivitet og mangler selvkontrol”*. Desuden at de ofte har indlæringsvanskeligheder og problemer med at flytte fokus mellem forskellige aktiviteter, ofte mangler *“forståelse for konsekvensen af egne handlinger og har svært ved at sætte sig ind i andres situation”*, *“hader temadage og -uger”*, hvor den sædvanlige struktur mangler, samt at *“læreren klager over, at barnet ikke kan sidde stille”* (Thomsen, 2013, p. 68).

Knudsen (2017) beskriver ud fra en case om en dreng i skolealderen med ADHD hvordan ADHD kan se ud i skolen (Knudsen, 2017, p. 62). Hun beskriver, at opmærksomhedsvanskeligheder begynder at give problemer i skoletiden, da barnet ikke er i stand til at skifte mellem at lytte til læreren og fx skrive uden at miste koncentrationen. Desuden at samtlige sanseindtryk - relevante eller ej - samt indre impulser (fx tissetrang) distraherer barnet, hvilket fører til forvirring og manglende koncentration (Knudsen, 2017, p. 62). Ydermere peger Knudsen (2017) på, at hyperaktiviteten, som kan følge med lidelsen, kan føre til at barnet forlader sin plads i

klasselokalet og kan handle uovervejede, hvilket kan føre til eller forstærke samspilsproblemer med de andre børn. Disse sociale samspilsproblemer er ifølge Knudsen (2017) et udbredt problem for børn med ADHD. Desuden peger Knudsen (2017) på, at der blandt lidt ældre børn med ADHD hyppigt ses emotionelle problemer som tristhed og ængstelse (Knudsen, 2017, p. 62). Ud fra dette argumenterer hun for, at selvom ADHD-symptomer kan aftage med alderen, *“vil mængden af nederlagsoplevelser være med til at fastholde de emotionelle problemstillinger”* (Knudsen, 2017, p. 62). Slutteligt peger hun på, at de udfordringer, børn med ADHD står overfor, bliver tydeligere for omgivelserne jo mere selvstændighed barnets alder kræver af dem (Knudsen, 2017, p. 62).

ADHD på tværs af kontekster

Som tidligere gennemgået, er et af diagnosens kriterier, at symptomerne skal være synlige i flere kontekster, hvilket kan være problematisk eftersom en del børn - men i særdeleshed piger - formår at maskere deres symptomer udenfor hjemmet.

Miljøet og omgivelserne har stor betydning for ADHD, selvom lidelsen oftest er genetisk forankret, og Thomsen (2013) argumenterer for, at man gennem struktur i hverdagen i både skole og hjem vil kunne kompensere for mange af de vanskeligheder, et barn med ADHD oplever. Han peger specifikt på forberedelse, planlægning samt at hjælpe barnet med at få et overblik (Thomsen, 2013, p. 71).

ADHD i voksenlivet

Symptomer på ADHD fortsætter ind i voksenlivet for op til to tredjedele vedkommende, og mere end halvdelen af børn med ADHD vil fortsat have problemer i 20-25-årsalderen. Dette kan gøre det vanskeligt for mange voksne med ADHD at varetage en uddannelse samt arbejds- og familieliv. Ydermere er der en øget risiko for at udvikle andre psykiske lidelser. Herunder nævner Geoffrey og Simonsen (2017) *“især angstlidelser, bipolar sindslidelse, depressioner, misbrug og personlighedsforstyrrelser”* (Thomsen, 2013, p. 72; Geoffrey & Simonsen, 2017, p. 610; Knudsen, 2017, p. 46f).

Thomsen (2013) peger på, at der blandt voksne, som stadig har symptomer på ADHD *“ses en lille gruppe med ganske få problemer og en lidt større gruppe, som fortsat har væsentlige symptomer og dertilhørende sociale, følelsesmæssige og arbejdsmæssige problemer”* (Thomsen, 2013, p. 72). Ydermere peger han på, at en gruppe på 10-15 %

i voksenalderen udviser *“alvorlig antisocial adfærd eller har psykiatriske problemer, depression, angst og lignende”*, samt at der blandt denne gruppe ses en øget tendens til kriminalitet samt misbrug af alkohol og stoffer. En vigtig faktor for, hvordan det vil gå børn med ADHD som voksne, er ifølge Thomsen (2013) hvorvidt de også har adfærdsforstyrrelser eller ej (Thomsen, 2013, p. 72).

2.2 Generelt om piger med ADHD

Ifølge Damm og Thomsen (2012) peger befolkningsundersøgelser på, at piger med ADHD underdiagnosticeres og at dette kan skyldes, at piger i højere grad end drenge udviser opmærksomhedsvanskeligheder og i mindre grad hyperaktivitets- og impulsivitetsvanskeligheder (Damm & Thomsen, 2012, p. 14). Ligeledes peger Knudsen (2017) på, at der er forskel i fremtrædelsesformen af ADHD for hhv. drenge og piger, samt at piger kan overses, da de ofte ikke udviser samme forstyrrende adfærd som mange drenge med ADHD gør (Erenbjerg, 2009, p. 181; Knudsen, 2017, p. 59). Dette betyder dog ikke, at piger med ADHD ikke har hyperaktivitetssymptomer, men i stedet at disse symptomer kan komme til udtryk på anderledes vis, eksempelvis ved hyperverbalitet, hyperaktiv tankevirksomhed, rastløshed, tendens til at afbryde samt besvær ved at vente på tur (Erenbjerg, 2009, p. 182).

Ifølge Skoglund (2021) diagnosticeres piger generelt senere i livet end drenge, og markant færre piger modtager efterfølgende støtte og behandling (Skoglund, 2021, p. 110). Den sene diagnosticering kan for mange have negative følger, da der ifølge Skoglund er mange risikofaktorer forbundet med at have ADHD (if. Iwankow, 2021, p. 21). Piger og kvinder med ADHD kan bruge mange kræfter på at undertrykke, skjule og kompensere for deres udfordringer. Skoglund argumenterer for, at de forsøger at skjule deres vanskeligheder, da de ikke ved, hvordan de skal håndtere dem samt kan frygte at blive ekskluderet fra fællesskabet (if. Iwankow, 2021, p. 22). Hun udtaler:

“I modsætning til ‘forstyrrende’ drenge kan piger med ADHD i stedet opfattes som generte, tilbageholdende og følgagtige. Deres konstante kamp for at passe ind kan paradoksalt nok hindre dem i at få den rigtige diagnose. Omgivelserne ser først og fremmest den dygtige pige, og hun udviser normalt ikke den forstyrrende og impulsive adfærd, som vi forventer af nogen med ADHD” (Skoglund, 2021, p. 27).

Som Iwankow (2021) formulerer det, formår mange piger at skjule deres symptomer i skolen og viser dem først, når de kommer hjem:

“Når de har kæmpet sig igennem en hel dag i skolen for ikke at falde igennem et finmasket net af forventninger, er der ikke flere kræfter, når de kommer hjem. Derfor er det alene forældrene, der ser det, når temperamentet løber af med deres datter, og hun smider sig på gulvet, råber og smækker med dørene i frustration” (Iwankow, 2021, p. 22).

Straarup argumenterer ifølge Iwankow (2021) for, at kravet om synlige symptomer på tværs af flere arenaer er problematisk, eftersom nogle piger med ADHD ikke gør væsen af sig i skolen og blot klarer sig ved at følge med og måske kigge efter hos sidemanden. Lærerne oplever altså ikke nødvendigvis i skolen, at der er problemer med pigerne (Iwankow, 2021, p. 23). Også Skoglund kritiserer dette forhold, og peger på, at lærere ofte *“står uforstående, når forældre henvender sig med bekymringer om deres datter, der ikke kan koncentrere sig, ikke kan styre sit temperament og ikke indgår i sociale sammenhænge udenfor skolen”* (Iwankow, 2021, p. 22). Hun peger på, at det har været en international diskussion, hvorvidt de diagnostiske kriterier burde ændres, så flere piger kan passe ind i dem, men at det indtil videre ikke er blevet sådan (Iwankow, 2021, p. 22).

Erenbjerg (2009) argumenterer for, at nogle piger med ADHD har opøvet en strategi, hvor de smiler og lader som om, at de er nærværende og lyttende, men faktisk ikke er det; Desuden, at de ofte kan være glemsomme og uorganiserede, let kan tabe tråden og udtrættes af boglige opgaver (Erenbjerg, 2009, p. 183). Dette kan ifølge Erenbjerg give anledning til at tro, at pigerne er dårligt begavede, men dette er ikke nødvendigvis tilfældet; De kan blot have sværere ved at lære end andre har (Erenbjerg, 2009, p. 183). Erenbjerg peger desuden på, at piger med ADHD med normal eller høj intelligens kan lykkes i at kompensere for deres udfordringer i mange år (Erenbjerg, 2009, p. 183).

Skoglund (2021) argumenterer for, at mange piger og kvinder ender med at overkompensere i så høj en grad, at de kan udvikle et uhensigtsmæssigt adfærdsmønster, hvor de mange kampe for at skjule et indre kaos kan ende ud i *“overdreven perfektionisme, angst, social fobi, spiseforstyrrelser eller et misbrug”* (Skoglund, 2021, p. 119). I tråd hermed påpeger Erenbjerg (2009) også, at piger med

ADHD ofte har flere komorbide symptomer, eksempelvis angst, tvangspræget adfærd eller indlæringsvanskeligheder (Erenbjerg, 2009, p. 181).

Der kan argumenteres for, at kønsnormer spiller en rolle for henvisningshyppigheden mellem drenge og piger med ADHD, og følgelig for senere udredning og behandling. I den tidligere nævnte artikel af Iwankow (2021) udtaler psykolog og lektor i klinisk psykologi, Christina Mohr Jensen, at der findes undersøgelser *“hvor man har præsenteret vignetter af børn med symptomer på ADHD, hvor man skiftevis har ladet historien handle om en dreng og en pige”*. Tendensen i disse undersøgelser var, at deltagerne hyppigere ville henvide drengen til udredning men pigen i mindre grad (Iwankow, 2021, p. 24). Hun udtaler videre:

“Det understøtter, at vi har nogle bevidste eller ubevidste indre skabeloner for, hvad ADHD er, som vi lægger ned over forståelsen og fortolkningen af det enkelte barn, den unge eller voksne. En skabelon, der kan betyde, at pigerne ikke tilgodeses. Derfor er det afgørende, at vi som fagfolk også er meget opmærksomme på de kognitive bias, vi selv sidder med, når vi fortolker det, vi ser” (Iwankow, 2021, p. 24).

Dette forhold peger Skoglund også på med henvisning til lignende studier, hvor forældre og lærere skulle vurdere vignetter af hhv. drenge og piger med de samme ADHD-symptomer (Skoglund, 2021, p. 112). Hun henviser også til andre studier med dette fokus, som har peget på, at forældre er bedre til at genkende ADHD hos piger end lærere er. Skoglund peger på, at det diskuteres i fagkredse, om dette forhold kan skyldes, at *“forældre oftere sammenligner deres døtre med andre jævnaldrende piger, mens lærere sammenligner piger med drengene i samme klasse”* (Skoglund, 2021, p. 112).

Skoglund argumenterer for, at en af grundene til, at mange piger og kvinder med ADHD bliver overset og misforstået er, *“at de, på gruppeniveau, ikke passer ind i den klassiske ADHD-beskrivelse af en hyperaktiv dreng”* (Skoglund, 2021, p. 27). Hun peger på, at studier har vist, at piger har større risiko for at opleve negative konsekvenser af deres ADHD end drenge har, og at det dermed er paradoksalt, at der stilles færre ADHD-diagnoser blandt piger end blandt drenge (Skoglund, 2021, p. 112). I tråd med dette samt efter gennemlæsning af Skoglund (2021) og Iwankow (2021) i forbindelse med vores TPV-litteraturreview, anså vi det som værende relevant

at undersøge dette forskningsområde yderligere, hvilket vi gjorde gennem et narrativt litteraturreview. Dette projekt vil belyses yderligere i det følgende afsnit.

2.3 Belysning af vores TPV-litteraturreview

I dette afsnit vil indgå en gennemgang af vores TPV-projekt; et narrativt litteraturreview med fokus på trivsel og læring blandt piger med ADHD i skoleregion. Indledningsvist vil vi redegøre for vores metode efterfulgt af en belysning af relevante pointer fra den tematiske analyse af de otte udvalgte publikationer. Slutteligt vil indgå vores overvejelser angående TPV-projektets anvendelighed.

Vi har valgt at inddrage dette tidligere udarbejdede litteraturreview for at kunne belyse i forvejen udgivet relevant forskning på området, samt for på baggrund af dette at argumentere for, at der er store mangler i den eksisterende forskning om piger med ADHD. Ud fra vores tidligere arbejde med emnet, vil vi desuden argumentere for, at det er relevant at udarbejde yderligere forskning på området, hvorfor vi har valgt at udarbejde en kvalitativt spørgeskemaundersøgelse i dette speciale.

Metode

For at kunne undersøge vores daværende problemformulering: *“Hvilken betydning kan ADHD-symptomer have for pigers skolegang, herunder trivsel og læring?”* valgte vi at lave et litteraturreview. Da vi ønskede at sammenfatte resultater fra studier, som anvendte forskellige metoder, fremgangsmåder samt forskellige forskningsspørgsmål, valgte vi at anvende en narrativ tilgang (Baumeister, 2013, p. 120). Vi foretog en litteratursøgning i databaserne PsycNet og Scopus, samt en efterfølgende screening og frasortering af søgeresultaterne med udgangspunkt i vores inklusions- og eksklusionskriterier (se nedenstående tabel fra vores TPV-projekt).

Inklusionskriterier	<ul style="list-style-type: none">• Peer-reviewed publikationer• Udgivelsesår fra 2000-• Børn i alderen 6-16 år• Foretaget og publiceret i WEIRD-lande (Western, Educated, Industrialized, Rich, Democratic)• Publikationer på dansk, svensk, norsk eller engelsk• Fokus på skolegang
---------------------	--

Eksklusionskriterier	<ul style="list-style-type: none"> • Publikationer om medicinsk behandling • Publikationer med fokus på komorbide lidelser (fx Conduct Disorder, Autismespektrumforstyrrelse) • Andet end almen grundskole, fx specialskole
----------------------	--

(Holm & Ladegaard, 2021, p. 14f)

Efter litteratursøgningen havde vi 2.007 søgeresultater; 1.239 resultater fra Scopus og 768 resultater fra PsycNet. Efter frasortering af dubletter endte vi på 1.282 publikationer og efter screening ift. inklusions- og eksklusionskriterier endte vi på 44 publikationer. Herefter foretog vi en fuldtekstgennemgang og en kvalitativ vurdering af publikationernes relevans og endte på otte publikationer, som vi inkluderede i vores review.

Anvendte artikler:

- Derks, Hudziak, & Boomsma (2007). Why more boys than girls with ADHD receive treatment: A study of dutch twins. *Twin Research and Human Genetics*.
- Dupaul, Jitendra, Tresco, Vile Junod, Volpe & Lutz (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder: Are there gender differences in school functioning?
- Fugate & Gentry (2016). Understanding adolescent gifted girls with ADHD: Motivated and achieving.
- Grskovic & Zentall (2010). Understanding adhd in girls: Identification and social characteristics.
- Kok, Groen, Fuermaier & Tucha (2016). Problematic peer functioning in girls with ADHD: A systematic literature review.
- Piumatti, Sacconi, Zucchetti, & Rabaglietti (2014). The independent contributions of negative peer functioning and social/familial risk factors to symptoms of ADHD among Italian primary school children.
- Zambo (2008). Looking at ADHD through multiple lenses: Identifying girls with the inattentive type.
- Zucchetti, Ortega, Scholte & Rabaglietti (2015). The mediating role of aggressive behaviour, emotional and behavioural instability on the association between ADHD symptoms and best friend conflicts.

Pointer fra den tematiske analyse

Foruden de i problemformuleringen identificerede temaer “trivsel” og “læring” fandt vi også temaet “kønssforskelle”, samt undertemaerne “følelsesregulering”, “mobning”, “venskaber og sociale relationer” under temaet “trivsel”.

Følelsesregulering

Et tema, der gik igen i flere af studierne, var følelsesregulering samt vanskeligheder herved blandt piger med ADHD. Dette kunne komme til udtryk på flere forskellige måder. Eksempelvis viste spørgeskemaundersøgelsen med 262 piger med og uden ADHD af Grskovic og Zentall (2010), at de undersøgte piger med ADHD var *“bevidste om, at de var tilbøjelige til at reagere med stærke følelser, og de adskilte sig fra deres jævnbyrdige, fordi de var mere stædige, overreagerende og med tendens til vrede og bekymring, skyldfølelse samt at være højlydt i nærvær med familie og venner”* (Holm & Ladegaard, 2021, p. 21). I tråd med dette pegede Zucchetti et. al. (2014) med udgangspunkt i deres spørgeskemaundersøgelse med 334 elever med ADHD på, at aggression og følelses- og adfærdsmæssig ustabilitet spillede en væsentlig rolle, når det kom til forholdet mellem symptomer på ADHD og konflikter mellem bedste venner. De argumenterede for, at der særligt for piger med uopmærksomhedssymptomer var en tendens til at have færre og mindre stabile venskaber, og at dette kunne skyldes manglende interesse og social tilbagetrækning (Holm & Ladegaard, 2021, p. 21).

Mobning

Temaet mobning gik ligeledes igen i flere publikationer, hvorfor vi anså det som værende relevant at inddrage under emnet trivsel. Kok et. al. (2016) fandt bl.a. i deres litteraturreview, at piger med ADHD har en øget risiko for peer victimisation, samt udsættes hyppigere for mobning end piger uden ADHD (Holm & Ladegaard, 2021, p. 23). I tråd med dette, pegede Zambo (2008) ligeledes ud fra et casestudie på, at undersøgelsesdeltageren Angie, som har ADHD, blev ekskluderet af sine klassekammerater samt fravalgt og kaldt øgenavne på grund af sine ADHD-symptomer; herunder særligt glemsomhed og manglende forberedelse til undervisningen (Holm & Ladegaard, 2021, p. 23).

Venskaber og sociale relationer

Særligt temaet venskaber og sociale relationer fyldte meget i flere af publikationerne, og det fremgik, at piger med ADHD havde vanskeligheder forbundet hermed. Grskovic og Zentall (2010) pegede ud fra deres undersøgelse på, at det kan være meget udfordrende for piger med ADHD at danne stabile og længerevarende venskaber, når man sammenligner med piger uden ADHD (Holm & Ladegaard, 2021, p. 27). Derks et al. (2007) pegede ud fra deres undersøgelse med hollandske tvillinger (hhv. 283 drenge og 291 piger) både med og uden ADHD på, at piger med ADHD er mere socialt udfordrede end drenge med ADHD. Desuden at pigerne i undersøgelsen oftere blev afvist af deres jævnbyrdige (peers) (Holm & Ladegaard, 2021, p. 27). Piumatti et al. (2014) pegede dog ud fra deres spørgeskemaundersøgelse med lærerbesvarelser og elevers selvrapportering på, at ADHD-symptomer kan have en negativ indvirkning på *både* drenges og pigers venskaber og relationer, når man sammenligner med børn uden ADHD (Holm & Ladegaard, 2021, p. 27). Kok et al. (2016) pegede ud fra deres litteraturreview på, at børn har en tendens til at tolerere et højere niveau af ADHD-symptomer blandt drenge end blandt piger. Ydermere at piger ofte har mere intime og nære sociale netværk end drenge, samt at pigerne med ADHD i undersøgelsen indgik i signifikant færre venskaber end piger uden ADHD. Desuden at kvaliteten af deres venskaber var lavere og at de besad færre sociale kompetencer end piger uden ADHD (Holm & Ladegaard, 2021, p. 27).

Læring

Foruden trivsel ønskede vi at undersøge læring, hvilket som før nævnt var en af vores hovedinteresser fra problemformuleringen. Temaet læring kom til udtryk på forskellig vis. Eksempelvis beskrev Zambo (2018) i casestudiet af skolepigen Angie, at hun allerede tidligt i sin skoletid havde faglige udfordringer. I tråd med dette pegede Dupaul et al. (2006) med udgangspunkt i deres studie af 113 drenge og 42 piger i Elementary School diagnosticeret med ADHD på, at pigerne og drengene med ADHD udviste den samme grad af sociale såvel som skolerelaterede problemer, sammenlignet med deres jævnbyrdige (peers) uden lidelsen (Holm & Ladegaard, 2021, p. 30f). Fugate og Gentry (2015) undersøgte gennem et såkaldt “collective case study” specifikt fagligt dygtige piger med ADHD og pegede på, at de havde en tendens til at forbinde skole med følelser af forvirring, skam og anspændthed, hvilket førte til nedsat motivation og lavere selvværd (Holm & Ladegaard, 2021, p. 30f). De argumenterede

for, at støtte, nærvær og hjælp fra familie og lærere kunne være medierende faktorer herfor, men med forsigtighed eftersom pigerne i undersøgelsen beskrev frustration ved opfattelsen af, at deres forældre havde for høje forventninger til dem (Holm & Ladegaard, 2021, p. 30f).

Kønsforskelle

Når det kommer til kønsforskelle, pegede Kok et al. (2016) ud fra deres litteraturreview på, at ADHD-symptomer ses hyppigere hos drenge end piger, og at der er kønsmæssige forskelle på graden af symptomerne og deres udtryksform (Holm & Ladegaard, 2021, p. 32). Derks et al. (2007) pegede på, at de kønsmæssige forskelle i symptomernes udtryksform kan have indflydelse på henvisningshyppigheden for hhv. piger og drenge med ADHD, selv hvis begge køn *“udviser lignende psykiatrisk komorbiditet og lavere grad af skolemæssig funktionsevne”* (Holm & Ladegaard, 2021, p. 32). De pegede ydermere på, at mødre i undersøgelsen *“beskrev lignende niveauer af problematisk adfærd i hjemmet kønnene imellem, mens lærere rapporterede lavere niveauer af problematisk adfærd blandt piger med ADHD-symptomer end blandt drenge med ADHD-symptomer”* (Holm & Ladegaard, 2021, p. 32).

Opsamling

Opsummerende peger de otte studier i lignende retninger. Der peges på, at piger med ADHD kan opleve vanskeligheder forbundet med deres skolegang; herunder både i forhold venskaber, sociale relationer, mobning samt de læringsmæssige aspekter, hvilket alt sammen kan have en negativ indflydelse på deres trivsel og læring. Derudover fandt studierne også, at piger med ADHD kan have udfordringer med følelsesregulering, hvilket ligeledes kan påvirke deres trivsel, samt at der findes kønsforskelle eksempelvis relateret til henvisningshyppigheden.

Anvendelighed

Et litteraturreview er med til at give et overblik over hvilken forskning, der findes indenfor et emne. Dog kan det diskuteres, hvorvidt reviewet i sig selv er anvendeligt ift. at udlede noget generelt om det pågældende emne. Den anvendte metode i vores TPV-projekt var et narrativt litteraturreview, da denne metode ikke kræver at de anvendte publikationer har anvendt de samme metoder og forskningsspørgsmål. Dog er der det kritikpunkt, at der for det narrative litteraturreview ikke findes retningslinjer

for udarbejdelsen heraf, og at sorteringsprocessen for anvendte publikationer dermed er mere subjektiv end ved fx en metaanalyse (Ferrari, 2015, p. 231).

Dog er det en styrke ved vores review, at vi udelukkende har anvendt publikationer som er 'peer reviewed' (altså fagfællebedømt), hvilket styrker validiteten eftersom det betyder, at kvaliteten af studierne er blevet evalueret og bekræftet af eksperter indenfor studiernes emneområder (Den Danske Ordbog, 2018). Derudover bidrager vores gennemsigtighed ift. søgeprocessen positivt til projektets reliabilitet. Dog vil det højst sandsynligt være umuligt for andre at replikere selve screeningsprocessen og den subjektive sortering af publikationer. Reviewets hovedfokus var trivsel, hvilket er et forholdsvis nordisk begreb, hvorfor det ikke har været muligt at inkludere begrebet i selve litteratursøgningen. Af den grund var vi nødt til at foretage en subjektiv vurdering af, hvilke publikationer vi anså som værende relevante. I forlængelse heraf bør det desuden påpeges, at de udvalgte studier besidder en række kritikpunkter og begrænsninger, hvilket der bør tages højde for og som vi vil uddybe i det nedenstående.

Studiet af Zucchetti et al. (2014) er kun baseret på lærernes vurderinger af elevernes ADHD-symptomer, hvilket begrænser deres viden bl.a. i forhold til symptomdebut og hvorvidt symptomerne viser sig på tværs af barnets kontekster. De påpeger selv at selvrapportering ville være problematisk, da de argumenterer for, at børn kan være umodne og mangle selvindsigt. De peger på, at en kombination af forældre og læreres besvarelser ville give en bedre vurdering af ADHD-symptomerne (Zucchetti et al., 2014, pp. 108 if Holm & Ladegaard, 2021, p. 33).

I studiet af Grskovic og Zentall (2010) findes der modsigelser i deres abstract og metodeafsnit, da de det ene sted angiver, at de har fokus på forældre-ratings og elevers self-ratings, men i praksis beder de både forældre, elever og lærere om at udfylde et lærer-henvendt værktøj (ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale). Derudover anvender de også et spørgeskema ved navn "Supplementary Descriptive Assessment", som de selv har udarbejdet. Deres argument for gyldigheden af dette spørgeskema er en fokusgruppeundersøgelse med fem voksne kvinder med ADHD i alderen 27 til 57 år, som skulle vurdere hvorvidt forskernes items var sammenlignelige med deres barndoms minder (Holm & Ladegaard, 2021, p. 34f).

Kok et al. (2016) påpeger selv det forhold, at de publikationer, de har udvalgt til deres litteraturreview, kan være omfattet af et 'selection-bias', eftersom fire af studierne

anvender data fra det samme sample. Desuden at syv af studierne er udført af den samme arbejdsgruppe, samt at nogle af publikationerne anvender resultater fra piger med ADHD, som ikke var medicinerede under undersøgelsen, hvilket de argumenterer for, at man bør tage højde for i videre anvendelse af resultaterne (if. Holm & Ladegaard, 2021, p. 36). Et kritikpunkt fra os er, at forfatterne ikke altid er gennemsigtige i deres anvendelse af studier, når de flere gange skriver ting som: *“two studies found...”*, men ikke henviser til specifikt hvilke studier, der måtte være tale om (Holm & Ladegaard, 2021, p. 36).

Da studiet af Zambo (2008) er et case-studie, kan det diskuteres hvorvidt det er muligt at generalisere ud fra Angies oplevelser. Studiet giver et dybdegående indblik i Angies oplevelser og hverdag som en pige med ADHD; dog er det hendes oplevelser af tingene, hvorfor der kan sættes spørgsmålstegn ved, om alle disse oplevelser stemmer overens med hvad hendes omverden har oplevet (Holm & Ladegaard, 2021, p. 36f).

Derks et al. (2007) anvender resultater fra undersøgelsesdeltagere, som ikke er klinisk diagnosticeret med ADHD, men blot er blevet vurderet gennem strukturerede, kliniske interviews med deres mødre ud fra DSM-IV, hvilket er et klart kritikpunkt. Desuden anvender de data fra et hollandsk sample og påpeger selv vigtigheden af videre forskning for at undersøge, hvorvidt deres resultater er generaliserbare i forhold til andre populationer. Ydermere påpeger de selv, at deres sample af børn er relativt småt med hhv. 45 drenge og 36 piger med ADHD (if. Holm & Ladegaard, 2021, p. 38). Som vi formulerede det i vores TPV-litteraturreview:

“De argumenterer for, at hvis man gerne vil undersøge forholdstallet for den kønsmæssige hyppighed af ADHD, bør dette gøres ud fra normalpopulationen, og ikke ud fra et sample af klinisk henvendte deltagere. Dette fordi der kan findes et betydelig større antal drenge i kliniske settings (9:1), mens kønsforskellen i normalpopulationen er mere ligeligt fordelt mellem de to køn med forholdstal på 3:1 i drenges favør (Derks et al., 2007, p. 765)” (Holm & Ladegaard, 2021, p. 38).

Studiet af Piumatti et al. (2014) udleder udelukkende korrelative data og kan derved kun “pege fra A til B” og ikke belyse, hvad der potentielt sker mellem variabler. Derudover bygger undersøgelsen kun på besvarelser fra elever og lærere, hvorfor det

ikke er muligt at vide, om problematikkerne også viser sig i andre kontekster (Holm og Ladegaard, 2021, p. 38f).

Studiet af Dupaul et al. (2016) kan kritiseres for at tage udgangspunkt i et relativt småt sample samt for ikke at anvende nogen kontrolgruppe til sammenligning. Derudover blev eleverne i undersøgelsen henvist med udgangspunkt i lærernes bekymringer ift. ADHD-symptomer samt deres faglige udfordringer, hvorfor det er muligt at studiets fund primært gør sig gældende for netop denne målgruppe og ikke generelt ift. ADHD. Dupaul et al. (2016) påpeger også selv, at læreres og forældres vurderinger muligvis ikke er lige så retsvisende som selvrapportering ift. at belyse lidelsens symptomer (Holm og Ladegaard, 2021, p. 39f).

Studiet af Fugate og Gentry (2015) har, som forfatterne også selv påpeger, en begrænset generaliserbarhed i form af det lave antal deltagere i deres kollektive case-studie omhandlende fagligt dygtige piger med ADHD, samt i form af deres kvalitative tilgang (if Holm & Ladegaard, 2021, p. 41). Et kritikpunkt, vi har rettet mod denne publikation er, at forfatterne, som vi formulerede det i TPV: *“synes relativt biased i en positiv retning mod ADHD, når de fx ofte omtaler fagligt dygtige piger med ADHD som værende: “twice-exceptional”*” (Holm & Ladegaard, 2021, p. 41).

Samlet set vil vi argumentere for, at reviewet giver et godt overblik over forskning på området i forhold til trivsel og læring blandt piger med ADHD (i en skolekontekst, som til en hvis grad er sammenlignelig med den danske). Dog giver reviewet ikke mulighed for at udlede noget generelt om den undersøgte målgruppe, da de forskellige studier ikke anvender sammenlignelige undersøgelsesmetoder, ikke undersøger det samme undersøgelsesspørgsmål samt at de besidder kritikpunkter i forhold til udarbejdelsen samt udførelsen af deres studier. Vi vurderer det ud fra vores arbejde med vores niende semesters TPV-litteraturreview relevant at foretage mere forskning på området, hvorfor vi har valgt at udarbejde en kvalitativ spørgeskemaundersøgelse, hvilket vi vil uddybe i de kommende afsnit.

3 Metodologi

I det følgende vil indgå en redegørelse for vores metodologiske tilgang til dette speciale; herunder videnskabsteoretiske overvejelser angående kvalitative og

kvantitative metoder, vores videnskabsteoretiske ståsted i fænomenologien, samt en kort introduktion til vores analysemetode; deskriptiv fænomenologisk analyse.

Humanvidenskab er kendetegnet ved en fortolkende tilgang til det felt, der ønskes at vide mere om (Thisted, 2018, p. 57). Forankret i den humanvidenskabelige tradition findes den fænomenologiske retning. Begrebet fænomenologi kommer af det græske *phainomenon* og *logos* som betyder læren om det, der fremtræder eller kommer til syne for en bevidsthed (Thisted, 2018, p. 63; Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 217). Vi vil i dette speciale arbejde med den fænomenologiske videnskabsteoretiske tilgang som afsæt for vores analyse.

Andersen og Koch (2015) beskriver fænomenologi som en filosofisk retning, som ofte forbindes med kvalitative metoder, hvor man ønsker at forstå "*menneskers tanker, hensigter, følelser og oplevelser af deres situation*" eller med andre ord: "*bevidsthedens oplevelse af verden*" (Andersen & Koch, 2015, p. 241; p. 243). Dette stemmer overens med hensigten bag vores problemformulering, da vi ønsker at undersøge hvilken *betydning* ADHD kan have for pigers trivsel foruden at belyse diagnosticeringsprocessen.

Fænomenologi er en filosofisk skole, som blev grundlagt i starten af 1900-tallet af den tyske filosof Edmund Husserl (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 217). I fænomenologien lægges der vægt på en omfangsrig beskrivelse af psykologiske fænomener, og der ønskes gennem undersøgelse af menneskets oplevelsesverden at få forståelse for det pågældende fænomen (Langdridge, 2007, p. 10). Målet er at belyse fænomener, som de er, hvorfor man er nødt til at søge bag om de mange ideer, stereotyper og forforståelser, man har med sig og som ofte er med til at påvirke ens syn på og oplevelse af de fænomener, der mødes. Dette gøres ved at gå "*til sagen selv*", som Husserl formulerede det (if. Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 218). Fænomenologien tager udgangspunkt i at individets bevidsthed altid er rettet mod noget, altså er intentionel, samt bygger på en såkaldt fænomenologisk reduktion. Denne reduktion, som også kaldes en epoché, henviser til den proces, hvor man forsøger at sætte ens forforståelser og 'commonsense' om fænomenerne i parentes og herved se tingene, som om det var for første gang. Formålet med dette er at kunne nå frem til en fordomsfri beskrivelse af fænomenerne (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 220; Langdridge, 2007, p. 21). Opsummerende kan det nævnes, at der i den fænomenologiske filosofi antages, i modsætning til de naturvidenskabelige

tilgange, at vi kun kan forstå verden “*ved at inkludere det observerende subjekt i vores tænkning*” (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 222).

Der findes flere forskellige måder hvorpå man kan anvende fænomenologien i et forskningsprojekt. En tilgang til fænomenologi som en forskningsmetode kan være gennem metoden *descriptive phenomenology* (Langdridge, 2007, p. 85). Der er fire stadier i deskriptiv fænomenologisk analyse: 1) gennemlæsning for overordnet betydning, 2) identificering af meningsenheder, 3) vurdering af meningsenhedernes betydning og 4) præsentation af en strukturel beskrivelse. Forud for det første stadie foreligger en dataindsamling, som danner grundlag for den efterfølgende analyse (Langdridge, 2007, p. 88; Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 227). Denne tilgang vil vi anvende i analysen (afsnit 5) hvor tilgangen vil uddybes yderligere.

3.1 Kvantitative og kvalitative metoder

I følge Kruuse (2007) kan psykologiske forskningsmetoder opdeles i hhv. de kvantitative og de kvalitative metoder. De kvantitative metoder anvendes ofte ift. et nomotetisk forskningsideal, hvori formålet er at finde og belyse naturlove, så man kan forklare og evt. forudsige, hvad der vil ske (Kruuse, 2007, p. 25). Kvantitativ forskning er optaget af at undersøge kvantiteter og for at kunne arbejde statistisk er man nødt til at tilskrive sine data forskellige talværdier. Inden for den kvantitative forskning anvendes der ofte spørgeskemaundersøgelser (Brinkmann & Tanggaard, 2015, p. 13).

I følge Strauss & Corbin (1990) er kvalitativ forskning den form for forskning, som giver resultater, der ikke kommer af statistiske procedurer eller andre former for kvantificering. De påpeger dog, at det er muligt at kvantificere kvalitative data ved eksempelvis at tælle antallet af citater eller lignende (if. Kruuse, 2007, p. 23). Kvalitative metoder kan enten være rettet mod en bestemt genstand eller en person, hvor man ønsker at undersøge en “*særegen genstands logik*” eller rettet mod fænomener, hvor man i stedet har til hensigt at “*belyse et generelt fænomens særlige logik*”. Her vil man ofte anvende flere personer for at opnå bedre forståelse af det pågældende fænomen (Kruuse, 2007, p. 23). Inden for den kvalitative forskning findes der flere forskellige undersøgelsesmetoder, eksempelvis feltforskning, case-studier, interview m.m. (Kruuse, 2007, p. 24).

Der findes både styrker og svagheder ved hhv. kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Kvantitative forskningsmetoder kritiseres bl.a. for at være for overfladiske, statiske og ikke egnet til at opfange relevante forhold (Kruuse, 2007, p. 30). Kvalitative metoder kan derimod give et mere dybdegående indblik; dog er der ud fra et nomotetisk forskningssynpunkt en lang række mangler ved de kvalitative forskningsmetoder. Kvalitative interviews kritiseres bl.a. for at mangle validitet, reliabilitet samt generaliserbarhed (Kruuse, 2007, p. 31).

4 Metode

I det følgende vil indgå en gennemgang af vores metodiske overvejelser samt tilgang til indhentning af empiriske data - navnlig en spørgeskemaundersøgelse udført gennem programmet SurveyXact. Afslutningsvist vil vi belyse vores etiske overvejelser.

Vi argumenterede i vores tidligere projekt for, at mulig videre forskning omkring ADHD blandt piger med fordel kunne anvende samples udelukkende bestående af piger med ADHD sammenlignet med en kontrolgruppe bestående af piger uden ADHD (for at imødegå det faktum, at megen forskning ikke fokuserer udelukkende på piger, men anvender blandede samples). Et andet forslag gik på, at man med fordel på én gang kunne fokusere på forældre-, lærer- og selvrapporteringsbesvarelser med det formål at kunne nærme sig et helhedsbillede af området på tværs af kontekster (Holm & Ladegaard, 2021, p. 49f). Vi argumenterede slutteligt for, at et mere kvalitativt og uddybende fokus ville være fordelagtigt, når der forskes specifikt i trivsel, *“frem for fx spørgeskemabesvarelser, der kræver, at undersøgelsesdeltageren tilpasser sit svar til på forhånd opstillede besvarelsesmuligheder”* (Holm & Ladegaard, 2021, p. 49f).

Da vi ikke har ressourcerne til både at fokusere på forældre, lærere og elever på én gang, har vi valgt at fokusere på forældrebesvarelser gennem et spørgeskema i dette speciale. Dette fordi vi ønsker at nå ud til mange mennesker, hvilket ville være for ressourcekrævende at gøre ved interviews, da både udførelse, transskribering samt analyse af talrige interviews ville tage meget længere tid end hvad vi har til rådighed. Ved at anvende et spørgeskema, hvor vi forhåbentlig får mange tilbagemeldinger, har vi en forhåbning om at kunne opnå repræsentativ deltagelse i en sådan grad, at vi vil kunne udlede noget generaliserbart.

Besvarelser fra pigernes lærere ville kunne have givet et indblik i hvordan pigernes symptomer evt. kommer til udtryk i skolen. Dog peger flere (se afsnit 2.2) på, at piger i høj grad formår at undertrykke og skjule deres vanskeligheder i skolen, hvorfor lærerbesvarelser højst sandsynligt ikke vil give et retvisende billede af pigernes generelle trivsel. Derudover vil lærerbesvarelser heller ikke give et indblik i pigernes symptomer og trivsel på tværs af konteksterne skole og hjem. Selvrapportering ville kunne have givet et godt indblik i, hvordan piger med ADHD selv oplever deres trivsel. Dog vil vi argumentere for, at mange piger med ADHD, grundet opmærksomhedsvanskeligheder, ville have svært ved at koncentrere sig om at udfylde et spørgeskema hvori der kræves uddybende besvarelser, hvorfor vi valgte at anvende forældrebesvarelser.

4.1 Målgruppe

Vores målgruppe er forældre til piger diagnosticeret med ADHD, hvorfor vi valgte at tage kontakt til en række Facebook-grupper for forældre til børn med ADHD. Foruden at kontakte Facebook-grupper, valgte vi også at dele et opslag vedrørende søgning efter forældre til piger med ADHD fra vores egne LinkedIn-profiler, som efterfølgende fik nogle videredeling fra vores netværk.

Vi kontaktede med succes følgende Facebook-grupper:

- “Voksne med ADHD og forældre til børn med ADHD”, ca. 2.200 medlemmer.
- “Forældre til børn med ADD/ADHD samt lignende problematikker”, 5.984 medlemmer.
- “Forældre til børn med ADHD/ADD”, 8.800 medlemmer.
- “Børn med ADD - Forum for forældre”, 1.146 medlemmer.

Grupperne blev kontaktet d. 21/02-2022, hvorfor medlemstallene kan have ændret sig siden. Vi kontaktede de forskellige grupper ved at anmode om medlemskab. Herefter havde de fleste grupper en række spørgsmål, man skulle besvare for at få lov til at blive medlem (fx hvornår ens barn fik stillet en diagnose, etc.) og i disse spørgsmålsfelter indsatte vi en besked til administratorerne om vores undersøgelse og vores formål med at kontakte grupperne. Blev vi lukket ind i en gruppe, kontaktede vi en administrator direkte med et link til vores spørgeskema og anmodede, om de ville dele vores undersøgelse med deres medlemmer i et opslag. Blev vi i første omgang afvist i vores

forsøg på at blive medlemmer af en gruppe, blev vi kontaktet direkte af gruppernes administratorer med den forklaring, at gruppen kun er for forældre, men at de gerne ville dele linket for os med deres medlemmer i et opslag. Vi har oplevet stor velvilje fra disse grupperes administratorer samt har de videreformidlet positiv feedback på vores spørgeskema til os fra medlemmerne af grupperne fra opslagernes kommentarspor.

Vi valgte specifikt at gå efter grupper på Facebook for forældre til børn med ADHD for at ramme en mere specifik målgruppe. Desuden kunne vi nå ud til flere mennesker ved målrettet at henvende os til dem der, hvor de færdes online, frem for blot at dele opslaget i vores eget netværk. Vores målgruppe er her samlet ét lettilgængeligt sted (altså Facebook), hvilket giver os en oplagt mulighed for at komme i kontakt med dem.

4.2 Spørgeskemaundersøgelse

En spørgeskemaundersøgelse er en dataindsamlingsmetode hvor man systematisk indsamler informationer fra et sample med det formål at kunne konstruere deskriptorer af egenskaber for den større population, som dette pågældende sample er en del af (Jansen, 2010, p. 2). Et sample kan både omfatte indbyggerne i en by eller et land eller medlemmer af en bestemt kategori, fx sosu-assistenten, højrehåndede golfspillere, piger med ADHD osv. En spørgeskemaundersøgelse har ikke øje for social interaktion eller kommunikation mellem mennesker, men i stedet fokus på karakteristika ved det undersøgte sample (Jansen, 2010, p. 2). En spørgeskemaundersøgelse består ofte af en række standardiserede spørgsmål, som bliver præsenteret for en respondent, for at denne kan give tekstdata uden yderligere interaktion med en interviewer eller forsker. Undersøgelser som disse er traditionelt blevet administreret på papir eller i et skabelonformat distribueret til deltagerne via e-mail til udfyldelse og returnering enten via e-mail eller post (Neville, Adams & Cook, 2016, p. 660).

Det er også muligt at anvende et mere kvalitativt orienteret spørgeskema. Denne type undersøgelse har ikke til formål at genere kvantitative data og fx tælle personer med den samme egenskab som det "klassiske" spørgeskema. I følge Jansen (2010) skal det kvalitative spørgeskema i stedet ses som en undersøgelse af mangfoldighed i en befolkning (Jansen, 2010, p. 2). Et kvalitativt spørgeskema består af en række selvadministrerede åbne spørgsmål, der præsenteres i en fast rækkefølge for alle respondenter. Fordi respondenterne besvarer med deres egne ord i stedet for at vælge

ud fra forudbestemte svarmuligheder, kan et kvalitativt spørgeskema producere *“rich and complex accounts of the type of sense-making typically of interest to qualitative researchers”* (Braun, Clarke, Boulton, Davey & McEvoy, 2021, p. 641).

Vi har i dette speciale valgt at kombinere kvalitative og kvantitative forskningsmetoder i form af en spørgeskemaundersøgelse med kvalitative besvarelser. Ved at anvende frie besvarelser pålægger vi ikke vores respondenter at skulle tilpasse deres besvarelser til nogle svarmuligheder, som vi har opstillet på forhånd. Vi vil argumentere for, at vi gennem kvalitative besvarelser potentielt kan opnå et mere indgående kendskab til, hvilken betydning ADHD kan have for pigers trivsel samt hvad diagnosticeringsprocessen kan indebære, frem for at gøre os antagelser ud fra teorier og kvantitative data. Derudover vil vores spørgeskemaundersøgelse også generere nogle kvantitative, demografiske data, som giver noget mere viden om vores respondenter.

4.3 Beskrivelse af vores spørgeskema

Vi har i dette speciale valgt at anvende et kvalitativt orienteret spørgeskema bestående af demografiske spørgsmål samt spørgsmål med fri besvarelsesmulighed.

Som studerende ved Aalborg Universitet har vi adgang til det webbaserede spørgeskema- og analyseværktøj SurveyXact, der er udviklet og understøttet af Rambøll Management. De beskriver selv deres program som værende markedets bedste spørgeskemaværktøj og at *“to tredjedele af de danske kommuner, de fleste af landets uddannelsesinstitutioner, store dele af det danske erhvervsliv samt en lang række andre virksomheder foretrækker SurveyXact”* (Rambøll).

Forud for spørgsmålene med kvalitativ besvarelsesmulighed valgte vi at inkludere en række demografiske spørgsmål med konkrete svarmuligheder (heraf nogle med mulighed for uddybning), som kunne bidrage til at danne viden om vores målgruppe samt belyse vores hypoteser. Ved at anvende nogle indledende spørgsmål med faste svarmuligheder, fik vi også mulighed for at genere nogle kvantitative data såsom den procentvise fordeling af besvarelserne.

Udarbejdningen af spørgeskemaet og udformningen af de forskellige spørgsmål tager sit afsæt i vores TPV-litteraturreview, hvori det bl.a. blev belyst, at der er store mangler på forskningsområdet for piger med ADHD. Reviewet pegede også på, at der kan være

stor forskel på den adfærd og de symptomer, piger med ADHD udviser i eksempelvis skolen og hjemmet. Derudover pegede det også på, at symptomernes udtryksform kan have indflydelse på henvisningshyppigheden, hvorfor vi ser diagnoseprocessen, altså vejen til ADHD-diagnosen, som vigtig at belyse.

Vores spørgeskema indledtes af følgende brødtekst om vores interesseområde samt vores definition af ordet trivsel:

Vi er to psykologistuderende, som i forbindelse med vores afsluttende speciale ønsker at undersøge diagnosticering af ADHD hos piger samt deres trivsel. Du er anonym i denne undersøgelse.

Vi forstår trivsel som:

"Fysisk og psykisk velbefindende, oplevelsen af at besidde personlige og faglige kompetencer samt opleve støtte og inspiration fra sine omgivelser"

Vi har et stort ønske om, at du uddyber dine svar (når muligt) gerne med eksempler og tanker herom. Der er ingen svar, som er mere rigtige end andre, da vi blot ønsker at blive klogere på din oplevelse af tingene og hvilken betydning det har haft for dig og dit barn.

Hvis du er forælder til mere end et barn med ADHD/ADD/hyperkinetisk forstyrrelse, så udfyld venligst spørgeskemaet med udgangspunkt i ét af børnene og udfyld gerne herefter et nyt.

Vi sætter stor pris på din tid og på forhånd tak for hjælpen.

Det var vigtigt for os at lægge vægt på i indledningen til spørgeskemaet, at det, vi interesserer os for, er forældrenes oplevelser og at der dermed ikke findes rigtige og forkerte svar. Vi ønskede med vores formuleringer at respektere forældrenes opfattelser, oplevelser og holdninger. I det følgende vil vi introducere hvert spørgsmål samt forklare hvorfor vi har valgt at formulere det på den måde.

Spørgsmålenes ordlyd

Efter introduktionen blev man mødt af det første spørgsmål, som lød: "Hvilket køn er dit barn?", med svarmulighederne: "Pige", "Dreng" eller "Andet". Vi valgte at inkludere valgmuligheden "Andet" for ikke at fremstå ekskluderende (selvom ingen valgte denne mulighed). Valgte en undersøgelsesdeltager mulighederne: "Dreng" eller "Andet", fik de en automatiseret besked om, at de desværre ikke passede til vores

målgruppe, men at vi takkede dem for deres tid samt ønskede dem en god dag. Dernæst en anmodning om at afslutte spørgeskemaet ved at trykke på krydset i hjørnet af skærmen.

Spørgsmål nummer to lød: *“Hvilken diagnose har dit barn?”*, med svarmulighederne: *“ADHD”, “ADD”, “Hyperkinetisk forstyrrelse”* eller *“Ingen”*. Svarede en undersøgelsesdeltager *“Ingen”* fik de ligeledes den automatiserede besked om, at de ikke passede til vores målgruppe. Vi valgte at inkludere både ADHD, ADD og Hyperkinetisk forstyrrelse, selvom det i praksis kun kan lade sig gøre at få diagnosen Hyperkinetisk Forstyrrelse med ICD-10, fordi vi havde en formodning om, at mange ville have fået at vide af en læge eller psykiater, at deres barn har ADHD eller ADD.

Spørgsmål nummer tre lød: *“Har dit barn en eller flere andre diagnoser end ADHD/ADD/Hyperkinetisk forstyrrelse?”*, med svarmulighederne: *“Ja (uddyb venligst)”* og *“Nej”*. Valgte en undersøgelsesdeltager svarmuligheden *“Ja (uddyb venligst)”*, kunne de skrive frit i en tekstboks, hvilken diagnose, der da var tale om. Formålet med dette spørgsmål var at få et indblik i eventuelle komorbiditeter, og vi valgte at lade *“Ja”*-muligheden besvares frit, eftersom vi umuligt på forhånd ville kunne forudsige alle de mulige besvarelser og dertil opstille svarmuligheder herfor.

Spørgsmål nummer fire lød: *“Hvor gammelt var dit barn, da hun blev diagnosticeret med ADHD/ADD/Hyperkinetisk forstyrrelse?”*, med svarmulighederne: *“0-4 år”, “5-8 år”, “9-12 år”, “13-16 år”* og *“16+”*. Vi var interesserede i diagnosticeringstidspunktet, da vi som nævnt tidligere havde en hypotese om, at piger bliver diagnosticeret senere end drenge.

Spørgsmål nummer fem lød: *“Hvem havde en formodning om, at der kunne være tale om ADHD/ADD/Hyperkinetisk forstyrrelse?”*, med svarmulighederne: *“Forældre”, “Skole”, “Barnet selv”* og *“Andre (uddyb venligst)”*. Sidstnævnte svarmulighed førte til en tekstboks til fri besvarelse. Vi havde interesse i at få oplyst dette, da det vil kunne være med til at give os et indblik i, hvorvidt symptomerne var tydelige i flere kontekster eller fx udelukkende var tydelige i hjemmet, som nogle teoretikere peger på kan være tilfældet (se afsnit 2.2).

De efterfølgende spørgsmål (spg. 6-12) skulle alle besvares kvalitativt ved at formulere et svar i en tekstboks med egne ord. Spørgsmål nummer seks lød: *“På baggrund af hvilken adfærd/hvilke symptomer opstod denne formodning?”*. Vi forventer at

besvarelsene på dette spørgsmål vil kunne give et indblik i pigernes symptomer samt disses udtryksform.

Spørgsmål nummer syv lød: *“Hvad blev der gjort med denne formodning? Tog du eller andre f.eks. kontakt til egen læge/skole eller lignende?”*. Hensigten med dette spørgsmål er at få et indtryk af, hvordan pigernes omgangskreds håndterede tegnene på deres udfordringer. For eksempel om der blev taget kontakt til instanser med henblik på yderligere undersøgelser.

Spørgsmål nummer otte lød: *“Hvordan oplevede du processen ift. udredningen af dit barn?”*. Med denne formulering ønskede vi at forholde os så neutrale som muligt og ikke stille ledende spørgsmål ud fra vores hypotese om, at der kan være udfordringer forbundet med diagnosticeringsprocessen.

Spørgsmål nummer ni og nummer 10 lød hhv.: *“Hvordan oplevede du dit barns trivsel FØR diagnosticering?”* og *“Hvordan oplevede du dit barns trivsel EFTER diagnosticering?”*. Vi ønskede med disse to spørgsmål at få et indtryk af, hvordan pigernes trivsel var hhv. før og efter diagnosticeringen.

Spørgsmål nummer 11 lød: *“Hvilke tiltag blev der igangsat efter diagnosticeringen? F.eks. behandling, støtte og/eller hjælpemidler”*. Ved dette spørgsmål antager vi, at der er igangsat nogle former for støtteforanstaltninger; dog giver den frie besvarelsesform også respondenterne mulighed for at svare “ingen” eller lignende, da vi ikke har opstillet svarmuligheder.

Slutteligt lød spørgsmål nummer 12: *“Er det dit indtryk, at symptomerne på ADHD/ADD/Hyperkinetisk forstyrrelse påvirker dit barns trivsel forskelligt i hhv. skole og hjemmet? Uddyb gerne med eksempler”*. Med denne formulering ønskede vi fortsat at fokusere på og respektere forældrenes indtryk og oplevelse af tingene.

Efter udfyldelse af det tolvte og sidste spørgsmål fik undersøgelsesdeltagerne følgende besked: *“Mange tak for din deltagelse. Vi sætter stor pris på dine besvarelser. Er der opstået spørgsmål efter udfyldelse af spørgeskemaet kan vi kontaktes på: ...”*, efterfulgt af vores universitets-mailadresser samt ønsket om en god dag.

Pilottest

Forud for udsendelsen af spørgeskemaet valgte vi at udføre en pilottest, hvor en mor til en pige med ADHD (fra vores netværk) skulle udfylde spørgeskemaet. Denne pilottest blev brugt til at få en tilbagemelding om, hvorvidt spørgsmålene var

forståelige, hvorfor denne besvarelse ikke indgår i vores data. En af tilbagemeldingerne var, at hun syntes, at vi skulle være påpasselige med at udelukke tillægsdiagnoser, da det efter hendes erfaring nogle gange kan være dem, som fører til, at en underliggende ADHD-diagnose opdages. Med udgangspunkt i denne tilbagemelding samt faglitteratur, der peger på at der er en høj grad af komorbiditet ved ADHD, valgte vi at inkludere spørgsmål nummer tre: *“Har dit barn en eller flere andre diagnoser end ADHD/ADD/Hyperkinetisk forstyrrelse?”*. Foruden dette gav hun udtryk for, at spørgeskemaet gav god mening og var relaterbart for hende. Afslutningsvist blev spørgeskemaet sendt til specialets vejleder, som skulle give den endelige godkendelse.

4.4 Etiske overvejelser

Vi vil i dette afsnit belyse en række etiske overvejelser, som vi har gjort os i vores arbejde med dette speciale.

Vi valgte at lave en anonym dataindsamling, hvilket betyder at vi ikke har mulighed for at se, hvem vores respondenter er. Ved at give vores respondenter anonymitet som deltager i vores undersøgelse, bidrager vi til at sikre deres ret til privatliv. Derudover har vi valgt at fjerne eventuelle navne, som kan blive nævnt af respondenter i de frie besvarelser (fx deres børns navne) fra vores data, for at sikre at både respondenterne og deres børn, men også de eventuelle fagpersoner, organisationer, skoler osv. som de evt. refererer til, holdes anonyme. Dette er gjort ved at skrive fx “navn” eller “sted” i selve dataene samt markeret ændringen med fed skrifttype.

Et begreb, der ofte anvendes i relation til kvalitative undersøgelser som eksempelvis interviews er ‘social desirability’, der refererer til en stærk tilbøjelighed i mennesker til at ville fremstå som “gode” og give socialt accepterede besvarelser (Coolican, 2014, p. 118; 204). Vi vil argumentere for, at denne tilbøjelighed måske kan være mindre til stede ved et anonymt, online spørgeskema sammenlignet med et interview, hvor man sidder ansigt til ansigt med et andet menneske. Vi håber, at vi gennem et anonymt spørgeskema dermed kan give vores respondenter mulighed for at svare så frit som muligt uden dette pres om at fremstå socialt acceptabel.

Da spørgeskemaundersøgelsen blev lukket for besvarelser havde vi 178 besvarelser, hvoraf 133 var gennemførte. Vi var ikke før efter endt dataindsamling opmærksomme

på, at SurveyXact også gemmer ikke-gennemførte besvarelser, hvorfor vi af etiske årsager valgte at frasortere de respondenter, der ikke havde gennemført hele spørgeskemaet. Vi antager, at de har forladt spørgeskemaet, da de ikke ønskede at deltage alligevel og ved at forlade spørgeskemaet trak de dermed deres samtykke til deltagelse tilbage.

Vi har desuden gjort os overvejelser om, hvorvidt vi kunne tillade os i analysen at omformulere besvarelser med tydelige tastefejl eller forkortelser. Efter at have drøftet dette med vores vejleder, nåede vi frem til at dette var forsvarligt, så længe vi er gennemsigtige ift. det (vi angiver det for hvert citat det måtte gælde) og desuden har vedlagt dataene som uredigerede men anonymiserede bilag.

5 Analyse

Vi vil i det følgende foretage en deskriptiv fænomenologisk analyse som beskrevet i afsnit 3 med udgangspunkt i analysemetodens fire stadier (Giorgi, 2012). Dette vil foregå på den måde, at vi skiftevis vil forklare fremgangsmåden for hver analysedel, hvorefter vi vil udføre analysen punkt for punkt.

Dette speciales dataindsamling bestod af en spørgeskemaundersøgelse udsendt til en række Facebook-grupper samt delt gennem LinkedIn (se afsnit 4.1). Da spørgeskemaundersøgelsen blev afsluttet havde vi 178 besvarelser (fordelt på “distribueret”, “nogen svar” og “gennemført”). Herefter valgte vi at frasortere ikke gennemførte besvarelser samt dem, som ikke opfyldte kriterierne for vores målgruppe og der blev eksempelvis frasorteret en respondent som svarede “dreng” som køn, samt en respondent, der svarede “ingen” som diagnose. Efter denne frasortering endte vi med at have 133 gennemførte besvarelser, som passede til vores målgruppe.

5.1 Gennemlæsning for overordnet betydning

Det første stadie af en deskriptiv fænomenologisk analyse indebærer at læse en tekst (i dette tilfælde vores respondenters spørgeskemabesvarelser) igennem for at forsøge at få en overordnet fornemmelse af, hvad teksten (besvarelserne) betyder. Dette kræver, at man læser den pågældende tekst i sin helhed og undgår fristelsen til at påtvinge mening ved at engagere sig i den fænomenologiske reduktion (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 228; Langdridge, 2007, p. 88).

Vi læste indledningsvist besvarelsene igennem hver for sig for at få at danne os et overblik over de mange besvarelser. Efterfølgende læste vi besvarelsene igennem i fællesskab for at sikre, at vi havde forstået besvarelsene på samme måde, inden vi gik videre til de næste stadier.

5.2 Identificering af meningsenheder samt vurdering af betydning

Når man har fået et godt kendskab til teksten går man videre til det andet stadie, hvor teksten skal brydes ned i mindre meningsenheder. Vi har valgt at anvende temaer som meningsenhed. Her er det ifølge Langdrigde (2007) vigtigt, at man holder sig tæt ved sine data og den betydning, der opstår dér, snarere end at begrænse betydningen ved at engagere sig i et bestemt teoretisk perspektiv (Langdrigde, 2007, p. 90). Herefter går man videre til det tredje stadie, hvor man søger at vurdere meningsenhedernes betydning, samt transformere dem til kategorier og begreber. Først ved dette stadie kan man overskride subjektets egen sprogbrug og der sker en overgang fra idiosynkratiske detaljer til mere generel betydning (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 228; Langdrigde, 2007, p. 89f). Vi vil i dette afsnit kombinere det andet og tredje stadie, ved både at redegøre for de identificerede temaer samt vurdere deres betydning for hvert spørgsmål. Oversigter over de identificerede temaer for hvert spørgsmål kan ses i bilagene.

Analysen fremgår i kronologisk rækkefølge, hvor vi vil præsentere hvert enkelt spørgsmål ud fra de temaer, vi har identificeret ved spørgsmål med mulighed for fri besvarelse. Hvert tema er, som tidligere beskrevet, underinddelt i kategorier og begreber af relevans for hvert tema. Slutteligt for hvert spørgsmål vil vi af hensyn til problemformuleringen inddrage eventuelle pointer af relevans for temaerne diagnosticeringsproces og trivsel. Vi har valgt at inkludere diagnosticeringsprocessen og trivsel som temaer for hvert spørgsmål, da vi finder det vigtigt løbende at belyse, hvordan besvarelsene fra hvert spørgsmål kan være med til at svare på vores problemformulering. Desuden indgik der besvarelser, som ikke nødvendigvis svarede på de pågældende spørgsmål, men som alligevel relaterede sig til vores problemformulering; disse besvarelser er vigtige for os at inkludere.

I de nedenstående figurer angives der en afrundet procentsats hvilket eksempelvis ses ved det andet spørgsmål, hvor to ud af 133 respondenter har svaret “Hyperkinetisk

forstyrrelse”, da SurveyXact her runder op 2 %. Vi vil derfor i brødteksten angive den præcise procentsats for det pågældende svar (altså fx 1,5 % i det nævnte eksempel).

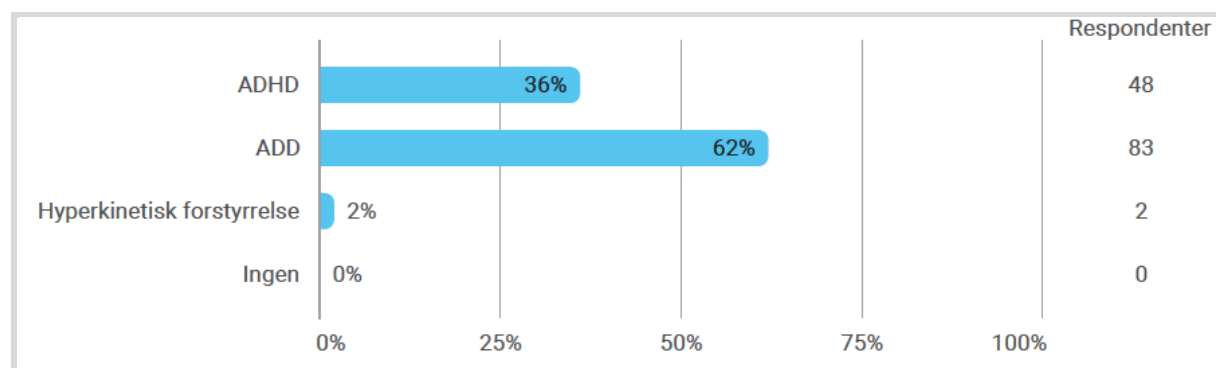
Spg. 1 & 2 Demografiske data

Vi har valgt at inddrage nogle demografiske spørgsmål, da demografiske data kan bidrage til at give et billede af, hvordan vores undersøgte målgruppe “ser ud” samt give mulighed for at frasortere respondenter, der ikke passer ind i målgruppen. Herunder barnets køn samt hvilken diagnose, forældrene er blevet oplyst om, at deres barn har.

Hvilket køn er dit barn?

Der var **133** respondenter, som svarede, at de er forælder til en pige (én forælder til en dreng blev frasorteret).

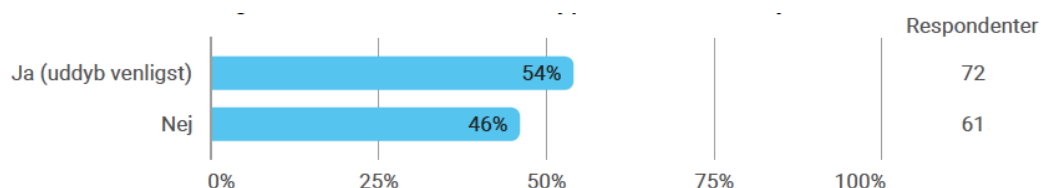
Hvilken diagnose har du fået at vide, at dit barn har?



Figur 4: spg. 2

Som det fremgår af ovenstående figur, svarede flere respondenter, at deres datter er diagnosticeret med ADHD (48 respondenter / 36 %) og ADD (83 respondenter / 62,41 %) end Hyperkinetisk forstyrrelse (2 respondenter / 1,5 %), som er den egentligt anvendte diagnose i ICD-10.

Spg. 3 Har dit barn én eller flere andre diagnoser end ADHD/ADD/Hyperkinetisk forstyrrelse? (Hvis ja: uddyb venligst)



Figur 5: spg 3

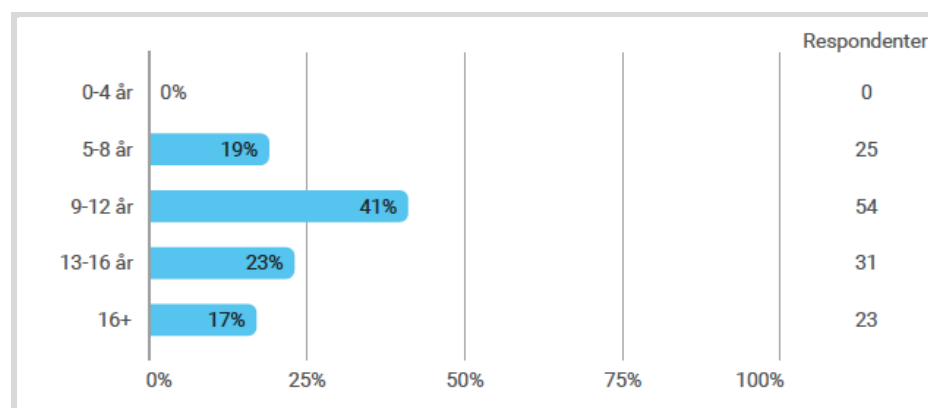
61 respondenter svarede “nej” til spørgsmålet. Ud af de 72 respondenter, der svarede “Ja (uddyb venligst)” var der seks, som enten ikke svarede på spørgsmålet eller som angav en besvarelse, som ikke er en diagnose (fx “spor af autisme” eller “muligvis autist”) og vi valgte derfor at frasortere dem. Nogle respondenter besvarede (i tekstboksen til fri besvarelse) mere end én diagnose, hvorfor der er et overtal af diagnoser sammenlignet med antallet af respondenter.

Der var nogle diagnoser, som særligt gik igen blandt mange af besvarelsene, hvilket kan ses ved nedenstående inddeling:

- Angstlidelser: 27 respondenter / 40.91 %
- OCD: 7 respondenter / 10.61 %
- Autismespektrumforstyrrelse: 19 respondenter / 28.79 %
- Tourettes Syndrom/tics: 6 respondenter / 9.09 %

Der var 27 respondenter, der beskrev andre diagnoser end angst, OCD, autisme og Tourettes syndrom/tics. Herunder kan der bl.a. nævnes belastningsreaktioner, ordblindhed, kognitive og eksekutive vanskeligheder samt depression.

Spg. 4 Hvor gammelt var dit barn, da hun blev diagnosticeret med ADHD/ADD/Hyperkinetisk forstyrrelse?

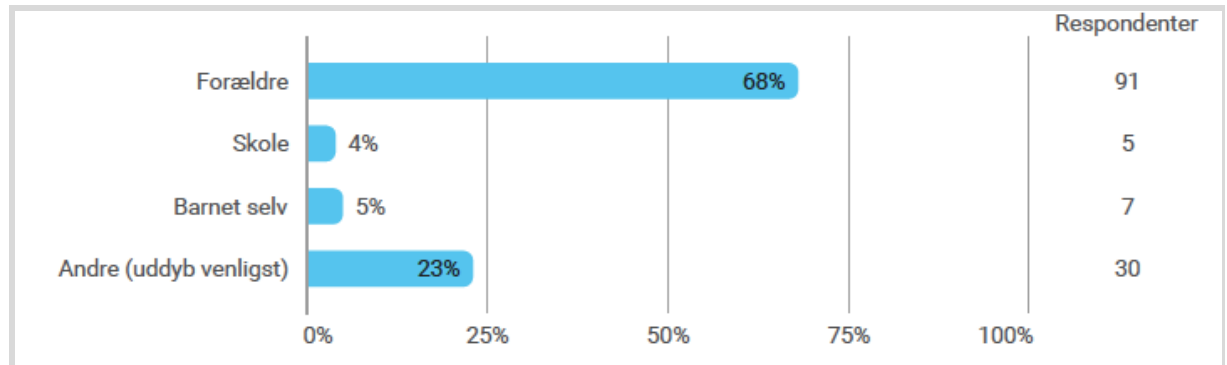


Figur 6: spg. 4

- 5-8 år: 25 respondenter / 18,8 %
- 9-12 år : 54 respondenter / 40,6 %
- 13-16 år: 31 respondenter / 23,31 %
- 16+ : 23 respondenter / 17,29 %

Med udgangspunkt i besvarelsene fra dette spørgsmål ses det at størstedelen af vores respondenter svarer, at deres døtre er blevet diagnosticeret som 9-12 årige.

Spg. 5 Hvem havde en formodning om, at der kunne være tale om ADHD/ADD/Hyperkinetisk forstyrrelse?



Figur 7: spg. 5

- Forældre: 91 respondenter / 68,42 %
- Skole: 5 respondenter / 3,76 %
- Barnet selv: 7 respondenter / 5,26 %

Ud af de 30 respondenter, som valgte svarmuligheden “Andre (uddyb venligst)” var der fire, som enten ikke svarede på spørgsmålet eller som uddybede deres besvarelse “forældre” ved at skrive under “andet” (fx “*har det selv*”, “*mig selv*”) og vi valgte derfor at frasortere dem. Besvarelserne fra de resterende 26 fordelte sig som følger:

- Forældre og andre: 5 respondenter / 19,23 %
- Psykolog/psykiater: 14 respondenter / 53,85 %
- Læge: 4 respondenter / 15,38 %
- Daginstitution: 1 respondenter / 3,85 %

Derudover var der én respondent, der beskrev hvordan der ikke havde været nogen formodning om ADHD, samt én respondent, der besvarede, at det var “*mors kollegaer på i psykiatrien*”, som fattede mistanke.

Opsamling på spg. 1-5

Med udgangspunkt i de foregående demografiske spørgsmål ses det, at **83** respondenter ud af 133 (62,41% af vores sample) angav, at deres datter er diagnosticeret med “ADD”, mens **to** respondenter (1,5 % af vores sample) svarede at deres datter er diagnosticeret med “Hyperkinetisk forstyrrelse”, som er den egentligt anvendte diagnostiske betegnelse i ICD-10. I forhold til komorbide lidelser var angstlidelser hyppigst (27 respondenter / 40,91 %) efterfulgt af Autismespektrumforstyrrelse (19 respondenter / 28,79 %). Desuden var størstedelen

af respondenternes døtre (54 respondenter / 40,6 %) diagnosticeret som 9-12-årige. 91 respondenter (68,42 %) besvarede, at det var forældrene, som havde en formodning om, at der kunne være tale om ADHD og ud af de 26 respondenter inkluderet under svarmuligheden "Andre", var det mest hyppige svar relateret til "psykolog/psykiater" (14 respondenter / 53.85 %).

Spg. 6 På baggrund af hvilken adfærd/hvilke symptomer opstod denne formodning?

For at analysere spørgsmålet om hvilken adfærd og/eller hvilke symptomer, der kunne danne grundlag for formodningen om ADHD, har vi valgt at inddele besvarelsene i en række temaer. Blandt 133 frie besvarelser har vi identificeret de følgende temaer (se bilag 3 og 4):

Kropslige og sansemæssige symptomer

70 gange blev eksempler på kropslige og sansemæssige symptomer nævnt.

- 45 gange blev tilstedeværelsen af kropslige symptomer nævnt:
 - 27 tilfælde af angst.
 - seks tilfælde af stress.
 - fem tilfælde af tics.
 - fire tilfælde af mavesmerter.
 - ét tilfælde af hjertebanken.
 - ét tilfælde af migræneanfald.
 - ét tilfælde af let til sygdom.
- 25 gange blev tilstedeværelsen af sansemæssige symptomer nævnt:
 - 10 tilfælde af overstimulering (fx "*nemt overstimuleret*", "*har altid kastet op og haft feber ved den mindste overbelastning, og i flere perioder kastede hun op hver aften og om morgenen inden skole*", "*Hurtig overbelastet af indtryk*", "*Sensitiv overfor mange stimuli*").
 - Otte tilfælde af lydfølsomhed (fx: "*Trækker sig ved for meget uro*", "*oplevede arbejdsrummet i klassen som larm*", "*støj og larm kun hun slet ikke rumme*").
 - Seks tilfælde af taktil sensitivitet (fx: "*problemer med tøj og sko*" "*fysisk sensitiv fx skal alle tøjmærker klippe af*").
 - Ét tilfælde af "*sansemotoriske udfordringer*".

Søvnproblemer/udmattelse

27 gange blev der nævnt eksempler på vanskeligheder ift. søvn og udmattelse.

- **12** gange blev tilstedeværelsen af søvnproblemer nævnt, herunder eksempler som: *“svært ved at finde ro og falde i søvn”, “Altid sovet dårligt”, “Indsovningsbesvær”, “Stort søvnbehov”, “Soveudfordringer”* og *“Hun sov og sover fortsat dårligt med svær indsovning og hyppige opvågninger”*.
- **15** gange blev tilstedeværelsen af udmattelse eller træthed nævnt:
 - **Otte** tilfælde af træthed (fx: *“udpræget træthed”, “Kronisk træthed”, “træt”, “manglende energi”*).
 - **To** tilfælde af *“manglende overskud”*.
 - **Fem** tilfælde af udtrætning (fx: *“Bliver hurtig udmattet”, “udtrættes hurtigt”, “Markant udtræthed efter skole”*).

Opmærksomhedsvanskeligheder/eksekutive vanskeligheder/impulsivitet

101 gange blev eksempler på opmærksomhedsvanskeligheder, eksekutive vanskeligheder og impulsivitet blev nævnt.

- **27** gange blev tilstedeværelsen af koncentrationsbesvær nævnt, fx: *“Manglende koncentration”, “Koncentrationsbesvær”, “Ukoncentreret”, “nedsat koncentration”*.
- **21** gange blev problemer med fokus eller opmærksomhed nævnt:
 - **11** tilfælde af manglende fokus (fx: *“kunne ikke holde 2 min fokus”, “svært ved at holde fokus”*).
 - **Seks** tilfælde af udfordringer med vedholdende opmærksomhed (fx: *“Hun havde og har svært ved at holde sin opmærksomhed særlig længe”, “Svært at fastholde i aktiviteter som ikke havde interesse”*).
 - **Tre** tilfælde af udfordringer med opmærksomhed generelt (fx: *“opmærksomhedsforstyrrelse”, “massive opmærksomhedsvanskeligheder”*).
 - **Ét** tilfælde af at virke fraværende (*“Når læreren snakkede til hende lod det til at hun ikke hørte efter”*).
 - **Tre** gange blev udfordringer ift. at følge med nævnt, fx: *“Hun havde i skolen meget svært ved at følge med”*.
 - **Otte** gange blev udfordringer ift. glemsomhed og hukommelse nævnt:

- **Fem** tilfælde af glemsomhed (fx: *“Glemmer sine ting fx skoletaske, cykelhjelm mv på vej ud af døren”, “Glemmer tit hvad hun er i gang med eller hvor hun er på vej hen”*).
 - **To** tilfælde af dårlig hukommelse (fx: *“Primært hukommelsen, eller manglen på samme”*).
 - **Ét** tilfælde af indlæringsvanskeligheder: *“Hun lagrede ikke det lærte, hun huskede ikke noget af det hun lærte, det hun havde været ved om formiddagen, var glemt over middag igen”*.
- **Fire** gange blev afledelighed nævnt, herunder: *“let afledelig”* og *“bliver let afledt”*.
 - **Syv** gange blev udfordringer ift. dagdrømmeri, distraktion og falden i staver nævnt:
 - **Fire** tilfælde af dagdrømmeri/falden i staver (fx: *“var dagdrømmende”, “faldt i staver”*).
 - **To** tilfælde af at blive væk i egne tanker, herunder: *“Hun kom en dag og sagde “jeg bliver væk i mine tanker. Jeg prøver at følge med i skolen, men så får jeg en tanke eller en fantasi, og pludselig har læreren forklaret det hele, uden at jeg har hørt, hvad han sagde, vi skulle gøre”* og *“Glemmer tid og sted, og kan nemt bruge en dag på ingenting”*.
 - **Ét** tilfælde af nemt at blive distraheret: *“havde svært ved bevægelser som til fokus fra hende”*.
 - **23** gange blev der nævnt udfordringer ift. planlægning, herunder evnen til at holde overblik, igangsætte aktiviteter, vedholde opmærksomheden på og færdiggøre en aktivitet, samt at modtage fælles beskeder.
 - **11** tilfælde af udfordringer med planlægning, igangsættelse og udførelse (fx: *“Kunne ikke starte, lave og færdiggøre en opgave”, “Svært ved at planlægge”, “svært ved igangsættelse og ved at færdiggøre”, “som ti-årig havde hun stadig meget brug for hjælp til at udføre selv simple opgaver som tandbørstning, at tage tøj på og lign.”*, *“Hun har svært ved at komme ud af døren om morgen”*).
 - **Otte** tilfælde af udfordringer med at holde overblik (fx: *“Kunne ikke overskue en skolegård eller simple beskeder på tavlen”, “Få ting af gangen”, “Voldsom distræthed”, “forvirring”*).

- **To** tilfælde af udfordringer ift. fællesbeskeder, fx: *“Kunne ikke forstå fællesbeskeder. Forstod ikke en evt om at finde en bog frem, slå op på side x og læs 2 sider”*.
- **To** tilfælde af dårlig eller manglende tidsfornemmelse.
- **10** gange blev udfordringer relateret til impulsivitet nævnt:
 - **Otte** tilfælde af generel impulsivitet (fx: *“Hun handler før hun tænker”, “impulsivitet”, “tænkte ikke over eventuelle konsekvenser”*)
 - **To** tilfælde af udfordringer ift. samtaler, herunder: *“afbryder andres tale”, “Ved en til en samtaler, kunne vores datter pludselig skifte emne eller virke som om hun ikke havde hørt efter”*.
- **Tre** gange formulerede respondenter direkte udfordringer ift. de eksekutive funktioner, herunder: *“Eksekutive vanskeligheder”, “svag eksekutiv funktion”, “executive udfordringer”*.
- **Fire** yderligere pointer var: *“mange ”sjsuske fejl”, “kognitivt overbelastning”, “Svær at stoppe i alt”, og “hun mistede interesse for legetøj hurtigt”*.

Udadreagerende adfærd//hyperaktivitet

46 gange blev eksempler på udadreagerende adfærd og hyperaktivitet nævnt.

- **Tre** gange blev udadreagerende adfærd nævnt, herunder fx: *“Udadreagerende” og “udafreagerende adfærd”*.
- **26** gange blev eksempler på udfordringer ift. hyperaktivitet og uro nævnt:
 - **14** gange beskrev respondenterne at deres døtre udviste uro (fx: *“motorisk uro”, “Stille uro i form af pillen ved ting og vippen med benene”* samt *“uro i kroppen”*).
 - **12** gange blev hyperaktivitet nævnt (fx: *“Altid i bevægelse”, “Ekstrem aktiv fysisk”, “har aldrig kunne side stille ”, “Svært ved at sidde “pænt” ved bordet”, “Hun var i alt”*).
- **Syv** gange blev hyperverbalitet nævnt, herunder fx: *“Hyper verbal”, “Evig talestrøm”, “snakkede som et vandfald”, “snaksagelighed”, “Hun har talepres”*.
- **Ni** gange blev internaliseret hyperaktivitet nævnt, herunder fx: *“Indre uro”, “Uro i hovedet”, “Tankemylder”*.
- **Én** gang blev det problematiseret, at en respondents datter *“kommer nemt til skade”*.

Behov for struktur/forudsigelighed

20 gange blev eksempler på behov for struktur og forudsigelighed samt udfordringer ved skift nævnt, herunder fx: *“meget dårlig til forandringer og nye ting”, “kunne ikke navigere uden stram struktur”, “men fordi jeg kompenserede med korte dage, struktur, forudsigelighed, gentagelser og pauser, gik der lang tid før alle andre indså hvor slemt det var”, “ikke omstillingsparat” og “Hun bekymrer sig meget i uvante situationer”.*

Svært ved kravsætning

11 gange blev der nævnt eksempler på vanskeligheder forbundet med kravsætning (fx: *“Svært ved mange krav”, “Krav afvisende”, “Voldsomme nedsmeltninger ved krav”.*

Sociale udfordringer

28 gange blev der nævnt eksempler på vanskeligheder forbundet med det sociale. Dette kom til udtryk på følgende måder:

- **11** gange blev der givet udtryk for generelle sociale vanskeligheder, herunder fx: *“sociale vanskeligheder som har været der hele livet”, “svært ved sociale situationer i pigegruppen”, “Hun havde meget svært ved det sociale i skolen, frikvartere var en kæmpe udfordring”.*
- **To** gange nævntes en tendens til at føle sig udenfor, herunder: *“Følte sig socialt udenfor altid”, “fingerede ikke socialt i sin klasse, følte heller ikke selv hun passede ind nogen steder”.*
- **To** gange blev der nævnt udfordringer ift. afkodning i sociale situationer, herunder: *“Ok med venner og veninder, men svært ved at afkode pige fnidder”, “Problemer med pigerne i skolen - kunne ikke afkode deres adfærd”.*
- **Fire** gange blev der nævnt tilfælde af tilbagetrækning, herunder: *“valgte sociale ting fra”, “Legede seperat i forhold til sine klassekammerater” og “tilbagetrukket”.*
- **Fire** gange blev der nævnt generthed eller utilpashed i sociale situationer, herunder fx: *“kunne ikke li at være sammen med andre børn” og “Hun var bange for andre børn”.*
- **To** gange blev der nævnt udfordringer ift. venskaber, herunder: *“få veninder” og “Hun havde og har svært ved at bevare venskaber”.*
- **Fire** tilfælde af konflikter og nedsmeltninger i sociale situationer blev nævnt (fx: *“Konflikter i sociale sammenhænge”, “konflikter og nedsmeltninger i*

større sociale sammenhænge eller i gruppesammenhænge med mere end 3 børn”).

Reaktioner i hjemmet

11 gange blev eksempler på tilfælde af reaktioner i hjemmet nævnt:

- **Én** gang blev der på et generelt niveau nævnt: *“mange udfordringer i hjemmet”*.
- **Fire** gange blev der beskrevet udbrud, nedsmeltninger eller konflikter i hjemmet, herunder: *“Voldsomme raserianfald efter skole”*, *“mange konflikter hjemme”*, *“Melt Downs efter skole især”* og *“Voldsom udadreagerende adfærd hjemme”*.
- **Én** gang blev tristhed nævnt (*“ked af det efter BH (RED: børnehave)”*).
- **To** gange blev tilfælde af isolering nævnt, herunder: *“går på værelset og lukker døren når hun kommer hjem”* og *“lukkes sig selv inde hver dag efter skole hvis hun havde være i skole”*.
- **Tre** gange blev der beskrevet en tendens til at “give slip” i hjemmet efter at have holdt på sig selv udenfor hjemmet, herunder: *“Reagerede kun hjemme, skolen så intet”*, *“Hun kunne holde sammen på sig selv i skolen men når hun kom hjem så faldt hun fra hinanden”* og *“hun ændrede sig altid da vi ramte matriklen derhjemme efter endt børnehave dag og kunne ikke slet ikke rumme noget”*.

Følelsesmæssige reaktioner

53 gange blev der nævnt eksempler på følelsesmæssige reaktioner:

- **Ni** gange blev der direkte beskrevet depression (fx: *“depression”*, *“depressiv, manglende livslyst, en før så sprudlende pige faldt pludseligt i et sort, sort hul”*).
- **Seks** gange blev der beskrevet tendens til selvskade (tre gange) samt suicidalitet (tre gange) (fx: *“Hun bar selvskadende da hun blev ældre”*, *“selvmordsønsker”*, *“ønskede ikke at leve mere”*, *“dårlige tanker omkring selvmord og død”*).
- **Fire** gange blev der nævnt selvværdsproblemer (fx: *“Dårligt selvværd”*, *“forkertheds følelse”*, *“negativ selvbillede”*).
- **15** gange blev der nævnt nedsmeltninger og udbrud (fx: *“Nedsmeltninger”*, *“Melt Downs”*, *“Voldsomme nedsmeltninger”*).

- **19** gange blev udfordringer med følelser og følelsesmæssige udsving nævnt.
 - **To** tilfælde af tristhed, herunder: *“ofte trist”* og *“ked af det”*.
 - **To** tilfælde af gråd, herunder: *“hun græd”* og *“gråd”*.
 - **Tre** tilfælde af vrede, herunder: *“Vredes problemer og efterfølgende anger”*, *“blev meget vred”* og *“vrede”*.
 - **Fire** tilfælde af svingende sindsstemning og udfordringer med følelsesregulering (fx: *“Humørsvingninger”* og *“store følelsesmæssige udsving med fortrydelse bagefter. Min datter oplever ikke selv at hun kan styre sine reaktioner. Kommer hurtigt i sine følelsers vold”*).
 - **Tre** tilfælde af at være tryghedssøgende, utryg eller ængstelig, herunder: *“meget ængstelig”*, *“meget tryghedssøgende”* og *“Svær ved aflevering i institutioner”*.
 - **To** tilfælde af temperamentsudfordringer, herunder: *“et meget stort og voldsomt temperament”* og *“stort temperament”*.
 - **Tre** andre følelsesrelaterede pointer var: *“Følsom”*, *“Hun var meget indelukket med sine føgelser (RED: følelser)”* og *“Katastroferanker (RED: katastrofetanker)”*.

Skolerelaterede udfordringer

53 gange blev eksempler på tilfælde af skolerelaterede udfordringer nævnt:

- **15** gange blev fravær eller vægring fra skolen nævnt (fx: *“Skolevægring”*, *“Vil ikke i skole”*, *“Stort fravær i skolen”*).
- **Syv** gange blev der nævnt udfordringer ift. at kunne følge med (fx: *“Hun kunne ikke følge med i skolen”*, *“Hun kunne ikke følge med i undervisning som hun virkelig interesserede sig for”*, *“Så kopierede hun de andre og aflurede, hvad de gjorde”*).
- **11** gange blev der nævnt faglige vanskeligheder (fx: *“Har svært ved det faglige”* *“Det første karakterblad viste meget lave karakterer til trods for hun knoklede”*, *“svært ved at læse lektier”*, *“Bagud i skolen, hun syntes det var/er hårdt”*).
- **Tre** gange blev der nævnt udfordringer ift. at fokusere i skolen, herunder: *“svært ved at holde fokus især på skolearbejde på trods af hun er særdeles kvik (især længere skriftlige opgaver)”*, *“Begyndende udfordringer i skolen med koncentrationen”* og *“zoner ud i skolen”*.

- **To** gange blev der nævnt modvilje ift. skole, herunder: *“ville ikke kigge på læreren”* og *“Hadede alt skole relateret”*.
- **Fire** gange blev det nævnt at det var svært at gå i skole (fx: *“Havde det rigtig svært i skolen”* og *“Havde svært ved at rumme skole”*).
- **Tre** gange blev der nævnt problemer ved skolestart, herunder: *“Svært ved skole opstart og har aldrig været glad for skolen implicit skole arbejde og lektier, “Hun blev meget hurtigt meget syg efter skolestart. 4 måneder efter skolestart gik hun ikke længere i skole”* og *“Blev meget tydelig ved skole start”*.
- **Én** gang nævnte en respondent også skoleskift: *“6 skoleskift”*.
- **To** gange blev der beskrevet, at deres døtre ikke kunne gennemføre skolen eller fortsætte skolegang, herunder: *“kunne ikke tage sine afgangseksamener”* og *“kunne ikke starte på hf som planlagt”*.
- Derudover var der **fem** yderligere pointer relateret til skolemæssige udfordringer, herunder: *“kunne ikke deltage i ture med skolen”, “for meget stimuli i skole”, “Hun havde problemer i skolen”, “Hun fik nye lærere i 4 klasse, og ved første skole/hjem, samtale sagde de at hvis ikke vores barn var dårligt opdraget, så burde vi få hende udredt - for noget var der galt”* og *“Hun har haft det svært hele sit liv med det sociale og senere også skolen”*.

Diagnosticeringsproces

14 gange blev der nævnt pointer relateret til diagnosticeringsprocessen:

- **Fem** personer uddybede generelt om processen:
 - **Én** respondent beskriver, at børnehaven lavede en henvendelse hvorefter datteren blev udredt for ADHD og kom i specialklasse ved skolestart, hvilket forælderen giver udtryk for *“var det bedste for hende”* samt at hun fortsat i fjerde klasse går i specialklasse.
 - **Én** respondent fortæller, at deres datter i forvejen gik til psykolog grundet angst, og at datteren sammen med psykologen fandt frem til, at hun kunne have ADHD. Forælderen beskriver, at datteren efterfølgende blev udredt hos en privatpraktiserende børne- unge-psykiater.
- **To** andre beskriver, at deres diagnosticeringsprocess startede med en henvisning fra deres læge til hhv. *“(BYNAVN) børne-unge psyk”* og *“ungdoms psykisk hospital”*. Her blev deres døtre undersøgt og udredt.

- **Én** respondent beskriver, at vedkommende selv læste om ADD-symptomer på internettet og følte at otte ud af ni punkter passede på vedkommendes datter, som efterfølgende blev testet hos deres psykiater (hun var tidligere udredt for angst og autisme).
- **Én** person gav et positivt ladet udsagn, om at deres datter *“fik diagnosen og startede på ADHD medicin, som har hjulpet utrolig meget”*.
- **Syv** personer gav negativt ladede udsagn om diagnosticeringsprocessen, hvor de ikke har følt sig mødt eller taget seriøst af eksempelvis pædagoger, lærer eller PPR (fx: *“både pædagoger og lærere i børnehave og skole afvist at der skulle være en diagnose”* og *“så bankede jeg i bordet, at nu må I tage jer sammen og hjælpe mit barn og hun blev derefter udredt”*).

Trivsel

12 eksempler på manglende eller svingende trivsel samt egentlig mistrivsel blev nævnt (fx: *“Mistrivsel på flere områder”*, *“Mistrivsel efter endt skoledage, som blev værre og værre”*, *“trivedes ikke”*, *“Svingende trivsel siden børnehaven”*).

Opsamling

Opsummerende kan det konstateres, at en del symptomer og adfærd går igen i besvarelserne af spørgsmålet: *“På baggrund af hvilken adfærd/hvilke symptomer opstod denne formodning?”*. Ud af 133 besvarelser fordeler de hyppigst nævnte symptomer og former for adfærd sig som følger:

- **110** gange blev der nævnt eksempler på opmærksomhedsvanskeligheder/eksekutive vanskeligheder/impulsivitet.
- **70** gange blev der nævnt eksempler på kropslige og sansemæssige symptomer.
- **53** gange blev der nævnt eksempler følelsesmæssige reaktioner.
- **53** gange blev der nævnt eksempler på skolerelaterede udfordringer.
- **46** gange blev der nævnt eksempler på udadreagerende adfærd/hyperaktivitet.

Spg. 7 Hvad blev der gjort med denne formodning? Tog du eller andre f.eks. kontakt til egen læge/skole eller lignende?

Indledningsvist ønskede vi at inddele besvarelserne i andre undertemaer end frustrationer/negative oplevelser, begejstring/positive oplevelser, trivsel og diagnosticeringsproces, da vi ønskede at belyse hvilke instanser, der var blevet kontaktet (herunder egen læge, skole/daginstitution/kommune, privat regi samt

psykolog/psykiater/psykiatri, som det kan ses i bilag 5 og 6). Dog ville vi dermed også opdele de enkelte besvarelser, ligesom ved de foregående spørgsmål, hvilket ikke ville give et retvisende billede, da vi herved ikke ville kunne belyse de besvarelser, som har haft kontakt med flere forskellige instanser. Dette fordi vi med denne fremgangsmåde ville miste angivelser af hvilken rækkefølge forskellige instanser blev kontaktet ved fx at anføre hvor mange gange PPR var blevet kontaktet, hvor mange gange psykiatrien var blevet kontaktet, etc.

Vi har af den grund valgt at belyse besvarelserne af dette spørgsmål med en mere kvalitativ fremgangsmåde og beskrive med egne ord, hvad vi kan konstatere ud fra besvarelserne på et mere generelt niveau, og nøjes med at beskrive temaer til trivsel og diagnosticeringsproces ud fra den tidligere anvendte fremgangsmåde med inddelinger i antal.

Negativ - Frustrationer

58 respondenter beskrev situationer og pointer som har valgt at inkludere under temaet "Negativ - Frustrationer".

De pointer, som går mest igen, er oplevelser af modstand og afvisninger fra systemet og at fx skoler og læger er uenige med forældrene eller ikke tror på dem. Flere beskriver hvordan de blev mødt med afslag og afvisninger fra institutioner, læger og psykologer. Herunder kan nævnes eksempler som: *"Kontakt til læge, der mente PPR skulle henvise, men det skulle de ikke. Derefter afslog lægen at henvise til udredning, hvorfor vo (RED: vi) betalte for privat udredning"*, *"Læge som ikke ville (RED: ville) hjælpe"*, *"Børnehaven forsøgte af to omgang at få hende udredt, men blev begge gange afvist af ppr. Først du (RED: da) hun startede i skole blev det taget seriøst"*, *"Skole ville intet gøre og ignorerede alle min bekymringer og italesættelse af min datters mistrivsel. Ligeledes ignorerede de hendes manglende faglige læring"*, *"Børnehave og skoæe (RED: skole) afviste at hun skulle have adhd, selvom det var åbenlyst"*, *"Prøvede inden da med en henvisning til Børne psyk (RED: Børnepsyk) via egen læge, men den blev afvist"* og *"Ingen tillid til forældrenes udtalelser (RED: ved skole, læge, mm.)"*. Flere beskriver, at "systemet" ikke ser det samme som forældrene gør, herunder særligt skolerne. Dette ses i besvarelser som: *"Der var aldrig nogen mistanke fra folkeskolens side"*, *"Flere gange kontakt til egen læge samt børnehave og skole, som aldrig så noget problem"*, *"Samtidig kontaktede vi skolen, men de så ingen symptomer overhovedet"*, *"Jeg brugte lang tid på at få skole til at*

forstå hendes vanskeligheder, da de ikke så nogen der”, “Skolen reagerede ikke rigtigt. Troede ikke helt på at hun var så presset, for hun holdt masken i skoletiden”, “Vi kontaktede først børnehaven, som ikke syntes de så udfordringer”, “Kontaktede læge, som henviste til børnelæge. Hun mente Adhd, men trak i land da skolen ikke så noget”, Skolen så i starten også ‘kun’ angst” og “Spurgt skole om de oplevede problemer - det benægtede de”. Ligeledes indgår der i besvarelserne beskrivelser af direkte uenigheder, hvor fagpersoner ikke er enige i forældrenes bekymringer. Herunder: “Vi kræver møde med psykolog fra PPR med mistanke om underliggende ADD, så det ikke er angst der er primære diagnose. Det finder psykologen ikke argumenter for”, ”Tog først kontakt til egen læge, som ikke mente der var noget. Senere forsøgte jeg at få fat i en psykolog (privat) i forhold til det negative selvbillede og angst- de havde dog lang ventetid (...) Det gik jeg så vidre med til egen læge, som stadig ikke mente at der var noget” og “Vi tog kontakt til PPR. De mente, at det var tilstrækkeligt med angstbehandling”.

Et andet tema, som meget ofte går igen er, at forældrene har foretaget gentagne henvendelser i forsøg på at få hjælp men uden held, at der bliver ikke gjort noget ved deres henvendelser, eller at forældrenes bekymringer ikke tages alvorligt og de dermed ikke føler sig mødt. Flere beskriver, at de ingen hjælp fik; og i nogle tilfælde at hjælpen først blev givet, da det blev kritisk eller forældrene insisterede. Herunder kan nævnes eksempler som: *”Ingen ville lytte til mig”, “hverken skolen eller henvisningen fra lægen (vi fik afslag fra børne unge) ville hjælpe”, “Ingen hjælp fra skolen”, “Først da vi forældre insisterede på at hun havde symptomer på ADHD blev vi taget alvorligt og der blev påbegyndt udredning” og “Tog både til lægen, skolen. Blev først taget alvorlig da hun tog en ledning om halsen”. Flere beskriver at de efter at have opgivet at få hjælp ad den normale vej, valgte at gå en omvej ved fx at gå uden om skolen og PPR og i stedet direkte til egen læge (“Opgav at få skolen til at lytte efter flere forsøg, og gik til egen læge, som henviste til udredning”, “Jeg tog til egen læge, da hverken PPR eller tilknyttet socialrådgiver var samarbejdsvillige” og “Vi gik til egen læge og blev henvist, da vi få år forinden havde haft selvsamme klasselærer til storesøster, hvor vi ikke blev hørt, og måtte gå via egen læge”) eller til privat udredning (“Skolen var sløv og trods stor mistrivsel blev min datter ikke indstillet til PPR, før vi selv havde fået lavet den psykologiske vurdering privat”).*

Der bliver nævnt **11** eksempler på, at der ikke blev handlet på forældrenes mistanke fra institutioners og lægers side (fx: *“Jeg bad skolen om at lave en indstilling til PPR. Da vi havde ventet i over 6 mdr. på at indstillingen blev lavet, måtte jeg bede om dette igen. Efterfølgende ventede vi igen over 6 mdr. på indkaldelse til PPR og fik til sidst via egen læge henvisning til udredning”, “Tog kontakt til både skole og egen læge gentagende gange gennem 3 år”, “Jeg har kæmpet siden børnehaven med at få hende udredt og hun blev det først i 6 klasse”, “Efter mange henvendelser til skole, læge og kommune gennem årene, lykkedes det da hun var 17 at komme igennem ved lægen”, “Tog kontakt med læge, kommunen. Intet skete. Har henvendt mig siden 2 klasse. (...) Blev endelig henvist til børnepsyk. 3.5 år med fokus på angst. De overså ADD trods voldsom mistrivsel. Måtte gå til privat psykiater”).*

Flere beskriver en lang ventetid i det offentlige, herunder kan nævnes eksempler som: *“Vi ventede et år på udredning”, “meget lang ventetid (...) Hun var færdigudredt og havde fået tilbudt plads i specialtilbud før end den oprindelige dato for ppr mødet var nået”, “1 års ventetid” og “Efter et års ventetid på skolepsykologen, betaling for privat udredning”. To* respondenter beskriver processen som en lang kamp: *“det bare en lang og sej kamp at komme gennem systemet og ingen rigtig lytter” og “Det var svært at komme igennem”. To* respondenter beskriver en følelse af at være alene og overladt til sig selv: *“Vi var som forældre 100% alene i at kommunikere omkring vores barn og også at finde ud af med hvem og hvordan vi skulle kommunikere. Det var en meget ensom jungle” og “Desværre blev vi overladt til selv at finde igennem junglen af (manglende) tilbud igennem det offentlige”. To* besvarelser peger på dårlig udredning og en kritik af tilgangen i det offentlige, herunder: *“gennemgik enorm dårlig udredning via det offentlige” og “Vi forsøgte at få ppr til at rådgive lærerne, en (RED: men) det varetog psykologen ikke kompetent og tilstrækkeligt”. Tre* respondenter beskriver oplevelser af, at der blev peget fingre af dem og antydte dårlig opdragelse, herunder: *“Skolen og PPR mente, at især jeg som mor var overbeskyttende, og at vi havde en symbiose, så eneste hjælp var møder om, hvordan det gik, og hvad vi som forældre kunne gøre anderledes - fx være hårde og tvinge hende i skole”, “Der blev lagt op til at det var dårlige forældre og manglende opdragelse” og “Lærerne snakkede om pynt-knap og indikerede (imellem linjerne) dårlig opdragelse”. Én* beskrivelse falder i flere af de ovenstående temaer på én gang og beskriver således en frustrerende samlet proces:

“Vi forældre har forsøgt at råbe om hjælp siden hun var 6 år. Men hverken kommune eller børnepsykiatrien har set det samme som vi forældre. På trods af en pige der startede med at være selvskadende i 5 klasse og stadig er det nu som 15 1/2. Som 14 1/2 år tog vi forældre til egen læge som afviste at henvise til børnepsykiatrien da den ville blive afvist. Vi måtte skifte læge og fik en henvisning sendt afsted som blev afvist. Vi fik egen læge til at ligge den ud så vi kunne komme til en privat børnepsykiater gennem regionen. Vi har 3 timers kørsel til børnepsykiater da det var der der var kortest ventetid”.

Positiv - Begejstring

Syv respondenter beskrev situationer og pointer som har valgt at inkludere under temaet “Positiv - Begejstring”. De oplevede at blive mødt af skolen: *“Efterskolen bakkede os op”, “Da jeg nævnte vores bekymring for skolen var de enige”, “Læreren var fantastisk og var med på ideen med det samme, for hun havde også set den store forandring i vores pige”, “I skolen havde hun en fantastisk lærer de første par år”, “Vi havde en godt samarbejde med lærerne, der tog og tager særlige hensyn og giver ekstra støtte”, “Tog kontakt til skolen som også udviste bekymring også kontaktede vi sammen PPR” og “Jeg prøvede først at gøre børnehaven opmærksom på at der var noget, så igen i 0 klasse, men først i 1 klasse lykkedes det, hendes lærer kunne se det”.*

Trivsel

16 respondenter beskrev eksempler på oplevelser, som vi har valgt at sætte i forbindelse med begrebet trivsel. De beskriver bl.a. et *“negative selvbillede”, “massiv skoleværring”, “selvskade” og “depressiv”.*

- **Tre** af respondenterne giver udtryk for, at skole og hjem havde forskellige opfattelser af pigernes trivsel fx: *“De (RED: skolen) så kun en pige i trivsel både fagligt og socialt”, “Fra 1. Kl til nu 4. Kl, ny lære som ikke så noget. Men vi så dårlig trivsel” og “Skolen reagerede ikke rigtigt. Troede ikke helt på at hun var så presset, for hun holdt masken i skoletiden”.*
- **En** respondent beskriver desuden, at de som forældre via egen læge har lavet underretninger ift. bekymringer om deres datters trivsel to gange; første underretning var på børnehavens håndtering af deres datters trivsel og den anden var grundet skolens håndtering af datterens trivsel.

Diagnosticeringsproces

Seks eksempler på pointer relateret til diagnosticeringsprocessen bliver nævnt.

- **Én** respondent beskriver en afvist sag: *“Der blev sendt en henvisning til Børnepsyk af psykologen i familieafdelingen, men sagen blev afvist på Børnepsyk fordi skolen eller egen læge ikke havde beskrevet og set de samme vanskeligheder som os forældre og psykologen”*.
- **To** respondenter beskriver kontakt til en psykolog før udredning i psykiatrien, herunder: *“For at psykiateren ville lave udredning skulle vil få lavet en udredning ved PPR”* og *“Datteren fik nogle samtaler ved psykologen, og det var faktisk hende, der anbefalede os at gå videre med udredning”*.
- **Tre** respondenter giver udtryk for kritik af hvor lang tid diagnosticeringsprocessen kan tage: *“Første alvorlige symptomer kom i 4. klasse - i starten troede vi, det var angst. Min datter fik først diagnosen i 7. klasse”*, *“Jeg har kæmpet siden børnehaven med at få hende udredt og hun blev det først i 6 klasse”* og *“... Derfor spildte vi denne gang ikke tiden på at få skolens hjælp i forhold til udredning”*.

Opsamling

Respondenterne nævner **58** eksempler på frustrationer og andre negative pointer, herunder oplevelser af modstand, afvisninger og mistillid fra systemet, samt direkte uenigheder mellem forældre og fagpersoner angående forældrenes bekymringer. Desuden at respondenterne beskriver oplevelser af at der efter gentagne henvendelser til de samme instanser fortsat ikke bliver gjort noget ved det og at de ikke føler sig taget alvorligt af systemet; at ingen vil lytte til dem. Dette gælder også fra institutioners og lægers side. Andre frustrationer går på tilstedeværelsen af lange ventetider i det offentlige, hvor flere efter fx et års ventetid i stedet vælger privat udredning. Der ses også beskrivelser af, at forældre oplever at blive peget fingre ad og indirekte bliver pålagt ansvaret for deres døtres udfordringer som resultat af dårlig opdragelse. Til sammenligning beskrev **syv** respondenter begejstring og positive pointer, hvor de oplevede at blive mødt af skolen. Generelt om trivsel kan der ud fra disse besvarelser tegnes et billede af dårlig trivsel med tilstedeværelse af negative selvbilleder, skolevægning, selvskade og depressive symptomer; desuden at der kan være forskellige opfattelser af pigernes trivsel på tværs af kontekster. Om diagnosticeringsprocessen peges der ud fra disse besvarelser på langsommelighed og

frustrationer forbundet hermed, **to** beskrivelser af at have været i kontakt med en psykolog før kontakt til psykiatrien, samt **én** oplevelse af afslag fra psykiatrien grundet uenighed om symptom-billedet.

Spg. 8 Hvordan oplevede du processen ift. udredningen af dit barn?

Ved dette spørgsmål er besvarelsene opdelt i hhv. "positive", "negative" samt "blandet" - hvor respondenterne både har oplevet noget positivt og noget negativt i forbindelse med processen ift. udredning. Blandt de 133 frie besvarelser var **51** besvarelser positive, **42** besvarelser var negative og **32** besvarelser gav et blandet billede af processen (se bilag 7 og 8).

Positive besvarelser

Flere af de positive besvarelser giver udtryk for at selve udredningen var "*grundig*", "*forholdsvis hurtig*", "*en god proces på psyk*" og "*blev taget alvorligt og lyttet til for første gang, Professionel og lige til.*" Flere af respondenterne har også rosende ord til fagpersonalet de har mødt til udredningsforløbet: "*synes vi det gik hurtigere end forventet med at få tid og få hende udredt. Vi oplevede børne psyk som utrolig kompetente og dygtige*" og "*Det var en fin og professionel proces og vores datter var meget lettet igennem hele processen. Lettet over at blive set og hørt. Og for første gang blive forstået, og få en forklaring på, hvorfor hun har så mange udfordringer*".

Negative besvarelser

Med udgangspunkt i de negative besvarelser beskriver respondenterne processen som værende: "*lang*", "*Elendig. Inkompetent*", "*Meget langtrukket og frustrerende*" "*op af bakke*" og at "*det var en hård kamp at kæmpe*". En respondent uddyber yderligere og beskriver følgende: "*en meget lang og opslidende kamp man ikke kan opgive selv om man tit har lyst. Følte os magtesløse og som man kæmper mod et system man alligevel ikke kan vinde over. De trækker tiden ud og skal prøve alt muligt af og det går kun ud over barnet, som ikke får den korrekte hjælp men desværre en masse tillægsdiagnoser som belastningsreaktion, stress og angst*".

Flere respondenter giver udtryk for at der var vanskeligheder forbundet med hhv. tiden forud for selve udredningen og tiden bagefter: "*Da først selve udredningen gik i gang var processen hurtig og effektiv og meget tryk*", "*Hurtig da den gik i gang. Men*

utroligt mange år, hvor ingen har gjort noget trods massive udfordringer”, ”Altså selve udredningen gik fint og forholdsvis hurtigt, processen op til tog alt for lang tid” og “Udredningen gik som sådan ok hurtigt, men processen efterfølgende var utrolig opslidende, en diagnose eller medicin løser hverken angst, skolevægning eller nedsmeltninger”.

Forskelle mellem det offentlige og det private

Generelt ses det også blandt besvarelsene, at flere af respondenterne har oplevet forskel på udredning i det offentlige og det private system. Flere beretter om et langsommeligt og besværligt offentligt system og et langt hurtigere privat regi (fx: *“Lang og sej indtil (PRIVATHOSPITAL) tog over. Det offentlige er slet ikke til at finde rundt i. Forældre med færre resurser (RED: ressourcer) end mig er ilde stedt”, “Lang og opslidende, indtil vi besluttede at betale for privat udredning. Her var processen godt planlagt og forudsigelig” og “God. I det private regi. Havde ikke tålmodighed eller tillid til det offentlige”.*

Trivsel

Syv respondenter beskrev eksempler på oplevelser som vi har valgt at sætte i forbindelse med begrebet trivsel.

- **To** respondenter beretter om skolefravær: *“skoleværing og tristhed” og “Der blev først lyttet og barnet blev først set, da hun fik en lærer som selv havde barn med diagnose. På daværende tidspunkt var min datter så presset at hun var blevet selvskadende og i skoleværing”.*
- **En** respondent giver udtryk for at de havde mere fokus på deres datters trivsel end på selve ADHD-diagnosen.
- **Tre** respondenter giver udtryk for at ventetiden havde betydning for deres døtres trivsel: *“Vires (RED: vores) datter har lige haft en nedsmeltning hvor hun har været langt ude og der var ventetiden uendelig, når hun giver udtryk for at hun ikke ønsker at leve mere”, “Alt for langtrukken. Imens havde vi en datter i voldsom mistrivsel, og både vi, skolen og kommunen kontaktede børnepsykiatrien i håbet om at de kunne speede lidt op, men forgæves. Straks børnepsykiatrien endelig havde foretaget skoleobservationen, skiftede min datter en årgang ned. Dette som følge af den massive mistrivsel, som medførte faglige udfordringer og at hun stod helt udenfor det sociale fællesskab i*

klassen.” og “Der gik næsten to år, som er lang tid for et barn, der er i mistrivsel og som kun får det værre og værre. Hun udviklede angst. Markant oplevelse af ikke at slå til/være utilstrækkelig og et selvværd, der har lidt (og stadig lider) meget som følge af mangel på at blive set og forstået”.

- Derudover svarede én respondent også, at deres datter “var for dårlig til at modtage behandling”.

Diagnosticeringsproces

Der indgår under dette spørgsmål 46 eksempler på pointer, som vi har identificeret som hørende under temaet “diagnosticeringsproces”.

- Der nævnes **to** specifikt negative pointer angående diagnosticeringsprocessen, herunder: “Vi var/er dog meget kede af at der ikke tilbydes særlig mange pædagogiske redskaber fra børnepsyks side, i behandlingen af vores datters adhd” og “Desværre gik vores datter på en skole hvor de slet ikke formåede og se og hjælpe vores barn, de så hende kun som et problem. Heldigvis havde vi stor hjælp fra både PPR og rådgiver fra kommunen”.
- Der nævnes **to** specifikt positive pointer angående diagnosticeringsprocessen, herunder: “Børnehaven var indforstået med det, så dem skulle vi ikke kæmpe med. Og sagsbehandler og psykologer handlede alle sammen da vi som forældre var indforstået med det hele” og “Efter den psykologiske vurdering henviste egen læge til **(BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK AFDELING)** hvor udredningen foregik. Da vi havde fået diagnosen, begyndte skolen at tage problemet alvorligt”.
- Der nævnes **et** eksempel på generel tidsangivelse: “udredningen for ADD tog to møder og et spørgeskema. Vi ventede ca 12-16 uger fra henvisningen blev lavet, inden vi fik en tid til ADD-udredningen”.
- Der nævnes **ni** eksempler på, respondenter oplevede, at diagnosticeringsprocessen tog lang tid, herunder: “Det var en lang kamp mod skolen i knap 6 år”, “Der gik over et år fra ppr indstillede til der var en diagnose”, “Den sidste undersøgelse (observation i skolen) blev udskudt over 2 mdr. da hende der skulle have gjort det var syg første gang. Efter sidste undersøgelse måtte vi vente 6 uger på et resultat af udredningen”, “Kommunen ville under ingen omstændigheder vise enighed med forældre. Så i stedet for max 2 år fra start gik der 5,5 år som resulterede i svære belastnings

reaktioner fra vores datter” og “men herefter tog det tre måneder at få færdiggjort rapport og sendt den til læge, skolen, kommunen, og jeg måtte selv holde processen i gang og endte med selv at aflevere udredningen til egen læge”.

- Der nævnes **fem** eksempler på, at respondenter oplevede, at diagnosticeringsprocessen tog kort tid, herunder: *“kun 12 ugers ventetid”, “Det var kun fordi vi kom til på et afbud, vi kom så hurtigt til”, “Der gik få uger fra underretning til udredning var færdig”, “Vi fik mistanken i januar 2021, og hun var færdigudredt i juni” og “Da vi først fik henvisning til børn og unge psyk tog det 3 mdr, så var hun udbredt”.*
- Der nævnes **to** eksempler på, at respondenter kontaktede egen læge, herunder: *“Da vi efter 2 henvendelser fra egen læge, da hun var 12 år, kom vi igennem til udredning” og “Gik selv til lægen og fik henvisning til børne psykiater”.*
- Der nævnes **14** eksempler på privat udredning, herunder fx: *“Psykiatrien afviste hende, da PPR ikke havde været indblandet og skolen ikke så symptomer. Derfor fik en en udredning igennem vores sundhedsforsikring”, “Vi fik hende udredt privat for vores egne penge, da vi ikke kunne vente”, “Skolen ville gerne have vi gik til lægen og lægen ville gerne have vi gik til skolen. Så købte vi det selv” og “Efter diagnosen er stillet ved priv.prak.psyk blev vi sat af ‘på perronen’ og ingen hjælp os derfra”.*
- Der nævnes **tre** eksempler på, at respondenter fandt genveje for at komme hurtigere igennem systemet, herunder: *“Lidt nemmere idet storebror også er diagnosticeret med ADD og det samme er far”, “Den kom som en del af andet forløb” og “Jeg var glad for, at jeg selv var pædagog og arbejdede på en specialskole, da jeg derved var bekendt med, hvilke tråde man kunne trække i og hvilke vi havde krav på, men som ikke var noget vi hørte om fra offentlige instans.Hvis man overhovedet ikke har noget kendskab til PPL, (**BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI**) o.s.v. så er man ringe stillet som forældre, da man let kan blive spist af med, at det ikke kan lade sig gøre o.s.v.”.*
- Der nævnes **to** eksempler på afvisninger, herunder: *“Første gang blev hun afvist, men anden gang fik hun en grundig udredning” og “mit barn er dygtigt til st (**RED: at**) holde sammen på sig selv ude, og derfor blev vi afvist”.*
- Der nævnes **seks** andre pointer, herunder: *“Det var nok nemmere fordi vores datter selv var gammel nok til at sætte ord på sine udfordringer og også gerne*

selv ville hjælpes”, “da hun bliver udredt hos børnepsyk siger de at de kan tilbyde medicin og resten skal skolen tage sig af”, “Der var lang ventetid på psykiater i vores område, så vi valgt at køre til (BYNAVN) efter det”, “Der var mange tests”, “hvor hun var til 4 konsultationer inden vi fik et svar. Psykiater lavede også en personligheds test” og “Vi venter på hjælp og rådgivning”.

Opsamling

Blandt de 133 frie besvarelser var **51** besvarelser positive, **42** besvarelser var negativt og **32** besvarelser gav et blandet billede af processen. Her var der bl.a. flere besvarelser, som afspejlede forskelle mellem det offentlige og det private, herunder at processen i det private fungerede bedre og hurtigere end i det offentlige, som blandt andet beskrives som værende svært at navigere i. **Syv** respondenter beskrev eksempler på oplevelser som vi har valgt at sætte i forbindelse med begrebet trivsel, herunder eksempler på skolefravær, at ventetiden havde betydning for deres døtres trivsel, samt **ét** eksempel på en forælder, hvis datter havde det for dårligt til at kunne modtage behandling. Desuden blev der identificeret **46** eksempler på pointer, relateret til temaet “diagnosticeringsproces” herunder **9** eksempler på at respondenter oplevede, at diagnosticeringsprocessen tog lang tid samt **14** eksempler på privat udredning.

Spg. 9 Hvordan oplevede du dit barns trivsel FØR diagnosticering?

Ved dette spørgsmål er besvarelserne opdelt i hhv. “God trivsel”, “Dårlig trivsel”, “Ingen ændring/svingende trivsel” samt en række undertemaer for at eksemplificere besvarelser (se bilag 9 og 10)

God trivsel

Der er **tre** respondenter der giver udtryk for, at deres barns trivsel var hhv “okay”, “egentlig okay” samt “meget bedre” før diagnosticeringen. Derudover er der **otte** respondenter der beskriver hvordan at deres datter på den ene side eller i én bestemt kontekst havde en okay trivsel, men stadigvæk havde udfordringer der påvirkede dem. Flere af dem giver udtryk for at reaktionerne kom i hjemmet: *”Den var okay i skolen, men langt fra okay hjemme. Det var her alle reaktioner på indtryk kom”, “Godt ude og voldsom mistrivsel så snart hun nåede hjem” og “Sædvanligvis var hun glad og igang om dagen og havde ofte nedsmeltninger ved sovetid.”*

Uændret og svingende trivsel

10 respondenter beskrev, at deres datters trivsel enten var uændret eller svingende. **Fem** respondenter beskriver svingende trivsel, fx: *“svingede men ikke god”*, samt **fire** respondenter, der beskriver, at der ingen ændring skete, fx: *“Der var ingen ændring fra før til efter diagnosticeringen da INGEN hjalp os eller vores datter”*.

Dårlig trivsel

93 respondenter giver udtryk for, at deres datter var i dårlig trivsel forud for diagnosticeringen, eksempelvis: *“Forfærdeligt”*, *“Virkelig dårlig”*, *“Hun havde MASSIV mistrivsel”*, *“Hun kæmpede og følte sig ofte forkert”*, *“Hun var i mistrivsel både psykisk, socialt, fysisk”* og *“Helt i hundene”*.

- Herunder satte **otte** respondenter denne mistrivsel i relation til deres datters skolegang, eksempelvis: *“Mistrivsel i hele folkeskoleforløbet”* og *“Langsomt dalende fra før skolestart til hun endelig fik sin diagnose. Vi har hele tiden sagt til pædagoger/lærere, at der var noget galt med hendes trivsel”*.
- **Fem** respondenter giver udtryk for en negativ udvikling fx: *“Den var nedadgående for fuld knald”* og *“Dårligere og dårligere som årene skred frem”*.
- Foruden dette beskriver **fem** respondenter at de oplevede mistrivseln komme til udtryk ved: *“selvmordstanker”*, *“ikke overskue livet”*, *“belastnings symptomer”*, *“overbelastet”* og *“Som en mørk tid - hun havde det så skidt”*.

Der var en række symptomer og adfærd, som gik igen i besvarelsene, hvilket vil blive uddybet i det følgende.

Kropslige symptomer

32 eksempler på mistrivsel forbundet med kropslige symptomer

- Herunder **18** eksempler på angst fx: *“angstpræget”*, *“slem angst”* og *“massiv angst”*.
- **Tre** respondenter gav udtryk for at deres datter havde udvist symptomer på stress.
- **Seks** eksempler på sygdomslignende symptomer fx *“hovedpine”*, *“opkast”*, *“feber”* og *“mavesmerter”*.

- Derudover var der **fem** yderligere pointer relateret til kropslige symptomer herunder: *“tics” x2, “græd meget”, “hele hendes system var i alarmberedskab” og “spiser ikke ret meget”.*

Søvnproblemer og udmattelse

13 eksempler på mistrivsel forbundet med vanskeligheder med søvn og udmattelse fx: *“manglende søvn”, “træt og udbrændt efter skole”, “dårlig nattesøvn, ekstrem udtrætning” og “manglede overskud”.*

Opmærksomhedsvanskeligheder

Otte eksempler på mistrivsel forbundet med opmærksomhedsvanskeligheder, eksekutive vanskeligheder og/eller impulsivitet fx: *“Mistede penalhuse og vanter osv. i eet væk”, “svært ved at koncentrerer sig”, “manglende overblik og strukturering”, og “Hun havde det lidt svært med hukommelsen. Svært at huske indlærte ting”.*

Udadreagerende adfærd

16 eksempler på mistrivsel forbundet med udadreagerende adfærd, temperament og hyperaktivitet fx: *“voldsomt tankemylder”, “Slog konstant vejrmøller eller kolbøtter”, “Trussel om selvmord”, “Vrede udbrud” og “før diagnosticering med ADHD var hun mere urolig”.* Herunder **fem** eksempler på konfliktfyldt adfærd herunder: *“konfliktfyldt”, “højt konfliktniveau”, “meget konfliktfyldt”, “hun var tit i konflikter” og “mange konflikter”.*

Behov for struktur/forudsigelighed

To eksempler på mistrivsel forbundet behov for struktur og forudsigelighed herunder *“meget svært ved ændringer osv. Vores ferier/jul var forfærdelige, da den vante struktur var anderledes” og “Det sværeste for hende, var nok at der var classesammenlægning, og det kæmpede hun med, idet hendes veninder og hende blev skilt ad og de fik nye lærere, nye lokaler mm.”.* **Et** eksempel på trivsel forbundet med god struktur: *“Ellers trives hun egentlig ok på den lille skole med trygge rammer og forudsigelighed”.*

Svært ved kravsætning

Tre eksempler på mistrivsel forbundet med vanskeligheder ved kravsætning herunder: *“svært ved at honorere små krav”, “Man kunne ikke stille nogen krav til hende” og “det blev kun være jo ældre hun blev og der blev stillet større krav til hende”.*

Sociale problemer/tilbagetrækning

21 eksempler på mistrivsel forbundet med sociale problemer og tilbagetrækning fx: *“trak sig meget tilbage fra det sociale”, “havde problemer med socialt samvær, meget få venner, var mest alene efter skoletid”, “En oplevelse af ikke at være rigtig og ikke passe ind”, “Mobning eksklusion fra fællesskabet” og “Usikker på det sociale bl.a. pga hun havde svært ved at holde fokus og overblik ved samtaler med andre unge, især når der var mange sammen. Hun har haft en svært folkeskolegang, hvor hun har følt sig meget ensom”*.

Reaktioner i hjemmet

Otte eksempler på reaktioner i hjemmet fx: *“ikke kunne overskue noget efter skole”, “langt fra okay hjemme. Det var her alle reaktioner på indtryk kom” og “voldsom mistrivsel så snart hun nåede hjem”*.

Følelsesmæssige reaktioner/følelsesregulering

43 eksempler på mistrivsel forbundet med følelsesmæssige reaktioner og vanskeligheder med følelsesregulering fx: *“følelsesmæssig ustabil”, “overvældet af følelser”, “svært ved at følelsesregulere”, “græd næsten 24 timer i døgnet til sidst” og “hun syntes det hele væltede for hende”*.

Derudover **fem** eksempler på *“depressiv/deprimeret”*, **syv** eksempler på *“trist”*, **tre** eksempler på *“ked af det”* samt *“perioder hvor hun ikke virkede helt glad”*. Samt **fem** eksempler på *“selvmordstanker”* og tre eksempler på selvskade fx: *“Skar i sig selv”*. Samt **to** yderligere pointer relateret suicidale symptomer og selvskade: *“grænsende til selmordstruet” og “I puberteten reelt sammenbrud med selvmordstanker og planer”*.

Udfordringer med selvværd og selvtillid

13 eksempler på mistrivsel forbundet med udfordringer med selvværd og selvtillid fx: *“Følte sig mere og mere uduelig”, “opgivende” og “føjte sig forkert”*.

- Herunder otte eksempler specifikt på dårligt selvværd fx: *“Dalende selvværd”, “Dårligt selvværd og selvtillid” og “Hun kom i dårlig trivsel i 2. klasse, (...) selvværdmæssigt”*.

Skolerelaterede udfordringer

36 eksempler på mistrivsel forbundet med skolerelaterede udfordringer fx: *“Mærkede hvor meget hun begyndte at sakke bagud”, “blev ikke taget alvorligt når hun søgte*

hjælp i skolen”, “masser af udfordringer da hun kom i skole. Blev ofte misforstået af både lærer og elever”, “dog var det vanskeligt med skolen. Hun var ked af at være den som har brug for ekstra hjælp” og “Klasselæreren omtalte hende som "doven og fuld af dårlige undskyldninger", og hun omtalte sig selv som "affald" når hun kæmpede med lektierne”.

- Herunder **20** eksempler på fravær fra skolen fx: “skolevægring”, “kunne ikke overskue skolen”, “sygemelding fra skole” og “vil ikke i skole”.

Diagnosticeringsprocessen

Fire gange blev der nævnt pointer relateret til diagnosticeringsprocessen: “*psykiatrisk indlæggelse og udredning*”, “*Der kom først hjælp på tale, da vores datter gik til læge med selvmordstanker som 18 årig*”, “*Men kampen med kommunen for at få bevilliget støtte var en meget lang og sej kamp*” og “*Var vi kommet til hurtigere tror jeg ikke det havde udviklet sig så slemt.*”

Opsamling

93 respondenter gav gennem deres besvarelser udtryk for at deres datter havde haft en dårlig trivsel før diagnosticeringen. Dette blev understøttet gennem en række eksempler fra de forskellige undertemaer, hvor de hyppigst nævnte fordelte sig som følger:

- **32** eksempler på mistrivsel forbundet med kropslige symptomer.
- **21** eksempler på mistrivsel forbundet med sociale problemer og tilbagetrækning.
- **43** eksempler på mistrivsel forbundet med følelsesmæssige reaktioner og vanskeligheder med følelsesregulering.
- **36** eksempler på mistrivsel forbundet med skolerelaterede udfordringer.

Tre respondenter gav udtryk for, at deres barns trivsel var hhv. “*okay*”, “*egentlig okay*” samt “*meget bedre*” før diagnosticeringen og **10** respondenter beskrev, at deres datters trivsel enten var uændret eller svingende.

Spg. 10 Hvordan oplevede du dit barns trivsel EFTER diagnosticering?

Besvarelsenerne til dette spørgsmål er ligeledes opdelt i hhv. "God trivsel", "Dårlig trivsel", "Ingen ændring/svingende trivsel" samt en række undertemaer for at eksemplificere besvarelser (se bilag 11 og 12).

God trivsel

80 respondenter giver udtryk for at deres datter er i god/bedre trivsel efter diagnosticeringen fx: "*Hun trives bedre i dag*", "*Hun er ikke mørk i blikket mere og hun er en glad og kærlig pige*" og "*Fantastisk opblomstring*". Flere af besvarelsenerne beskriver en lettelse efter diagnosticeringen fx: "*Bare det at hun har noget ord på, har hjulpet*" og "*Hun trives rigtig godt. Men også bare det at hun fik diagnosen og hun vidste hvorfor hun var som hun var hjalp hende rigtig meget.*"

Dårlig trivsel

22 respondenter giver udtryk for at deres datter er i dårlig/værre trivsel efter diagnosticeringen fx: "*Stadig ikke god*", "*Lige efter dykkede hun og blev meget dårlig. Nu efter 3 år på børnepsyk hvor vi stadig går har hun det bedre. Men hun trives stadig ikke*" og "*hun er nået at blive så dårlig, at hun overbelastes ved selv den mindste aktivitet med andre, så hun kan stort set intet. Hun er bevilliget førtidspension - er netop fyldt 18*".

Ingen ændring/svingende trivsel

13 respondenter giver udtryk for at deres datters trivsel enten var uændret eller svingende fx: "*Det stadig det samme. Hendes mønster, selvbillede og trivsel er fortsat det samme*", "*Endnu ingen ændring*" og "*Blandet. Medicin har hjulpet markant. Hun bliver kaldt mønsterelev af lærerne og er meget mere fokuseret og bedre regulere, men vi oplever at lærere og elever kommer til at fastholde hende i den rolle hun engang havde som den der bliver let sur og ked, ligesom hun har haft mange nederlag i klassen, da hun blev udredt for sent i min optik. Det har sat spor i selvværdet*".

Symptomer og adfærd

Der var en række symptomer og adfærd som gik igen, hvilket vil blive uddybet i det følgende:

- Der var **tre** eksempler på positiv udvikling med udgangspunkt i kropslige og sansemæssige symptomer herunder *“angst (...) næsten væk”, “stoppede så med at kaste op”* og *“har ikke angstanfald, tics er næsten forsvundet. Er blevet god til at mærke sig selv og kan trække sig før det bliver for meget”*. Der var desuden **et** eksempel på en negativ udvikling: *“Hun er dog begyndt at udvikle noget spisevægring, så vi kæmper for at få noget mad i hende”*.
- **Fire** eksempler på positiv udvikling relateret til søvnproblemer og udmattelse herunder: *“Hun sover bedre”, “udtræthed næsten væk”, “sover bedre”* og *“hun sover om natten”*, samt **et** eksempel på uændret udvikling *“Hun er stadig udfordret ved sengetid (hun er 19 i dag)”*.
- **Tre** eksempler på positiv udvikling relateret til opmærksomhedsvanskeligheder, eksekutive vanskeligheder og/eller impulsivitet herunder: *“har knap så meget tankemylder og mere overskud”, “Hun kunne bedre (...) koncentrere sig”* og *“koncentrerer sig og kan sidde stille i timerne”*.
- **Et** eksempel på en positiv udvikling relateret til udadreagerende adfærd og hyperaktivitet herunder *“Ingen udbrud”*.
- **Et** eksempel på en negativ udvikling relateret til krav sætning herunder *“Med flere krav her efterfølgende med skift fra folkeskole til gymnasiet er stress niveauet steget markant”*.
- **Fire** eksempler på en positiv udvikling relateret til sociale egenskaber fx: *“har fundet godt fællesskab med ligesindede, især på nettet”* og *“Hun kunne bedre indgå i gode relationer”*, samt fire eksempler på ingen ændringer fx: *“ikke ændringer i fællesskabet”* og *“hun trives ikke socialt”*.
- **Et** eksempel på en positiv udvikling relateret til reaktioner i hjemmet: *“Tænker konflikterne vi har nu er tilsvarende en neurotypisk jævnaldrende pige”*.
- **To** eksempler på en positiv udvikling relateret til følelsesmæssige reaktioner *“Hun er mere afbalanceret”* og *“ingen sammenbrud”* samt **tre** eksempler en negativ eller uændret udvikling fx: *“hun stadig nem til at føle sig presset og fyldt, hvilket resulterer i nedsmeltninger og indimellem stadig selvskade”* og *“døjer dog stadig meget med svingede humør og depression”*
- **Syv** eksempler på en positiv udvikling ift. selvværd og selvtillid fx: *“har fået større forståelse for hendes udfordringer og styrker”* og *“Nu var der nogen, der havde hjulpet hende til at få en forklaring på hendes udfordringer. Nu var*

det ikke hende, der "gjorde noget forkert" - det var noget i hendes hjerne, som hun ikke selv kunne kontrollere, der var årsagen - og det har gjort hendes selvforståelse og selvopfattelse meget bedre", samt fem eksempler på negativ og/eller uændret udvikling ift. selvværd og selvtillid fx: "Meget lav selvværd, meget bevidst om at være anderledes", "det sidder jo i barnet at man i 8 skoleår er anderledes og bliver konstateret dum og doven", "Det var et hårdt slag at få diagnose" og "den lange periode med mistrivsel og følelse af utilstrækkelighed har sat dybe spor i hendes selvopfattelse".

- **25** eksempler på en positiv udvikling relateret til skolegang.
 - Herunder **otte** eksempler på skoleskift efter diagnosticering samt betydningen heraf fx: "Hun har først fået det bedre i skoleregi, efter hun er startet i specialskole" og "et skole skift til mindre skole har virkelig hjulpet".
- **Fem** eksempler på negativ udvikling relateret til skole fx: "tiltagende fravær, men en del uopdaget grundet coronanedlukning", "mangler forståelse og tiltag fra skole" og "hverken skolen, eller familieafd tog action". **Et** eksempel på uændret udvikling relateret til skole "Skolemæssigt er der ikke sket nogen ændring efter diagnose". **Samt** seks yderligere pointer relateret til skole fx: "Hun fik lov til ikke at komme i skole, men var stadig tilknyttet skolen. Inden diagnosen havde de truet med at smide hende ud, hvis hun ikke dukkede op" og "Diagnosen udløste ikke umiddelbart et andet skoletilbud. Min datter endte med skolevægring. Vi insisterede på et andet skoletilbud, som vores datter senere fik. Så der gik 1,5 år med reduceret skema og desuden meget fravær. 3 måneder helt uden skole. Tog afgangseksamen med fine karakterer. Er nu på speciakefterskole (**RED: specialefterskole**)".
- **31** eksempler på positive udvikling relateret til medicinsk behandling fx: "Vi er startet op med medicin og det har hjulpet", "Efter medicin er der større overskud og hun tager også initiativ til aktiviteter hjemme", "medicinering samt støtte i skolen har sænket belastningsgraden rimelig", "Hun fik medicin som gav hende ro og overblik i dit hovedet" og "Hun trives bedre i dag, hvor hun er i medicinsk behandling". **To** eksempler på negativ udvikling relateret til medicinsk behandling herunder: "Hun reagerede meget negativt på medicin" og "Det var først da medicinen kom på banen at det efterfølgende har givet problemer.". **Fire** eksempler på uændret/svingende udvikling

relateret til medicinsk behandling fx: *“Hun startede i ADD medicinsk behandling, som hjalp hende ift koncentration og uro, men hun fik mange bivirkninger af medicinen som gjorde hende depressiv og hun er nu opstartet i ny medicin som forhåbentlig vil hjælpe hende uden for mange bivirkninger”* og *“voldsom selvmordstanker på medikenet cr og måtte stoppe ret pludselig, dog rykkede hun sig fagligt 2 klassetrin på 2 md på medicinen”*. Samt **fire** yderligere pointer relateret til medicinsk behandling herunder *“tænker, at det hjælper så snart hun starter på medicinering”*, *“Det har taget 3år at blive stabil i medicin”*, *“Hun er så skadet at medicinsk behandling som er det eneste psykiater kan hjælpe med har ikke hjulpet særlig meget. Det er tydeligt at se at medicinsk behandling ikke er nok behandling men kommunen vil ikke hjælpe”* og *“Senere hjalp medicinen, men det tog lang tid at finde den rigtige dosis”*.

Diagnosticeringsproces

Syv gange blev der nævnt pointer relateret til diagnosticeringsprocessen. Besvarelsene afspejler bl.a. **to** respondenters oplevelser med lang ventetid, fx: *“at tale med psykiatrien ved medicinændring”* og *“2 års kamp for at få noget mere hjælp”*. **To** respondenter beskriver også at de som forældre mangler information omkring at være forældre til et barn med ADHD fx: *“Som forælder fik jeg heller ingen hjælp til at forstå, sætte mig ind i min datters handicaps. Jeg har stået alene om at tilegne mig vide om, hjælp og kompensere for min datters handicaps, hvilket absolut har været krævende, svær, sorg-fuldt. Det har ikke været hverken nemt eller problem frit”*. **Tre** andre respondenter oplevede modsat at *“vi fik rådgivning i hvordan vi kunne hjælpe og møde hende på den rigtige måde Nedtrapning af konflikter.”*, *“Det har givet en bedre forståelse”*. samt *“vi er blevet opmærksomme på under udredningen, fx at hendes koncentration kun virker ca 20 min når vi laver lektier”*.

Opsamling

80 respondenter gav gennem deres besvarelser udtryk for, at deres datter kom i bedre trivsel efter diagnosticeringen. **22** respondenter gav udtryk for at deres trivsel blev dårlig eller værre efter diagnosticeringen og **13** respondenter beskrev at deres datters trivsel enten var uændret eller svingende. Dette blev understøttet gennem en række eksempler fra de forskellige undertemaer. De to undertemaer hvor der blev set flest eksempler på en positiv udvikling var **25** eksempler på en positiv udvikling relateret

til skolegang samt **31** eksempler på en positiv udvikling relateret til medicinsk behandling. **Syv** gange blev der nævnt pointer relateret til diagnosticeringsprocessen herunder bl.a. oplevelser med lang ventetid, **To** respondenter beskrev at de mangler information omkring at være forældre til et barn med ADHD hvor **tre** andre respondenter modsat oplevede at de fik rådgivning og en bedre forståelse for deres datter.

Spg. 11 Hvilke tiltag blev der igangsat efter diagnosticeringen?

F.eks. behandling, støtte og/eller hjælpemidler?

Ud af 133 frie besvarelser har vi identificeret de følgende temaer: “medicinsk behandling”, “ingen tiltag/manglende igangsættelse af tiltag”, “terapi, psykoedukation og rådgivning for forældre og børn”, “tiltag i institution, fx i skole”, “tiltag i hjemmet” hjælpemidler”, (se bilag 13 og 14) hvilket vil blive uddybe i det følgende.

Medicinsk behandling

84 gange blev der nævnt eksempler på medicinsk behandling. **Seks** gange blev det præciseret, hvilket medicin der var tale om. **Fire** gange blev det nævnt, at de modtog medicin til bedre nattesøvn, eksempelvis melatonin, og **to** gange blev der nævnt præparater til behandling af ADHD: “*Forsøg med concerta, stratterra og elvanse*” og “*Medicinsk behandling med Concerta*”.

- **Fem** respondenter gav udtryk for, at medicinen havde en positiv effekt (fx: “*Medicinen hjælper hende*”, “*Så fik hun medicin og blev en helt anden pige*”, “*medicin har hjulpet mest især nu det ser ud til vi har fundet det rigtige medicin*”).
- **Fem** respondenter gav udtryk for, at de havde haft negative oplevelse med medicinsk behandling (fx: “*Hun forsøgte to slags medicin, men brød sig ikke om bivirkningerne, der overgik fordelene ved medicinen*” og “*Medicin er afprøvet men med meget store bivirkninger som vægttab og nærmest zombie tilstand*”).

Ingen tiltag

Fire respondenter gav udtryk for at der ingen tiltag var igangsat efter diagnosticeringen af ADHD. **To** beskrev at der udelukkende var fokus på medicinering: “*Medicin for at kunne koncentrere sig i gymnasiet. Ud over det ikke meget hjælp*” og “*Intet, udover medicinering som ikke ikke er opstartet endnu*”.

Otte respondenter gav på anden vis udtryk for manglende igangsættelse af tiltag (herunder: *“Der er ingen gratis psykologhjælp til unge under 18”, “Vi får stadig ingen hjælp”, “Desværre ingen behandling i form af psykoeducation eller gruppe ifht vores datter”, “Ingen hjælpemidler, ingen aflastning”, “ingen støtte..”, “Vi fik først støtte fra kommunen da hun fik sin autisme diagnose efter 8 ugers indlæggelse på ungdomspsykiatri”, “I skolen, Ingen” og “Der er kun sat det i værk vi selv betaler”*).

Terapi/psykoeducation/rådgivning

39 eksempler på terapi, psykoeducation og rådgivning for forældre og børn blev nævnt.

- **Fire** eksempler på psykoeducation (herunder: *“Psykoeducation for vores datter og vi forældre”, “psykoeducation unge og forældre”, “Vi forældre har fået psykoeducation” og “Psykoeducation begrænset til links på nettet”*).
- Der var **10** eksempler på forskellige kommunale tiltag (fx: *“4 infomøder om ADD med familiehuset i vores kommune for hele familien”, “ART forløb (først for vores datter alene, siden et forløb med familie ART)”, “Samtaler ved familierådgiver og forløb ved kommunens støtteteam” og “Familieterapeut, hyppige netværksmøder. Vi er blevet tilbudt NFPP”*).
- **To** eksempler på psykiatri blev nævnt, herunder: *“Efter udredning, blev vi henvist til børnepsykiatri og har fået deres hjælp” og “Klinikken hos den private psykiater følger os tæt”*.
- **15** eksempler på samtaler og forløb for barnet blev nævnt (fx: *“Nogle samtaler på ungdomspsykiatri”, “Kort gruppeterapi af 3 gange”, “4 samtaler med PPR psykolog ifht trivsel”, “Hun har fået kognitiv terapi”*).
- **Seks** eksempler på tiltag rettet mod forældre og familiebehandling (fx: *“Forældrekursus”, “familiebehandling” og “Vi betalte selv for et familiekursus via (ORGANISATION)”*).
- **To** eksempler på andre tiltag, herunder: *“Rideterapi” og “2 timers hjælp fra en ikke faglig person i arbejdsprøvning”*.

Tiltag i institution/institutionsskift/klaseskift

Der var **124** eksempler på tiltag i institution, fx i skole og/eller børnehave.

- **24** eksempler på støtte (fx: *“Støtte i skole”, “støtte fra PPR i skolen”, “særlig støtte pædagogisk i skole” og “Alt, de fik en ekstra pædagog til vores datter, som fulgte hendes dag. Så hun var med på stuen, hun trækker hende væk når det*

blev for meget. Hun kunne give hende den støtte og hjælpemidler hun havde brug for at sørge for det bedste for vores datter”).

- **17** eksempler på pædagogiske tiltag og hensyn (fx: “I skolen blev der sat ind med flere tiltag. Lærerne gik ned vores datter, når eleverne skulle igang med opgaver for at hjælpe hende igang”, “lærerne opmærksomme på behov for pauser, mere ros og mere fleksibilitet og forståelse (fx ift afleveringer etc)” og “Vi er pt igang med en handlingsplan på skolen” og “Tiltag i skolen (stilladsering, forudsigelighed)”).
- **11** eksempler på special-skole/institutionstilbud (fx: “Hun går på STU, bevilliget via kommunen”, “fik et skole tilbud der matchende hende”, “Specialklasse med 5 elever til 1 lærer og 1 pædagog” og “Rykket til skoletilbud efter følgende, som var special tilbud på alm skole, hvilke her på 7 år gang stadigvæk ikke fundgere (**RED: fungerer**)”).
- **Seks** eksempler på skift af institution/skole/klasse (fx: “skoleskift” x3, “Ny skole”, “kostskole” og “Klasseskift”).
- **16** eksempler på tiltag i form af vejledning/samtale på skolen. Herunder var der:
 - 7 eksempler på brug af mentor (fx: “mentorordning”, og “I slut 8. Klasse fik hun en mentor fra (**FRIVILLIG ORGANISATION**) som hun lige er blevet færdig med. Det har været et godt forløb”).
 - 4 eksempler på brug af SPS (fx: “SPS-vejleder i skolen” og “SPS i gymnasiet”).
 - 5 eksempler på brug af anden form for vejleder (fx: “Skolepsykolog kom mere på banen og der blev iværksat støtte timer til overblik og samtale med støttelærer”, “samtaler med AKT medarbejder” og “Vejledning med skole vejleder på gymnasiet”).
- **14** eksempler på tilpasset skoleskema. Herunder var der:
 - 11 eksempler på reduceret skoleskema (fx: “Hun har reduceret skema, så hun kun har timer indtil middag, hvorefter hun sidder for sig selv i et lokale på skolen, fordi hun ikke kan klare uroen i klassen”, “En time før fri om torsdagen” og “meget reduceret skoleskema (alt der kunne vælges fra blev valgt fra)”).

- 3 eksempler på pauser, herunder: *“Hun har fået lov til at holde en pause indenfor alene en gang dagligt for at få ro”, “Fået lov at få pauser i skolen og “Skoleskema med mulighed for ekstra pause i timerne”.*
- **29** eksempler på skolemæssige hjælpemidler og hensyn:
 - **15** eksempler på hjælpemidler til anvendelse i skolen (fx: *“Skærm bord i skolen”, “Hun har høreværn”, “Afskærmning”, “kugle sækkepud”, “forskellige alternativer til stolen”, “Pictogrammer”, “Adgang til nota”, “Det eneste skolen gjorde var at hun 45 minutter hver uge var til mindfulness men ofte blev det aflyst”, “Hun må bruge høretelefoner eller gå en tur ud af klassen, tegne eller lignende i timerne hvis hun har brug for det” og “Må så sidde med en fidgetting mht at øge koncentrationen, hvilket hun ikke måtte før hun fik diagnosen”.*
 - **14** eksempler på hensyn i skolen (fx: *“Sidder foran i klassen så hun ikke bliver forstyrret for meget”, “forlænget tid til prøver/test i skolen”, “Læren er god til at hjælpe hende med at komme igang med ting og strukturere det i skolen”, “Mere fokus på 1:1 undervisning”, “Pauser i skoletiden. En "kasse" i klassen hun kan trække sig tilbage til”, “særlig aftale omkring lektier”, “AkT hold 3 lektioner ugentlig”, og “et mindre hold i første modul 4 dage ugentligt”.*
- **Syv** eksempler på andre tiltag i institution/skole: *“solotaxakørsel”, “støtte i skole i form af, at hun tre gange om ugen kan gå ned i minibussen og at lærerne forsøger at huske på at have et ekstra øje for om hun er med”, “Skole har henvist til ppr efter at have modtaget erklæring fra børnepsyk”, “forsøg på at få hende tilbage i skolen”, “stress nedsættende tiltag”, “aflastning skolemæssigt” og “Hun er sendt til visitation til specialskole”.*

Tiltag i hjemmet

Der blev nævnt **10** eksempler på tiltag i hjemmet.

- **Fire** gange blev der nævnt eksempler for forældrenes egne tiltag i hjemmet, herunder: *“Hjemme får hun liv (**RED: lov**) til at slappe af alt det hun har brug for”, “Fokus på søvn”, “Hos os iværksatte vi NADA behandling, købte kæledyr, fjernede alle krav og forventninger til hende ift alder, gav vitaminpiller/kosttilskud, gav lov til mere af det sjove og blev endnu mere strukturerede end før samt havde større tålmodighed ift glemsomhed. Søgte*

selv viden om ADHD og har formidlet dette til hende” og “OBS på pauser og struktur i hjemmet”.

- **Seks** gange blev der nævnt eksempler på kommunale tiltag i hjemmet (fx: *“aflastning”, “Hjemmevejleder”, “Hun har haft et paragraf 11 forløb, hvor en psykolog kom i hjemme og guidede hende” og “familie konsulent der kommer hjem til os”*).

Hjælpemidler

15 gange blev der nævnt eksempler på hjælpemidler uden præcisering af, hvor de blev anvendt.

- **Fire** gange blev der nævnt tyngdedyner (*“Kædedyne” x2 og “Kugledyne” x2*).
- **To** gange blev der nævnt en *“Time timer”*.
- **Tre** gange blev der nævnt hovedtelefoner og høreværn (*“Høreværn”, samt “støjdæmpende hovedtelefoner” og “hørebøffer”*).
- **Tre** gang blev der nævnt et visuelle hjælpemidler, herunder: *“Tydeligt visuelt dagsprogram”, “piktogrammer” og “ugetavle”*.
- **Én** gang blev der nævnt en *“luftpude”*.
- **Én** gang blev der nævnt et *“fidgettoy”*.
- **Én** gang blev der ikke præciseret men blot skrevet *“hjælpemidler”*.

Diagnosticeringsprocessen

23 gange blev der nævnt eksempler som vi har valgt at sætte i relation til temaet diagnosticeringsprocessen.

- **12** eksempler omhandlede processen generelt fx: *“Efter betalt udredning, er dørene åbnet for hjælp i det offentlige”, “Vi har måtte kæmpe for alt selv - og ingen har fortalt os hvilke muligheder der var for hjælp”, “der er ikke hjælp at hente fordi hun har en dobbelt diagnose. Der falder vi imellem to stole” og “lang ventetid, og vi er stadig i proces med at finde det helt rigtige tilbud”*.
- **11** eksempler på direkte negative oplevelser ift. diagnosticeringsprocessen (fx: *“ellers har vi INTET hjælp fået men vi har brugt MANGE timer til diverse møder osv men intet er sket”, “Psykiatrien anbefalede massiv indsats i skole, fritid og i hjemmet. Kommunen har i ringe grad levet op til dette”, “Desværre formåede skolen ikke at klare opgaven. De så heller ikke problematikken trods overlevering fra alle parter. Hun forstyrrede jo ikke” og “Vi har først nu, efter 1,5 år, fået oplyst at vi har ret til 3 timers afløsning i hjemmet til hende” og*

“men timerne lå hvor skolen havde tid og ikke hvor der var behov. Der manglede viden og kompetencer til at løfte opgaven”.

Trivsel

Én gang blev der blandt besvarelsene på dette spørgsmål knyttet en kommentar til emnet trivsel, i form af udtalelsen: *“Hun er allerede i trivsel”.*

Opsamling

Opsummerende kan det konstateres, at en del tiltag som går igen i besvarelsene af spørgsmålet: “Hvilke tiltag blev der igangsat efter diagnosticeringen? F.eks. behandling, støtte og/eller hjælpemidler?”. De nævnte tiltag fordelte sig som følger:

- 124 gange blev der nævnt eksempler på tiltag i institution, fx i skole og/eller børnehave.
- 84 gange blev der nævnt eksempler på medicinsk behandling.
- 39 gange blev der nævnt eksempler på terapi, psykoedukation og rådgivning for forældre og børn.
- 15 gange blev der nævnt eksempler på hjælpemidler uden præcisering af, hvor de blev anvendt.
- 12 gange blev der nævnt eksempler på ingen tiltag/manglende igangsættelse af tiltag.
- 10 gange blev der nævnt eksempler på tiltag i hjemmet.

23 gange blev der nævnt eksempler forbundet med diagnosticeringsprocessen herunder en række generelle eksempler omhandlende processen og nogle direkte negative oplevelser. Desuden blev der én gang knyttet en kommentar til emnet trivsel, i form af udtalelsen: *“Hun er allerede i trivsel”.*

Spg. 12 Er dit indtryk, at symptomerne på ADHD/ADD/Hyperkinetisk forstyrrelse påvirker dit barns trivsel forskelligt i hhv. skole og hjemmet? Uddyb gerne med eksempler

Ved dette spørgsmål er besvarelsene opdelt i hhv. “ja”, “nej” samt en række undertemaer for at eksemplificere besvarelsene (se bilag 15 og 16).

73 respondenter svarede “ja” til spørgsmålet om hvorvidt ADHD påvirker deres barns trivsel forskelligt i hhv. skole og hjemmet fx: *“Meget tydelig forskel”, “Ja*

udfordringerne er forskellige”, “Det er mit indtryk, at hun fungerer bedre i skolendagens struktur end herhjemme” og “højere trivsel herhjemme”.

14 svarede “nej” til spørgsmålet om hvorvidt ADHD påvirker deres barns trivsel forskelligt i hhv. skole og hjemmet fx: *“Nej. Det påvirker ikke forskelligt”, “Ikke den store forskel for vores datter.” og “Mit barns trivsel påvirkes altid af hendes ADD, og påvirkes mere af, om hun kan skærmes for indtryk og om hun har forstående voksne omkring sig, end hvor hun befinder sig.”*

I det nedenstående vil en række undertemaer blive belyst med udgangspunkt i en række eksempler fra respondenternes besvarelser.

Maskering

Der var **48** eksempler som vi har valgt at sætte i relation til undertemaet “maskering”. Herunder:

- **27** eksempler på adfærd der går under radaren eller pigerne der holder på sig selv fx: *“Jeg er ikke så sikker på at det er symptomerne der påvirker barnet forskelligt, men det faktum at hun er meget god til at maskere”, “har formået at “gemme” sig i skolen”, “hun holder sammen på sig selv når hun er ude”, “Fordi da hun gik i skole skulle hun bruge al sin energi på at holde sammen på sig selv og “lade som om”. Det har været en kæmpe belastning” og “Hun er god til at skjule sine udfordringer alle andre steder end i hjemmet. Derfor var der jo ingen der troede på os”.*
- **Fem** eksempler på hvor pigerne forsøger at tilpasse sig fx: *“Hun bruger meget energi på, at “passe ind” med kammeraterne” og “Hun er blevet god til at skærme sig selv for indtryk ved at benytte støjreducerende ørebøffer eller trække sig”.*
- **16** eksempler på at være på overarbejde fx: *“Hun overforbruger sig selv og hendes ressourcer meget mere i skolen end hjemme”, “Hun bliver ekstrem udtrættet/belastet i skolen” og “I skolen bruger hun alt sin energi på at være i klassen. Ingen energi til at deltage i timen”.*

Reaktioner i hjemmet

Der var **36** eksempler som vi har valgt at sætte i relation til undertemaet “Reaktioner i hjemmet”, fx: *“vi ser meget mere end de gør i skolen”, “hjemme kommer det hele ud” og “Herhjemme kommer det til udtryk - ofte ret voldsomt”.* Herunder:

- **Otte** eksempler på reaktioner som kunne være følge af skoledagen fx: *“hjemme oplever vi så reaktionen på, at være kontrolleret igennem skoledagen. Det er herhjemme hun reagerer”, “hvis hun er presset i skolen reagerer hun voldsomt hjemme, eller bliver fysisk syg” og “Derhjemme kan hun ikke skjule det og det kommer 3 x forstærket igen efter en dag i skole”.*
- **Syv** eksempler på frustrationer og følelsesmæssige reaktioner, fx: *“Reaktionerne er kommet hjemme for fuld udblæsning. Gigantisk belastning for søskende og søskenderelationen”, “hun var virkelig udadreagerende hjemme og det påvirker vores familiesamliv og relationer” og “Hjemme er hun det modsatte høre ikke efter, snakker grimt, kan ikke have legeaftale”.*
- **12** eksempler på udmattelse, både fysisk og psykisk fx: *“hjemme faldt hun sammen og var flad og energiforladt”, “er fuldstændig opbrugt når hun kommer hjem. Der skal ikke meget til at komme i konflikt, da hun er træt hele tiden” og “Hjemme var hun ofte træt, og fysisk dårlig. Hun brød ofte sammen og kunne ikke overskue lektier”.*

Udfordringer i skolen

Der var **33** eksempler som vi har valgt at sætte i relation til undertemaet: “udfordringer i skolen”. Herunder:

- **Tre** eksempler på udfordringer forbundet med manglende hensyn fx: *“i en skole kan man ikke altid tage den samme hensyn til hende” og “der kan ikke tages så mange hensyn i skolen”.*
- **13** eksempler på udfordringer forbundet med rammerne/strukturen i skolen fx: *“Påvirker mest i skolen hvor hun skal være “på” mange timer. Det kan være svært at trække sig tilbage og holde pauser”, “Mange forstyrrelser, manglende hjælp, dårlige rammer” og “I skolen påvirkes voldsomt af de mange elever der er i klasserne, de mange udfordrede børn der er, larmen, vikarer og krav hun ikke kan honorere i disse rammer. Hendes reaktioner herpå, gør at hun skiller sig mere og mere ud, så det har en negativ effekt på hendes sociale fællesskab med klassen”.*
- **Fem** eksempler på koncentrationsbesvær fx: *“Hun har svært ved at fokusere og koncentrere sig i skolen (HF) Og har svært ved at bede om den hjælp hun har krav på fx pauser.” og “Fx manglende koncentration i skolen Fx. Kognitive vanskeligheder, der betyder store udfordringer i alle fag”.*

- **Seks** eksempler på udfordringer med ikke at kunne følge med eller at der bliver stillet for høje krav til en fx: *“Hun har svært ved alt det faglige i skolen og svært ved at være med i alle fag og de sociale ting”* og *“I skolen kravsættes hun langt over grænserne”*.
- **Tre** eksempler på sociale vanskeligheder fx: *“Det er klart i skolen vores datter har størst udfordringer, hun er fagligt meget dygtig, men det sociale giver hende en del udfordringer”* og *“det påvirker hende især i sociale relationer, og når det er svært socialt, påvirker det hende i skolen fagligt”*.
- Samt **tre** yderligere pointer forbundet med udfordringer i skolen herunder: *“har udviklet en vrede mod skolen og desværre også os da vi “tvinger” hende i skole”, “For min datter var skolen ikke et trygt sted”* og *“I skolen blev hun før vi som forældre forklarede hendes adfærd ud fra adhd, misforstået som provokerende og kravafvisende”*.

Trivsel i skolen

En respondent gav udtryk for at hendes datter havde god trivsel i skolen: *“I skolen er der mere struktur, fordi der er skema og autoriteter i form af lærere, og det hjælper hende”*.

Udfordringer/tilpasninger i hjemmet

Der var **24** eksempler som vi har valgt at sætte i relation til undertemaet “udfordringer/tilpasninger i hjemmet”.

Seks eksempler på udfordringer i hjemmet fx: *“Hjemme kan hun næsten intet på eget initiativ”, “Kan intet foretage sig hjemme. Undskylder altid med træthed”* og *“Hjemme ser vi rigtig lang latenstid på at handle på opgaver. Ind imellem frustreres vi alle over det og det kan give konflikter, når vi presser på for at hun skal udføre pligter”*

18 eksempler på tilpasninger i hjemmet fx: *“Herhjemme lærer man hurtigt som forælder, at tilpasse hverdagen og strukturen til barnet - derved går mange ting meget lettere”* og *“i hjemmet kan vi bedre skærme hende og opfylde hendes behov for en god blanding aktivitet, ro og struktur”*.

- Herunder **seks** eksempler på færre krav fx: *“Hjemme skåner vi for de fleste krav”, “herhjemme er mere roligt. Vi stiller færre krav herhjemme”, “Jeg stiller krav til hende ud fra hendes dagsform”* og *“I hjemmet stilles ikke de*

samme krav, der stilles krav men ikke mere end de kan rummes. I hjemmet føler hun sig ikke presset til noget”.

- **Tre** eksempler på mere eller anden slags struktur fx: *“Strukturen er høj her hjemme, så hun trives pt bedre hjemme end i skole, selvom hun elsker sin skole”, “her hjemme kan vi bedre sætte rammer, så Her er hun ikke medicineret i hverken weekend eller ferier, med mindre hun selv vil”.*
- **Syv** eksempler på mulighed for tilpasning fx: *“Hjemme kan vi tilpasse således at mængden af stimuli reduceres markant”, “Hjemme har hun mulighed for at trække sig ind på værelset når det bliver for meget” og “Bedre i hjemmet da der kan tages individuelle hensyn”.*

Trivsel i hjemmet

16 eksempler på at respondenternes døtre der havde god trivsel i hjemmet. Herunder eksempler på hvordan de i hjemmet har bedre mulighed for at slappe af, være sig selv og føler sig trygge fx: *“Hjemme slapper hun af og kobler af ved at tegne, men her er der også plads til at hun kan være den, hun er”, “Hun er meget tryk derhjemme og tør være selv selv” og “hun fungerer bedre hjemme i små trygge rammer”.*

Opsamling

73 respondenter svarede “ja” og **14** respondenter svarede “nej” til spørgsmålet om hvorvidt ADHD påvirker deres barns trivsel forskelligt i hhv. skole og hjemmet. For at eksemplificere besvarelserne blev de inddelt i en række undertemaer. De hyppigste besvarelser fordeler sig som følger:

- **48** eksempler på “maskering”, herunder adfærd der går under radaren eller pigerne der holder på sig selv, pigerne forsøger at tilpasse samt at være på overarbejde.
- **36** eksempler på reaktioner i hjemmet, herunder reaktioner som følge af skoledagen, frustrationer og følelsesmæssige reaktioner, udmattelse, fysisk og psykisk.
- **33** eksempler udfordringer i skolen, herunder manglende hensyn, udfordringer med skolen rammer/struktur, koncentrationsbesvær, sociale vanskeligheder samt udfordringer med at kunne følge med; at bliver stillet for høje krav til en.
- **24** eksempler på udfordringer og tilpasninger i hjemmet. Herunder **6** eksempler på udfordringer og **18** eksempler på tilpasninger i hjemmet som fx færre krav, struktur og mulighed for tilpasning.

5.3 Præsentation af en strukturel beskrivelse

Ved det fjerde og sidste stadie af en deskriptiv fænomenologisk analyse, formuleres der, på baggrund af de af etablerede kategorier og begreber, en generel strukturbeskrivelse af det fænomen, som har været undersøgt. Målet er ifølge Jacobsen, Tanggaard og Brinkmann (2015) at *“finde det generelle i det konkrete via de fænomenologiske redskaber”* (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 228).

Gennem en deskriptiv fænomenologisk analyse af vores besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen af forældre til piger med ADHD ses det, at **62,41 %** af samplet er “diagnosticeret” med ADD. De hyppigst forekommende komorbide lidelser blandt vores respondentes døtre er angst (**40,91 %**) og autismspektrumforstyrrelse (**28,79 %**). Ydermere at **40,6 %** af respondenternes døtre blev diagnosticeret som 9-12-årige. **68,42 %** af respondenterne svarede, at det var forældrene, som havde en formodning om, at der kunne være tale om ADHD. Ud af de **30** respondenter (ud af 133), som angående formodningen valgte svarmuligheden “Andre”, var det mest hyppige svar heriblandt (**53,85 %**), at det var en psykolog eller psykiater, der havde en formodning om tilstedeværelsen af ADHD.

Lignende adfærd og symptomer gik igen blandt respondenternes døtre. **110** gange blev der nævnt eksempler på opmærksomhedsvanskeligheder/eksekutive vanskeligheder/impulsivitet, **70** gange blev der nævnt eksempler på kropslige og sansemæssige symptomer, **53** gange blev der nævnt eksempler følelsesmæssige reaktioner, **53** gange blev der nævnt eksempler på skolerelaterede udfordringer og **46** gange blev der nævnt eksempler på udadreagerende adfærd/hyperaktivitet. Det var altså på baggrund af denne adfærd og symptomer, at der opstod en formodning om ADHD.

Når respondenterne bliver spurgt om, hvad de gjorde med formodningen om, at deres datter kunne have ADHD nævnes der **58** eksempler på frustrationer og andre negative pointer, herunder oplevelser af modstand, afvisninger og mistillid fra systemet, samt direkte uenigheder mellem forældre og fagpersoner angående forældrenes bekymringer. Ydermere ses det, at forældrene oplever ikke at blive hørt og imødekommet af systemet, lang ventetid samt oplevelser af at blive peget fingre af som forældre. **Syv** respondenter beskrev positive oplevelser, hvor de oplevede at blive mødt af skolen.

51 respondenter havde positive oplevelser fundet med processen ift. udredning. **42** besvarelser var negative og **32** besvarelser gav et blandet billede af processen. Her var der bl.a. flere besvarelser, som afspejlede forskelle mellem det offentlige og det private.

Blandt andre pointer relateret til diagnosticeringsprocessen, som indgik som besvarelser til spørgsmål, der ikke specifikt omhandlede processen, kan nævnes følgende: langsommelighed, lang ventetid (især i det offentlige hvorfor flere valgte privat udredning i stedet), frustrationer forbundet med diagnosticeringsprocessen og uenighed om symptombilledet. Flere beskriver det som en kamp at komme igennem systemet, og at pigerne kan nå at udvikle alvorlig mistriksel, herunder fx suicidalitet, før de får hjælp, støtte og en diagnose. Desuden pegede flere på en oplevelse af, at de manglede oplysninger ift. det at have et barn med ADHD.

93 respondenter gav gennem deres besvarelser udtryk for, at deres døtre havde haft en dårlig trivsel før diagnosticeringen. Dette kom til udtryk på forskelligt vis, men de mest hyppige eksempler var: **32** eksempler på kropslige symptomer, **21** eksempler på sociale problemer og tilbagetrækning, **43** eksempler på følelsesmæssige reaktioner og vanskeligheder med følelsesregulering, samt **36** eksempler på skolerelaterede udfordringer. I forlængelse heraf svarede **80** respondenter, at deres døtre kom i bedre trivsel efter diagnosticeringen. **22** respondenter gav udtryk for, at deres døtres trivsel blev dårlig eller værre efter diagnosticeringen og **13** respondenter beskrev, at deres døtres trivsel enten var uændret eller svingende. De to undertemaer, hvor der blev set flest eksempler på en positiv udvikling var: **25** eksempler på en positiv udvikling relateret til skolegang samt **31** eksempler på en positiv udvikling relateret til medicinsk behandling.

Blandt andre trivselsrelevante pointer, som indgik som besvarelser til spørgsmål, der ikke specifikt omhandlede trivsel, kan nævnes følgende. Flere af besvarelserne peger på dårlig trivsel med tilstedeværelse af negative selvbilleder, skolevægring, selvskade og depressive symptomer samt forskellige opfattelser af pigernes trivsel på tværs af kontekster. Desuden at den lange ventetid havde betydning for deres døtres trivsel.

En del tiltag gik igen i forbindelse med besvarelse af spørgsmålet "Hvilke tiltag blev der igangsat efter diagnosticeringen? F.eks. behandling, støtte og/eller hjælpemidler?". De nævnte tiltag fordelte sig som følger: **84** gange blev der nævnt medicinsk

behandling, **12** gange blev der nævnt eksempler på ingen tiltag/manglende igangsættelse af tiltag, **39** gange blev der nævnt terapi, psykoedukation og rådgivning for forældre og/eller børn, **124** gange blev der nævnt eksempler på tiltag i institution, fx i skole og/eller børnehave, **10** gange blev der nævnt eksempler på tiltag i hjemmet samt **15** gange blev der nævnt eksempler på hjælpemidler uden præcisering af, hvor de blev anvendt.

Til spørgsmålet om, hvorvidt ADHD påvirker deres barns trivsel forskelligt i hhv. skole og hjemmet svarede **73** respondenter "ja" og **14** respondenter svarede "nej". Den adfærd, som hyppigst gik igen fordeler sig som følger: **48** eksempler på maskering, **36** eksempler på reaktioner i hjemmet, **33** eksempler udfordringer i skolen, samt **24** eksempler på udfordringer og tilpasninger i hjemmet. Herunder **seks** eksempler på udfordringer og **18** eksempler på tilpasninger i hjemmet.

6 Diskussion

Vi vil i de følgende afsnit indledningsvis diskutere dette speciales fund i relation til specialets på forhånd opstillede hypoteser. Derefter vil vi drage paralleller samt diskutere specialets fund sammenholdt med vores tidligere TPV projekt. I forlængelse heraf vil vi foretage en diskussion af vores reliabilitet og validitet, samt slutteligt diskussioner om hhv. diagnosticering og en samfundsmæssig diskussion.

6.1 Diskussion af fund

Vi vil i dette afsnit diskutere specialets fund i relation til de hypoteser, der blev stillet forud for undersøgelsen. Specialets hypoteser lød som følger:

1. At se relativt sene ADHD-diagnosticeringer af piger sammenlignet med den typiske diagnosticeringsalder for drenge.
2. Mange eksempler på "diagnosticeret ADD".
3. Beskrivelser af negative oplevelser samt vanskeligheder forbundet med diagnosticeringsprocessen i mødet med systemet.
4. At pigernes ADHD-symptomer kommer til udtryk forskelligt afhængigt af kontekst.

6.1.1 Relativt sene ADHD-diagnosticeringer

Specialets første hypoteser dækker over en antagelse om at piger, med udgangspunkt i tidligere redegjort faglitteratur, diagnosticeres senere med ADHD (kaldet Hyperkinetisk forstyrrelse i ICD-10) end drenge. For at undersøge dette forhold blev respondenterne bedt om at svare på, hvornår deres døtre blev diagnosticeret.

Ud fra generelle statistikker, som ikke tager højde for køn, diagnosticeres børn oftest i alderen 3-7 år (National Health Service, 2021), og som vi tidligere har påpeget, så er de fleste statistikker og forskningsresultater baseret på data fra drenge med ADHD (Iwankow, 2021, p. 22). Disse statistikker stemmer ikke overens med de data, vi fandt gennem vores spørgeskemaundersøgelse. Når vi ser på dataene fra vores spørgeskema, kan vi se, at respondenternes døtre hyppigst er diagnosticeret i alderen 9-12 år (54 respondenter / 40,6 % af samplet), hvilket altså er senere end den gennemsnitlige diagnosticeringsalder på tværs af køn. Hele 81,2 % af respondenternes døtre er diagnosticeret som 9-årige eller senere.

Hvad den specifikke alder for diagnosticering af drenge er, har vi ikke kunnet finde en konkret statistik, som svarer på. Dette stemmer overens med vores tidligere kritik af, at mange studier slet ikke tager højde for kønsforskelle.

6.1.1 Mange eksempler på “diagnosticeret ADD”

Specialets anden hypotese omhandler en forventning om, at mange af respondenterne ville svare, at deres døtre er diagnosticeret med ADD (og altså ikke Hyperkinetisk forstyrrelse, som det hedder i ICD-10, ej heller det hyppigt anvendte ADHD fra DSM-5). Som vi tidligere har redegjort for, kan dette ikke lade sig gøre hverken ud fra ICD-systemet eller DSM-systemet, men det er en udbredt misforståelse, at det kan.

I vores resultater så vi ud af 133 besvarelser, at 83 respondenter (altså 62,41 % af vores sample) har fået at vide, at deres datter har ADD. Til sammenligning har 48 respondenter (36 % af vores sample) fået at vide, at deres datter har ADHD, hvilket heller ikke er ladsiggørligt ud fra ICD-10, men ADHD er den gængse (og internationalt anvendte) betegnelse for lidelsen, hvorfor det heller ikke er overraskende, at mange forældre har fået at vide af læger og psykiatere, at det er denne diagnose, deres døtre har. Kun to respondenter (1,5 % af vores sample) giver udtryk for at have fået at vide, at deres døtre har diagnosen Hyperkinetisk Forstyrrelse, som er den egentligt anvendte og korrekte betegnelse ud fra ICD-10. Dette er dog heller ikke et overraskende resultat,

da denne betegnelse er mindre anvendt end ADHD og ADD i daglig tale såvel som i faglitteraturen. Dette forhold forventer vi vil ændre sig med implementeringen af ICD-11, da Hyperkinetisk Forstyrrelse her overgår til at hedde Attention Deficit Hyperactivity Disorder og denne uoverensstemmelse i diagnosens navn mellem ICD og DSM dermed forsvinder.

6.1.3 Beskrivelser af negative oplevelser samt vanskeligheder ift. diagnosticeringsprocessen

Den tredje hypotese omhandler, at vi forventede at se beskrivelser af negative oplevelser samt vanskeligheder forbundet med diagnosticeringsprocessen.

Gennem vores spørgeskemaundersøgelse fandt vi ikke en overvægt af negative oplevelser, men vi kan bekræfte tilstedeværelsen af negative oplevelser forbundet med diagnosticeringsprocessen. 51 respondenter havde positive oplevelser, 42 besvarelser var negative og 32 besvarelser gav et blandet billede af processen. Dog afspejlede besvarelserne også, at der var store forskelle mellem det offentlige og det private system, hvilket vi vil argumentere for er en faktor, man bør tage højde for, for at kunne give et retvisende billede af processen. Vi vil argumentere for, at fordelingen af besvarelser i hhv. positive, negative samt blandede opfattelser af diagnosticeringsprocessen potentielt kunne have anderledes ud, hvis man udelukkende så på udredning i det offentlige eller udelukkende i det private, frem for at inkludere begge muligheder.

Eksempler på negative oplevelser samt vanskeligheder ift. diagnosticeringsprocessen inkluderer bl.a., som beskrevet i analysen: *“langsommelighed, lang ventetid, især i det offentlige hvorfor flere valgte privat udredning i stedet, og uenighed om symptombilledet. Flere beskriver det som en kamp at komme igennem systemet, og at pigerne kan nå at udvikle alvorlig mistroivsel, herunder fx suicidalitet, før de får hjælp, støtte og en diagnose”* (afsnit 4.4).

6.1.4 Kontekstafhængige ADHD-symptomer

Den fjerde og sidste hypotese omhandler, at vi forventede at se at pigernes ADHD-symptomer ville komme til udtryk forskelligt afhængigt af kontekst.

I vores resultater så vi ud af 133 besvarelser 73 respondenter, der svarede “ja” og 14 respondenter svarede “nej” til spørgsmålet om hvorvidt ADHD-symptomerne påvirker

deres barns trivsel forskelligt i hhv. skole og hjemmet, hvilket stemmer overens med vores hypotese. Respondenterne kom med en række eksempler på, hvordan pigernes adfærd kom til udtryk på forskellig vis, eksempelvis: maskering, at holde på sig selv, adfærd der går under radaren, pigernes forsøg på at tilpasse sig samt at være på overarbejde. Derudover også eksempler på reaktioner i hjemmet, fx som følge af skoledagen, frustrationer og følelsesmæssige reaktioner og udmattelse både fysisk og psykisk. Der var også eksempler på udfordringer i skolen, bl.a. ift. skolens struktur og rammer, at der bliver stillet for høje krav, samt sociale vanskeligheder. Der var desuden både eksempler på udfordringer og tilpasninger i hjemmet, som fx færre krav, en anden struktur og mulighed for tilpasning.

6.2 I forhold til TPV

Vi vil i dette afsnit sammenholde specialets fund med fund fra vores tidligere udførte narrative litteraturreview, som havde fokus på trivsel og læring blandt piger med ADHD i skoleregi (se afsnit 2.3).

Opsummerende peger de otte studier fra litteraturreviewet i lignende retninger. Der peges bl.a. på, at piger med ADHD kan opleve vanskeligheder forbundet med deres skolegang; herunder ift. både faglighed og læring, følelsesregulering samt sociale relationer og mobning, hvilket alt sammen har relevans for god trivsel (se afsnit 1.2). Flere af disse fund er i tråd med besvarelserne fra dette speciales spørgeskemaundersøgelse, hvilket vil blive uddybet i det nedenstående.

Faglighed og læring

Temaet læring kom til udtryk forskelligt i reviewets publikationer. Dupaul et al. (2006) pegede på, at pigerne og drengene med ADHD i deres undersøgelse udviste den samme grad af sociale såvel som skolerelaterede problemer, sammenlignet med deres jævnbyrdige uden lidelsen. Zambo (2018) beskrev ligeledes i sit casestudie, at Angie allerede tidligt havde faglige udfordringer i skolen. Fugate og Gentry (2015), som specifikt undersøgte fagligt dygtige piger med ADHD, pegede på, at disse piger havde en tendens til at forbinde skolen med følelser af forvirring, skam og anspændthed, hvilket førte til nedsat motivation og lavere selvværd.

I tråd med dette pegede vores undersøgelse ligeledes, gennem 89 eksempler (spg. 6 og spg. 9), på skolerelaterede vanskeligheder samt mistrivsel forbundet hermed.

Respondenternes døtres vanskeligheder kom bl.a. til udtryk gennem fravær eller vægning fra skolen, udfordringer med at kunne fokusere og/eller følge med, modvilje ift. skolen samt vanskeligheder forbundet med skolestart.

Desuden svarer flere af respondenterne, i tråd med Fugate og Gentry (2015), at deres døtres skolerelaterede vanskeligheder, grundet ADHD-symptomerne, også indebar selvværd- og selvtillids-problematikker, herunder en følelse af at være dum og doven, på trods af at dette ikke var tilfældet. Foruden dette gav vores respondenter også mange eksempler på opmærksomhedsvanskeligheder, eksekutive vanskeligheder, udadreagerende adfærd, hyperaktivitet samt vanskeligheder med kravsætning og behov for struktur og forudsigelighed; dog ikke i direkte relation til deres skolegang. Dog vil vi argumentere for, at disse faktorer alle kan have indflydelse på pigernes trivsel i skolen og hermed også deres faglige læring.

Følelsesregulering

I studiet af Groskovic og Zentall (2010) pegede forfatterne ud fra deres spørgeskemaundersøgelse på, pigerne i undersøgelsen selv var bevidste om, at de havde tendens til at reagere med stærke følelser, være stædige, overreagerende samt at de ofte følte vrede, bekymring og skyldfølelse.

Blandt respondenternes besvarelser i dette speciale ses hyppige eksempler på følelsesudbrud og nedsmeltninger, foruden temperamentsudfordringer og udfordringer relateret til følelser, herunder tristhed (og depression), følsomhed, katastrofetanker, gråd, og vrede. Desuden tendens til at være udadreagerende. Flere respondenter peger direkte på udfordringer med følelsesregulering, følelsesmæssig ustabilitet, at blive overvældet af følelser samt oplevelsen af, at "*det hele væltede for hende*". Der ses også eksempler på følelsesmæssige udsving, herunder eksempler som humørsvingninger, at have svært ved at styre sine reaktioner og at være "*i sine følelsers vold*". Nogle respondenter pegede også på, at deres døtre var selvskadende, hvilket også er relevant for emnet følelsesregulering. Selvskade kan ifølge Møhl (2020) anvendes som en måde at følelsesregulere på, da det kan give en hurtig men kortvarig lettelse for indre anspændthed (tension) og smertefulde følelsers intensitet (Møhl, 2020, p. 13).

Sociale relationer og mobning

Som før nævnt pegede studierne af både Grskovic og Zentall (2010) og Derks et al. (2007) hhv. på at det kan være meget vanskeligt for piger med ADHD at danne og vedligeholde venskaber, når man sammenligner med piger uden ADHD, samt at piger med ADHD er mere socialt udfordrede end drenge med ADHD. Kok et. al. (2016) pegede desuden på, at piger med ADHD havde færre venskaber samt at de besad færre sociale kompetencer sammenlignet med piger uden ADHD.

Vores undersøgelse pegede ligeledes på, gennem 49 eksempler (spg. 6 og spg. 9), at respondenternes døtre har generelle sociale vanskeligheder, en tendens til at føle sig udenfor i klassen, vanskeligt ved at afkode sociale situationer, tendens til tilbagetrækning og generthed samt tilfælde af konflikter og nedsmeltninger ift. venskaber.

Temaet mobning gik igen i flere af de publikationer, der blev behandlet i det narrative litteraturreview. Herunder Kok et. al. (2016), som bl.a. fandt at piger med ADHD har en øget risiko for peer victimisation, samt udsættes hyppigere for mobning end piger uden ADHD, hvilket Zambo (2008) ligeledes beskrev i casestudiet om Angie. Vi oplevede ikke mobning som værende et gennemgående tema i vores besvarelser, da kun tre respondenter (ud af 133) gav udtryk for, at deres døtre blev mobbet eller ekskluderet fra fællesskabet. Respondenterne gav i højere grad udtryk for, at pigerne, som nævnt tidligere, selv valgte at trække sig fra fællesskabet, fx grundet sociale vanskeligheder (som udfordringer med at tolke sociale signaler) eller overstimulering. Dog havde vi ikke nogle spørgsmål som spurgte direkte ind til mobning, hvorfor vi ikke kan vide om dette er retvisende.

6.3 Diskussion af specialets metode

I det nedenstående afsnit vil specialets metode herunder validitet, reliabilitet, generaliserbarhed samt metodiske begrænsninger blive diskuteret.

Validitet dækker over, hvorvidt man har undersøgt det, man reelt ønskede at undersøge (Brinkmann, 2015, pp. 88). Vores undersøgelsesspørgsmål var, hvordan forældrebesvarelser kan bidrage til at belyse området for piger med ADHD og deres trivsel samt diagnosticeringsprocessen. Vi har fået 133 besvarelser fra forældre til piger med ADHD og har gennem formuleringen af vores spørgsmål søgt at forholde

os til trivsel og diagnosticeringsproces uden at stille ledende spørgsmål. Dermed vil vi argumentere for, at det er lykkedes os at være tro mod specialets fokus.

Ifølge Den Danske Ordbog siger reliabilitet noget om, hvorvidt en *“testmetode (...) er nøjagtig og korrekt udført således at gentagne målinger vil føre til samme resultat”* (Den Danske Ordbog, reliabilitet). Da vi har været gennemsigtige ift. vores målgruppe samt udarbejdelsen af selve spørgeskemaet er det muligt at replikere vores spørgeskemaundersøgelse, hvilket styrker dette speciales reliabilitet. Dog vil det, trods de samme forudsætninger for respondenterne, ikke nødvendigvis give de samme resultater. Spørgeskemaet har fokus på respondenternes individuelle oplevelser med at være forældre til en pige med ADHD, hvorfor en gentagelse af undersøgelsen ikke vil føre til det samme specifikke resultat eller de samme formuleringer. Det er meget muligt, at lignende temaer vil gå igen i en gentagelse af undersøgelsen, men kvalitative beskrivelser af oplevelser vedbliver at være subjektive.

Desuden er de temaer, vi har identificeret, en subjektiv vurdering fra vores side. Hvis en gentagelse af vores undersøgelse skal føre til sammenlignelige resultater, er det nødvendigt at forholde sig til de samme temaer, som vi har anvendt. Dette stemmer imidlertid ikke overens med metoden Deskriptiv Fænomenologisk Analyse, eftersom temaerne skal identificeres ud fra de data, man analyserer. Hvis potentielle fremtidige data, med udgangspunkt i vores spørgeskemas formuleringer, fører til besvarelser, som er anderledes fra dem, vi har modtaget fra vores respondenter, vil der uundgåeligt identificeres andre temaer end dem, vi har anvendt i dette speciale.

Vi har et relativt stort sample på 133 forældre til piger med ADHD, som alle har besvaret de 12 stillede spørgsmål, hvoraf syv af spørgsmålene kalder på frie, kvalitative besvarelser. Dermed har vi modtaget talrige fyldestgørende besvarelser på vores spørgsmål, hvorfra vi har identificeret meningsenheder i form af temaer, som gik igen i flere af besvarelserne. Vi vil med udgangspunkt i dette argumentere for, at det er muligt til en vis grad at generalisere ud fra disse resultater til den mere generelle population. Særligt fordi vores fund stemmer overens med flere af de pointer, vi har identificeret i vores tidligere udførte narrative litteraturreview. Ydermere bekræfter resultaterne af denne spørgeskemaundersøgelse de hypoteser, vi med udgangspunkt i tilgængelig faglitteratur havde opstillet inden udførelsen af dette studie.

En kritik, som kan rettes mod vores videnskabsteoretiske standpunkt i fænomenologien er, at vi med formuleringen af vores spørgsmål søger at undersøge forældrenes subjektive oplevelser. Vi kan ikke med sikkerhed sige noget om, hvordan forældrenes møde med systemet *egentlig* er gået til, eftersom vi kun har adgang til “den ene side af sagen”. Det er muligt, at der kan være opstået misforståelser eller fejlfortolkninger og at respondenterne derfor kan være påvirkede heraf i deres besvarelser. Dette er imidlertid ikke en egentlig begrænsning for vores studie, eftersom det hele tiden har været vores hensigt at få et indblik i, hvordan forældre til piger med ADHD *oplever* diagnosticeringsprocessen og deres døtres trivsel. Dog er det en begrænsning for dette speciales generaliserbarhed i forhold til de systemer, vi henviser til; vi kan ikke sige noget endegyldigt om, hvordan mødet med systemet egentlig foregår i praksis, men kun hvordan det *oplevedes* af de forældre, som har deltaget i vores undersøgelse. Ej heller kan vi konstatere noget endegyldigt om pigernes trivsel; det er muligt, at besvarelser fra pigerne selv ikke ville stemme overens med deres forældres karakterisering af pigernes trivsel - vi kan kun sige noget om forældrenes *iagttagelser og forståelser* af deres døtres trivsel.

I forlængelse af ovenstående er det vigtigt at påpege, at der også findes en række begrænsninger ved at anvende et spørgeskema. Ved anvendelse af spørgeskemaundersøgelser er det ikke muligt at stille opfølgende samt uddybende spørgsmål, som ved et interview. Havde vi haft mulighed for dette, kunne vi muligvis have undgået tvivl ift. nogle af respondenternes besvarelser grundet meningsændrende stavfejl eller formuleringer, der for os virkede forvirrende, tvetydige eller som om respondenterne har misforstået spørgsmålet. Gennem afklarende spørgsmål kunne vi have sikret, at vi som dataindsamlere og databehandlere havde dannet os den korrekte forståelse af deres besvarelse, så denne ikke går tabt.

6.4 Diskussion af diagnosticering og ICD-11

Som nævnt tidligere i denne opgave, befinder vi os på nuværende tidspunkt i en overgangsperiode mellem diagnoseklassifikationssystemerne ICD-10 og ICD-11. En overgang der, som nævnt tidligere, kan forventes at tage flere år endnu, hvorfor vi anser det som værende vigtigt at have øje for dette i den diagnostiske proces, eftersom man i et stykke tid endnu må forholde sig til både ICD-10 og ICD-11 i praksis. Nok er

ICD-11 færdiggjort og officielt implementeret, men eftersom den endnu ikke er oversat til dansk finder den endnu ikke sin praktiske anvendelse i Danmark.

Overgangen fra ICD-10 til ICD-11 medfører flere ændringer både generelt og når det kommer til ADHD. For det første ændres diagnosebetegnelsen fra at hedde Hyperkinetisk Forstyrrelse til at hedde Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), som også er den betegnelse, der anvendes i DSM-V. Dette vil vi argumentere for kan bidrage til at mindske potentielle forvirringer, som uoverensstemmelsen mellem den egentlige betegnelse og den praktisk anvendte betegnelse kan have medført (og har medført for os i forbindelse med vores indledende arbejde med udarbejdelsen af vores narrative litteraturreview). Desuden vil vi argumentere for, at betegnelsen Hyperkinetisk Forstyrrelse er forældet, eftersom ordet "kinese" henviser til *"ikke-retningsbestemt bevægelse, som er fremkaldt af ydre påvirkninger"* (Hårbøl, Schack & Spang-Hanssen, 1999, if Den Store Danske) og dermed at navnet kun henviser til udfordringer relateret til fysisk hyperaktivitet fremkaldt af ydre påvirkninger og udelader tilstedeværelsen af indre påvirkninger, samt slet ikke inkluderer tilstedeværelsen af opmærksomhedsforstyrrelse. Dette indgår naturligvis i de diagnostiske kriterier, men vores argument er, at selve betegnelsen Hyperkinetisk Forstyrrelse var langt mindre retvisende end betegnelsen Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Derudover vil diagnosen også fremover blive klassificeret som værende en "Neurodevelopmental Disorder" frem for en "Disruptive Behaviour Disorder" (jf. ICD-10). Vil vil argumentere for, at dette kan være med til at ændre synet på ADHD-diagnosen samt lidelsens forskelligartede symptombillede, da diagnosen ikke længere ses som et udtryk for forstyrrende adfærd men som en lidelse relateret til den neurologiske udvikling. Dog kan vi frygte, at man ved at ændre dette baner vej for et mere individorienteret syn samt fokus på iboende faktorer, fremfor potentielle forstyrrende elementer i barnets kontekst, opvækst og omgivende miljø, hvorfor man potentielt også vil kunne se en stigning i medicinering førend eller sågar fremfor pædagogiske tiltag i barnets omgivende miljø. Dermed ser vi både potentielle fordele for børn, som tidligere kunne have risikeret at gå under radaren grundet et ikke-stereotypt symptombillede, men også potentielle ulemper forbundet med et større fokus på iboende faktorer og potentielt deraf følgende placering af ansvar hos individet.

Ved at overgå til ICD-11 hæves aldersgrænsen for, hvornår symptomerne på diagnosen skal have været til stedet fra syv år til 12 år, hvilket er ligesom i DSM-V. Derudover tages der højde for, at nogle individer præsterer at maskere og/eller kompensere for sine symptomer og begrænsninger frem til ungdoms- eller voksenalderen. Dette ser vi som en stor fordel for at kunne diagnosticere mennesker, der før har gået under radaren og ikke er blevet opdaget. Herunder især piger, da det både gennem vores TPV-litteraturreview og dette speciale tydeligt fremgår, at piger ofte i høj grad formår at holde på sig selv og maskere symptomer på ADHD udenfor hjemmet.

Derudover ses der i ICD-11 lidt anderledes på ADHD-symptomernes udtryksform og det er ikke længere et krav, at symptomerne skal udvises på tværs af flere arenaer, da der i stedet gives plads til, at symptomerne kan skifte udtryksform fra kontekst til kontekst, fx afhængigt af kontekstens krav og struktur. Dette ser vi som en positiv ændring, da vi vil argumentere for, ud fra forskning gennemgået i TPV-litteraturreviewet samt i dette speciale, at piger ofte ikke udviser de samme symptomer i skolen som i hjemmet grundet effektiv maskering af deres symptomer.

I forlængelse heraf bør det understreges, at ADHD kan komme til udtryk meget forskelligt fra person til person, på tværs af køn, alder m.m. Dette understøttes også af eksemplerne givet af respondenterne i dette speciales spørgeskemaundersøgelse, hvor forældrene gennem deres besvarelser demonstrerer, at ADHD kan komme til udtryk på forskellig vis også blandt piger. Vi anser det derfor som værende af høj prioritet at skabe et øget fokus på symptombilledets forskelligartede udtryksform og ændre den gængse forestilling om, at børn med ADHD *“klatrer på væggene og hænger i gardinerne”*. Som det fremgår af vores data, kan ADHD også komme til udtryk gennem uopmærksomhed, gemme sig bag maskering samt ændre karakter, når konteksten skifter. Dette kan eksempelvis gøres ved at rette opmærksomheden mod landets skolelærere og pædagoger, som er i daglig kontakt med de pågældende børn, fremfor udelukkende at fokusere på intervention på individ- og familieniveau. Med fokus på forebyggelse gennem rådgivning og uddannelse, fx psykoedukation rettet mod lærere og pædagoger, vil disse styrkes i deres evner til at opdage og henvise børn med udfordringer, som kunne tyde på ADHD, selv hvis symptomerne umiddelbart ikke er lige så iøjnefaldende som ekstern hyperaktivitet er det.

Derudover ser vi også et styrket skole-hjem samarbejde som en oplagt mulighed for at hjælpe disse piger. Ved som lærer at være nysgerrig på og åben overfor hvordan

adfærd og trivsel blandt piger med ADHD kan se anderledes ud i andre kontekster end i skolen, vil man kunne bidrage til at opnå en forståelse af, at ADHD kan variere på tværs af kontekster; en forståelse, som forhåbentlig kan være med til at forebygge, at de ADHD-symptomer, som piger udviser, fejlfortolkes og/eller overses. Dette understøttes af vores data, som afspejler at flere forældre ikke føler sig mødt af skolen og/eller pigernes lærere, da de ikke kan genkende de symptomer, som forældrene beskriver for dem. Ved at udbrede mere viden blandt lærere om, hvordan ADHD kan komme til udtryk på forskellig vis, og ikke nødvendigvis behøver at indebære tydelig fysisk hyperaktivitet, samt hvordan mange børn - måske særligt piger - formår at skjule deres symptomer i skoletiden, vil man kunne "klæde" lærere bedre på til at være i stand til at identificere tilfælde som disse.

Som Christina Mohr Jensen udtrykker det: *"hvis man kan se bag om de strategier, de bruger til at skjule deres problemer og forstå, hvad de dækker over, har pigerne overvejende de samme problematikker som drengene, og dem fortjener de at få hjælp til. Og rent neurobiologisk er ADHD det samme for begge køn - det kan bare, ligesom en depression fx kan, manifestere sig forskelligt"* (Iwankow, 2021, p. 24).

6.5 Samfundsmæssig diskussion

I dette afsnit vil vi foretage en mere samfundsorienteret diskussion med fokus på, om der er plads til forskellighed i et skolesystem, som stiller stadigt større krav til børns selvstændige kunnen.

I dagens skoleregi er der krav om, at de enkelte skoler formår at inkludere børn med vanskeligheder, herunder også diagnoser såsom ADHD. Som nævnt tidligere, peger undersøgelser på at 2-4 % af skolebørn er diagnosticeret med ADHD, hvilket svarer til ca. ét barn i hver skoleklasse (Damm & Thomsen, 2012, p. 13). Der er potentielt flere børn i disse skoleklasser, som egentlig kvalificerer sig til en ADHD-diagnose, men som formår at skjule symptomerne i skoletiden, og dermed er der mørketal forbundet med statistikker som disse. Altså må der forventes i alle klasser at være børn, som har svært ved at følge med og holde koncentrationen uden guidning fra voksne. Men kan de få den hjælp, de har brug for i dagens folkeskolars klasserum?

Nielsen og Tanggaard (2018) peger på, at uddannelsesområdet har større forventninger til børns adfærd og kunnen end hvad, der har været tilfældet førhen, herunder bl.a.

boglige færdigheder (Nielsen & Tanggaard, 2018, p. 230). Skolen i dag stiller ikke blot krav til indlæring af faktuel viden, men stiller også krav til, at børn og unge skal formå at overskue, redegøre for samt analysere forskelligt materiale, hvilket kan være meget udfordrende, hvis man har ADHD (Kendall, 2012, p. 16). Dette afspejler flere af besvarelserne fra vores respondenter også. De oplever, at deres døtre har store vanskeligheder forbundet med den kravsætning, der forekommer i skolen: *“I skolen kravsættes hun langt over grænserne”* (spg. 12), og kan eksempelvis reagere med *“Voldsomme nedsmeltninger ved krav”* (spg. 6).

Undervisningen er desuden i dag blevet mere individualiseret end hvad den har været førhen, og der stilles større krav til elevernes selvforvaltning. Impulsive børn med koncentrationsmæssige vanskeligheder skiller sig mere ud ved denne form for undervisning og kan fremstå problematiske eller forstyrrende (Nielsen og Tanggaard, 2018, p. 230). Foruden dette kan elever også blive udsat for hyppige skift som følge af klassesammenlægninger og/eller lærerskift. I forlængelse heraf kan mere selvstændigt arbejde, herunder også gruppearbejde, også medføre, at læreren ofte får en mere perifer og mindre synlig lærerrolle, hvilket for nogle børn med ADHD kan være en stor ulempe, og kan være medvirkende til at skabe uro, koncentrationsbesvær, passivitet eller unødvendig larm hos barnet (Nielsen, 2019, p. 76). Som Thomsen (2013) formulerer det:

“Vi forventer af børn, at de skal kunne indgå i gruppearbejde, deltage aktivt i meningsudvekslinger og dialog samt indgå i sammenhænge med mange andre børn med en mindre tydelig struktur og styring end tidligere. Det kan i sig selv være godt og udviklende for mange børn, men vil samtidig udfordre de børn, som har vanskeligt ved at navigere socialt og ved at rette deres fokus det rette sted hen” (Thomsen, 2013, p. 13).

Kendall (2012) argumenterer desuden for, at mange børn og unge, som har ADHD, i skolen præsterer under det niveau, de egentlig har fagligheden til at kunne. Dette skyldes ofte problemer med igangsætning samt vedholdende koncentration, snarere end det egentlig skyldes opgavernes sværhedsgrad (Kendall, 2012, p. 15). Børnene med ADHD har altså svært ved selvstændigt at gå i gang med opgaver samt at holde koncentrationen om dem uden at få hjælp til det. Dette understøttes af, at flere af vores

respondenter giver udtryk for, at deres døtre har faglige udfordringer (spg. 6 og spg. 12).

Ifølge en evalueringsrapport fra Aarhus Kommune ses det desuden, at flere og flere børn og unge er i mistrivsel, har skolevægring samt en stigning i diagnosticering. Samtidig med at et stigende antal børn visiteres til specialpædagogiske tilbud, er der fra politisk side fortsat et stort fokus på at inkludere børn med særlige behov i den almene folkeskole så vidt som muligt. Men hvordan kan det lade sig gøre? Er det muligt at skabe en skoleklasse for alle?

I Aarhus Kommune har man forsøgt at lave en skoleklasse for alle gennem et skoleinklusionsprogram ved navn NEST, som oprindeligt stammer fra New York, hvor børn fra almenområdet indgår i det samme klassefællesskab som en håndfuld børn med vanskeligheder. Oprindeligt var det tiltænkt børn med autismespektrumforstyrrelser, men efter gode erfaringer har man på Beder Skole valgt at oprette NEST-klasser, som inkluderer børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. Kort beskrevet er pædagogikken i NEST-klasserne baseret på struktur, forudsigelighed, genkendelighed samt visuel støtte (fx i form af piktogrammer), hvilket alt sammen er gavnligt og hjælpsomt for børn med opmærksomhedsvanskeligheder (Aarhus Kommune, 2019, p. 13). Vi vil argumentere for, at det kunne være fordelagtigt at implementere denne eller en lignende form for pædagogik bredt i skolesystemet, eftersom evalueringsrapporten afspejler gode resultater for alle børnene i disse klasser. Dog ville det kræve større strukturelle ændringer både ift. økonomi, visitation m.m. samt kræve efteruddannelse af landets folkeskolelærere, så de får kendskab til og viden om den pædagogik der anvendes i NEST-klasserne (Aarhus Kommune, 2019, p. 16).

Som nævnt tidligere, ser vi det som værende af stor vigtighed at prioritere udbredelsen af viden om børn med ADHD. Herunder især piger, da deres adfærd kan adskille sig markant fra det typiske billede på diagnosen både i skole og hjem. Denne viden skal være med til at bane vej for en bedre forståelse for det at have ADHD, som giver mulighed for bedre hensyntagen. Det er nemlig væsentligt, hvis inklusionen af disse børn i almenklasser skal fungere, at de tages hensyn til, fx ved at anvende pædagogiske værktøjer i undervisningen, som også passer til disse børns læringsbehov.

Ved at klæde lærere bedre på til at håndtere og støtte børn med eksempelvis ADHD, håber vi, at de herved kan blive bedre kan spotte og understøtte de piger, som tidligere er gået under radaren. Hvis undervisning, som fokuserer på tydelig rammesætning og struktur er gavnligt for alle børn, og hypotetisk blev anvendt i undervisningen af alle børn, ville den dermed også gavne de piger med ADHD, som ellers ville være gået under radaren og ikke ville have fået tildelt hjælp. Herved “udstilles” børnene heller ikke som nogen, der har behov for ekstra hjælp, hvilket vi kan se ud fra vores besvarelser, har betydning for nogle af vores respondenteres døtres selvværd, selvtillid samt generelle trivsel i skolen.

7 Videre forskning

ADHD blandt piger og kvinder, samt potentiel manglende faglig bevågenhed og under- og fejl-diagnosticering i forbindelse hermed, er et område, hvor der findes et behov for videre forskning. Dette ikke blot for at fastsætte hvorvidt og i hvilket omfang disse fænomener finder sted, men også for at belyse hvilke konsekvenser disse kan have for disse piger og kvinder samt deres omgangskreds på kort såvel som lang sigt.

Det ville også være meget relevant at undersøge i fremtiden, om implementeringen af ICD-11 i praksis vil have ført ændringer med sig indenfor området med henblik på diagnosticeringsprocessen; herunder om ændrede diagnostiske krav har ført til diagnosticering af flere piger med ADHD. I forlængelse heraf vil det også være fordelagtigt at udføre løbende litteraturreviews for at undersøge, om der kommer en større bevågenhed indenfor den psykologiske, medicinske og sociologiske forskning angående piger og kvinder med ADHD, både kvantitativt og kvalitativt, generelt såvel som i forbindelse med implementeringen af ICD-11.

Desuden har vi med dette speciale peget på, at både trivsel og diagnosticeringsprocessen i forbindelse med ADHD blandt piger og kvinder er et emne, som forældre til disse piger har meget på hjerte om. Man kunne med fordel udføre flere kvalitative studier med fokus på pigernes forældre, gerne i form af mere dybdegående studier som individuelle og/eller fokusgruppeinterviews, så man kan opnå en mere indgående forståelse, end vi med dette speciale har kunnet bidrage med. Det samme ville være fordelagtigt med fokus på pigerne selv og/eller de lærere og pædagoger, de har været i kontakt med. Desuden faggrupper som psykologer,

sundhedsplejersker, indsatspædagoger/støttepædagoger, socialrådgivere, psykiatere og andre fagligheder, som i kommunale afdelinger som PPR og i psykiatrien kommer i kontakt med piger og kvinder med ADHD og deres familier.

Studier med fokus på piger med ADHD kunne undersøge, hvorvidt vi med de eksisterende tiltag og procedurer blot symptombehandler eller om de faktisk har en positiv effekt på deres trivsel. Ydermere om pigernes oplevede trivsel faktisk stemmer overens med hvordan deres forældre oplever deres døtres trivsel. Dette kunne eventuelt undersøges ved at foretage en undersøgelse som den, vi har foretaget i dette speciale, men henvendt til piger med ADHD frem for forældre til piger med ADHD. Det ville være meget interessant at undersøge, om der er overensstemmelse mellem pigernes og forældrenes besvarelser.

Studier med fokus på lærere, men med et kvalitativt fokus på, hvordan de oplever problematikker indenfor området piger med ADHD, frem for mere kvantitative fokus, som hvor effektivt lærere formår at identificere symptomer på ADHD blandt piger kontra drenge, kunne med fordel udføres. Eksempelvis kunne man undersøge hvorvidt lærere føler sig ordentligt "klædt på" til at opdage og/eller håndtere piger med ADHD eller ej.

Slutteligt vil vi pege på vigtigheden af ikke at glemme drenge med ADHD; yderligere forskning om ADHD i al almindelighed på tværs af køn er fortsat relevant, fx i forhold til lidelsens forskellige udtryksformer, trivsel og vejen mod en diagnose og behandling. Videre forskning i diagnosticeringsprocessen i al almindelighed ville også være meget brugbart; eksempelvis fra "systemets" vinkel. Dette kunne udføres med fokus på psykologer, psykiatere, læger og/eller kommunalt ansatte med henblik på belysning af de underliggende årsager til lange ventetider på udredning og behandling, hvordan mødet med forældrene opleves fra fagpersonalets synsvinkel, samt i hvilket omfang de oplever, at de er i stand til at yde den service, der er behov for blandt personer med ADHD.

8 Konklusion

Med udgangspunkt i dette speciale kan vi konkludere, at forældrebesvarelser i høj grad kan bidrage fyldestgørende til at belyse forældres oplevelser forbundet med diagnosticeringsprocessen ift. ADHD hos deres døtre, samt hvilken betydning de

oplever, at lidelsen har for deres døtres trivsel. Vi har med 133 gennemførte besvarelser af spørgeskemaets 12 spørgsmål, herunder syv med frie kvalitative besvarelser, opnået et bredt indblik i specialets fokusområde.

Vi har i dette speciale defineret trivsel som værende: *fysisk og psykisk velbefindende, oplevelsen af at besidde personlige og faglige kompetencer samt opleve støtte og inspiration fra sine omgivelser*. Med udgangspunkt i respondenternes besvarelser kan vi med afsæt i denne definition af trivsel konkludere, at ADHD-symptomer kan have stor indflydelse på pigers trivsel i skolen såvel som i hjemmet, samt at de kan komme til udtryk på forskellig vis.

I forhold til kravet om tilstedeværelsen af fysisk velbefindende for at være i trivsel, kan vi ud fra respondenternes besvarelser pege på flere tilfælde af mistrivsel. Herunder kan der fx nævnes eksempler på kropslige symptomer såsom mavesmerter og hovedpine, samt sansemæssige vanskeligheder som forskellige former for sansemæssig overstimulering. Foruden angst, stress og tics, afspejler flere besvarelser også søvnvanskeligheder, herunder svært ved indsovning, dårlig søvn og udtrætning og udmattelse.

I forhold til psykisk velbefindende giver vores respondenter eksempler på tristhed, depression, suicidalitet, nedsmeltninger, konflikter, udbrud samt selvskade og vanskeligheder med følelsesregulering hos deres døtre. Skolevægring, som må siges at være et udtryk for dårligt psykisk velbefindende, går også igen blandt besvarelserne. Derudover også sociale udfordringer såsom at føle sig udenfor, vanskeligheder med afkodning i sociale situationer, social tilbagetrækning samt svært ved at danne og bevare venskaber.

Tilstedeværelsen af en følelse af at besidde personlige kompetencer er også vigtig for trivsel, og blandt respondenternes besvarelser kommer manglen heraf til udtryk på forskellig vis. Blandt vores respondentes døtre ses der bl.a. eksempler på at føle sig dum samt vanskeligheder forbundet med dårligt selvværd og selvtillid.

I forhold til faglige kompetencer kan der nævnes eksempler på flere af respondenternes døtre, der er fagligt bagud, har behov for ekstra hjælp, samt har svært ved at følge med i undervisningen, selv hvis interessen for emnet er der. Desuden ses der også eksempler på vanskeligheder med planlægning, igangsættelse og færdiggørelse af opgaver, foruden ikke at være i stand til at modtage fællesbeskeder, som alt sammen er

påkrævet i skolearbejdet. Desuden ses generelt en tendens til koncentrationsbesvær og udfordringer med at holde fokus, samt tendens til let af blive afledt eller at dagdrømme, hvilket ikke er fordrende for en følelse af tilstedeværelsen af faglige kompetencer.

Med udgangspunkt i respondenternes besvarelse ses det, at støtte og inspiration fra omgivelserne (fx skolen) ofte var mangelfuld, og ofte først kom som følge af diagnosticeringen med ADHD. Herefter blev der for flere af respondenternes døtres vedkommende igangsat støtteforanstaltninger og hjælpemidler, hvilket havde en positiv effekt på pigernes trivsel. Der ses også flere eksempler på tilpasning i hjemmet, såsom færre krav, en anden struktur, forudsigelighed og mulighed for at trække sig, hvilket kan være fordrende for god trivsel i hjemmet.

Overordnet set kan vi konkludere, at flere af respondenternes besvarelser afspejler en forbedring af deres døtres trivsel efter diagnosticeringen med ADHD. Nogle beskriver en lettelse ved at blive hørt og for deres døtre at få en forklaring på og forståelse af nogle af deres vanskeligheder. Derudover har medicinsk behandling, terapi samt tiltag i skolen haft stor betydning for mange af respondenterne og deres døtre.

Når det kommer til respondenternes oplevelser forbundet med diagnosticeringsprocessen, kan vi ud fra deres besvarelser konkludere, at processen blev beskrevet på både positive og negative måder, såvel som eksempler på blandede oplevelser. Blandt positive oplevelser blev der peget på oplevelsen af en professionel og hurtig process, hvor man som forælder blev taget alvorligt og hørt, for nogle for første gang. For andre respondenter havde processen været mere negativt præget og indebar for flere lang ventetid (især i det offentlige, hvorfor flere valgte privat udredning i stedet), uenigheder om symptombilledet hos respondenternes døtre samt manglede information om det at være forælder til et barn med ADHD. Flere respondenter beskrev, hvad de oplevede som en kamp for at komme igennem systemet, og at den lange ventetid i flere tilfælde havde negativ indvirkning på respondenternes døtres trivsel, da deres i forvejen dårlige trivsel nåede at udvikle sig til en mere alvorlig grad.

Forud for dette speciales undersøgelse opstillede vi fire hypoteser, og med udgangspunkt i vores respondenters besvarelser, har vi fundet belæg for dem alle. I det nedenstående vil vi konkludere, hvad vi ud fra vores undersøgelse kan bidrage med som svar på vores hypoteser.

Vores første hypotese var: *“At se relativt sene ADHD-diagnosticeringer af piger sammenlignet med den typiske diagnosticeringsalder for drenge”*. Ud fra vores data kan det konkluderes, at pigerne i dette speciales undersøgelse i høj grad diagnosticeredes senere end de tidligere præsenterede statistikker, eftersom 81,2 % af respondenternes døtre blev diagnosticeret med ADHD som 9-årige eller senere.

Vores anden hypotese var: *“Mange eksempler på “diagnosticeret ADD”*. Ud fra vores data kan det konkluderes, at 62,41 % af vores sample angav, at deres døtre havde fået diagnosen ADD. Kun 1,5 % af vores sample angav, at deres døtre var diagnosticeret med den korrekte diagnostiske betegnelse i ICD-10, Hyperkinetisk Forstyrrelse.

Vores tredje hypotese var: *“Beskrivelser af negative oplevelser samt vanskeligheder forbundet med diagnosticeringsprocessen i mødet med systemet”*. Vi fandt ikke en overvægt af negative oplevelser blandt respondenternes besvarelser, men vi kan konkludere, at der indgik talrige beskrivelser af negative oplevelser og vanskeligheder forbundet med diagnosticeringsprocessen.

Vores fjerde og sidste hypotese var: *“At pigernes ADHD-symptomer kommer til udtryk forskelligt afhængigt af kontekst”*. Ud fra vores data kan det konkluderes, at respondenterne i høj grad oplever, at deres døtres ADHD-symptomer kommer til udtryk forskelligt alt efter om de er hjemme eller i fx skolen, hvilket understøttes af en lang række eksempler.

Vi har med dette speciale bidraget med yderligere viden for området relateret til ADHD blandt piger, som understøtter tidligere forskning og anden faglitteratur på området. Det er dog, som vi tidligere har argumenteret for, fortsat et forskningsområde, som er præget af manglende forskning fokuserende specifikt på piger og kvinder med ADHD eller kønsforskelle i det hele taget, hvorfor vi i dette speciales afsnit 7 har bidraget med vores bud på mulig videre forskning; Forskning som forhåbentlig vil kunne bidrage til, at vi som samfund i fremtiden får bedre forudsætninger for at opdage og hjælpe piger med ADHD.

9 Referenceliste

- Aarhus Kommune, PPR (2019) *Evaluering af Nest i Aarhus 2015-2019* Tilgået via:
<https://www.aarhus.dk/media/30498/evaluering-af-nest-i-aarhus-2015-2019.pdf>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Arlington: American Psychiatric Publishing, pp. 59-61
- Andersen, H. & Koch, L. (2015). *Hermeneutik og fænomenologi*. In: Jacobsen, M. H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (2015). *Videnskabsteori - I statskundskab, sociologi og forvaltning*. 3. udgave, 2. oplag. Hans Reitzels Forlag.
- Augustinus, M. (2019) *A Den stille ADHD: fortællinger om børn og unge med ADD* (1. ed.). Dansk psykologisk forlag (heri kapitel 1, 18-26)
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623–630.
<https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
- Bohr, J. (2013). *Problemløsende inklusion - Viden og værktøjer til inklusion af børn og unge med ADHD og andre kognitive forstyrrelser*. (1. ed) Aarhus: ViaSysteme.
- Braun, V., Clarke, V., Boulton, E., Davey, L., & McEvoy, C. (2021). The online survey as a qualitative research tool. *International Journal of Social Research Methodology*, 24(6), 641-654. doi:10.1080/13645579.2020.1805550
- Brinkmann, S (2015) *Forståelse og fortolkning* In: Jacobsen, M. H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (2015). *Videnskabsteori - I statskundskab, sociologi og forvaltning*. 3. udgave, 2. oplag. (pp. 69-98) Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver*:

- En introduktion*. In S. Brinkmann & L. Tanggard (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (2., pp. 13–24). København: Hans Reitzels Forlag.
- Christiansen. *ICD-11, Kapitel 6: Psykiske-, adfærdsmæssige lidelser og neuroudviklingsforstyrrelser. Videnskabeligt grundlag samt retningslinjer* tilgået via <https://www.dp.dk/wp-content/uploads/icd-11-kap-1.pdf>
- Damm D. & Thomsen, P. H. (2012) *Børneliv i kaos: om børn og unge med ADHD* (2. ed). København: Hans Reitzels Forlag
- Den Danske Ordbog (2018) *peerreview* tilgået via https://ordnet.dk/ddo/ordbog?entry_id=49001467&query=peerreview
- Den Danske Ordbog (2018) *reliabilitet* tilgået via <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=reliabilitet&tab=for>
- Derks, E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2007). Why more boys than girls with ADHD receive treatment: A study of dutch twins. *Twin Research and Human Genetics*, 10(5), 765-770. doi:10.1375/twin.10.5.765
- Due, H. (2018). Nu kommer den nye diagnosemanual. *P*, 4(5), 9. tilgået via <http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/19051.pdf>
- Dupaul, G. J., Jitendra, A. K., Tresco, K. E., Vile Junod, R. E., Volpe, R. J., & Lutz, J. G. (2006). *Children with attention deficit hyperactivity disorder: Are there gender differences in school functioning?* *School Psychology Review*, 35(2), 292-308.
- Erenbjerg, A. (2009). *At leve med ADHD : Da rita flyttede ind* (1 ed.). Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Ferrari, R. (2015). *Writing Narrative Style Literature Reviews*. *Medical Writing*, 24 (4), p. 230-235 DOI: 10.1179/2047480615Z.000000000329
- Fugate, C. M., & Gentry, M. (2016). Understanding adolescent gifted girls with ADHD: Motivated and achieving. *High Ability Studies*, 27(1), 83-109. doi:10.1080/13598139.2015.1098522
- Geoffroy, M. B. & Simonsen, E (2017). ADHD hos voksne. In Simonsen, E. &

- Møhl, B. (Ed.), Grundbog i psykiatri (2 ed., pp. 609-624). Hans Reitzels forlag
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology, 43*(1), 3-12.
- Gyldendals Engelsk/Dansk ordbog, *Trivsel*, tilgået via:
<https://www.ordbogen.com/da/search#/auto/ordbogen-daen/trivsel>
- Grskovic, J. A., & Zentall, S. S. (2010). *Understanding adhd in girls: Identification and social characteristics*. International Journal of Special Education, 25(1), 171-184.
- Holm, E & Ladegaard, A (2021) *Piger med ADHD-symptomer - et narrativt litteraturreview*. Aalborg Universitet.
- Holst, J. (2008). Danish teachers' conception of challenging behaviour and DAMP/ADHD. *Early Child Development and Care, 178*(4), 363-374. doi:10.1080/03004430701321621
- Holstein, B., Mehlbye, J., Knoop, H. H., & Rabøl Hansen, H. (2014) *Endelige anbefalinger fra ekspertgruppen om elever trivsel i folkeskolen i relation til nationale trivselsmålinger*. Børne- og undervisningsministeriet. Tilgået via: <https://www.uvm.dk/-/media/filer/uvm/aktuelt/pdf09/140620-ekspertgruppe-trivselsmaaling.pdf>
- Hårbøl, K., Schack, J. og Spang-Hanssen, H. (red), Dansk Fremmedordbog, 2. udg., Gyldendal 1999: *kinese* i *Den Store Danske* på lex.dk. Tilgået via: <https://denstoredanske.lex.dk/kinese>
- Iwankow, J. (2021). *De piger ingen ser*. Psykologernes fagmagasin. 7(4), p. 20-24
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015) *Fænomenologi* In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (2., pp. 217–239). København: Hans Reitzels Forlag.
- Jansen, H. (2010). The logic of qualitative survey research and its position in the field of social research methods. *Forum, Qualitative Social Research, 11*(2)
- Jensen, M. (2021). *Mor til børn med særlige behov skriger på hjælp: Det handler om*

prioritering. TV2 Nyheder. <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2021-11-12-mor-til-boern-med-saerlige-behov-skriger-paa-hjaelp-det-handler-om-prioritering>

- Kendall, G. C. (2012). *At forstå og arbejde med ADHD* (1 ed.) Herning: Special-pædagogisk forlag
- Knudsen, A. (2017). *Diagnose eller opdragelse? : Børn med alle slags hjerner* (1st ed.). Kbh: Gyldendal.
- Kok, F. M., Groen, Y., Fuermaier, A. B. M., & Tucha, O. (2016). *Problematic peer functioning in girls with ADHD: A systematic literature review*. PLoS ONE, 11(11) doi:10.1371/journal.pone.0165119 (pp. 1-20)
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag* (6th ed.). Virum: Psykologisk Forlag.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology: Theory, research, and method*. New York: Pearson Education.
- Lystbæk, C. T. (2011). *Trivsel på arbejdspladsen: En begrebslig og etisk afklaring*. (Rev. udg.)
- Møhl, B. (2020). *Assessment and treatment of non-suicidal self-injury: A clinical perspective* (1st ed.). Milton: Routledge. doi:10.4324/9780429296352 (heri kapitel 1 pp. 1-13)
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). *Med mennesket i centrum*. In Simonsen, E. & Møhl, B. (Ed.), *Grundbog i psykiatri* (2 ed., pp. 29-61). Hans Reitzels forlag.
- National Health Service (2021) *Overview: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)* tilgået via <https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/>
- Nielsen, B. (2019). *PPR-Håndbogen* (2 ed., pp. 73-91). Dansk Psykologisk Forlag.
- Nielsen, K. & Tanggaard, L. (2018), *Pædagogisk Psykologi - En håndbog*, Frederiksberg: Samfundslitteratur, (heri kapitel 7, pp. 224-237)
- Neville, S., Adams, J., & Cook, C. (2016). Using internet-based approaches to collect

qualitative data from vulnerable groups: Reflections from the field. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession; Contemp Nurse*, 52(6), 657-668. doi:10.1080/10376178.2015.1095056

Oldager, M. (2022). *Flere forældre køber behandling og udredning til deres børn*. DR.dk. 14. februar 2022

Piumatti, G., Sacconi, B., Zucchetti, G., & Rabaglietti, E. (2014). *The independent contributions of negative peer functioning and social/familial risk factors to symptoms of ADHD among italian primary school children*. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 18(4), p. 315-333.

Rambøl. SurveyXact, tilgået via: <https://www.surveyxact.dk/om-os/>

Rysgaard, K. K. & Pedersen, C. L. (2022). *Betaler 20.000 kroner for at finde ud af, om barnet har en diagnose: 'Fallit for det offentlige'*, DR.dk. 14. februar 2022. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/betaler-20000-kroner-finde-ud-af-om-barnet-har-en-diagnose-fallit-det-offentlige>

Skoglund, L. (2021). *ADHD hos piger og kvinder - fra dygtig pige til udbrændt kvinde*. København: Forlaget Pressto ApS [284 sider]

Sundhedsstyrelsen (2019) *Dansk migrering fra ICD-10 til ICD-11: Foranalyse*
Tilgået via: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/rammer-og-retningslinjer/klassifikationer/icd11/icd11_foranalyse.pdf?la=da

Thisted, J. (2018). *Forskningsmetode i praksis : Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik* (2. udgave ed.). Kbh.: Munksgaard.

Thomsen, P. H. (2015) *Kort og godt om ADHD*. 1. udgave, 1. oplag. Dansk psykologisk forlag

Thomsen, P. H. (2013). *Psykiske lidelser i skolealderen - En guide for forældre og lærere*. Kapitel 10, "ADHD", 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag. pp.

WHO (1996), *ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: klassifikation og diagnostiske kriterier*. Munksgaard (pp. 171-173.)

WHO (2022) *International Classification of Diseases 11th Revision* tilgået via

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

WHO (2018) *Mental health: strengthening our response*. Tilgået via:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Zambo, D. (2008). *Looking at ADHD through multiple lenses: Identifying girls with the inattentive type*. *Intervention in School and Clinic*, 44(1), 34-40. doi:10.1177/1053451208318873 [7 sider]

Zucchetti, G., Ortega, E., Scholte, R. H. J., & Rabaglietti, E. (2015). *The mediating role of aggressive behaviour, emotional and behavioural instability on the association between ADHD symptoms and best friend conflicts*. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 34(1), 97-111. doi:10.1007/s12144-014-9243-4 [15 sider]

10 Penumopgørelse

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Arlington: American Psychiatric Publishing, pp. 59-61 [3 sider]

Andersen, H. & Koch, L. (2015). *Hermeneutik og fænomenologi*. In: Jacobsen, M. H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (2015). *Videnskabsteori - I statskundskab, sociologi og forvaltning*. 3. udgave, 2. oplag. Hans Reitzels Forlag. pp. 241-243 [3 sider]

Augustinus, M. (2019). *Den stille ADHD: fortællinger om børn og unge med ADD* (1. ed.). Dansk psykologisk forlag [204 sider]

Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). *The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis)*. *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623–630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309> [8 sider]

Bohr, J. (2013). *Problemløsende inklusion - Viden og værktøjer til inklusion af børn*

- og unge med ADHD og andre kognitive forstyrrelser*. (1. ed) Aarhus: ViaSysteme. (heri kapitel 1, pp. 5-40) [36 sider]
- Braun, V., Clarke, V., Boulton, E., Davey, L., & McEvoy, C. (2021). The online survey as a qualitative research tool. *International Journal of Social Research Methodology*, 24(6), 641-654. doi:10.1080/13645579.2020.1805550 [14 sider]
- Brinkmann, S (2015) *Forståelse og fortolkning* In: Jacobsen, M. H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (2015). Videnskabsteori - I statskundskab, sociologi og forvaltning. 3. udgave, 2. oplag. (pp. 69-98) Hans Reitzels Forlag. [30 sider]
- Brinkmann, S., & Tanggard, L. (2015). *Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion*. In S. Brinkmann & L. Tanggard (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (2., pp. 13–24). København: Hans Reitzels Forlag. [12 sider]
- Damm D. & Thomsen, P. H. (2012) *Børneliv i kaos: om børn og unge med ADHD* (2. ed). København: Hans Reitzels Forlag (heri kapitel 1 pp. 7-9, kapitel 2 pp. 9-30) [25 sider]
- Derks, E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2007). Why more boys than girls with ADHD receive treatment: A study of dutch twins. *Twin Research and Human Genetics*, 10(5), 765-770. doi:10.1375/twin.10.5.765 [6 sider]
- Dupaul, G. J., Jitendra, A. K., Tresco, K. E., Vile Junod, R. E., Volpe, R. J., & Lutz, J. G. (2006). *Children with attention deficit hyperactivity disorder: Are there gender differences in school functioning?* *School Psychology Review*, 35(2), 292-308. [17 sider]
- Erenbjerg, A. (2009). *At leve med ADHD : Da rita flyttede ind* (1 ed.). Virum: Dansk Psykologisk Forlag. [254 sider]
- Ferrari, R. (2015). *Writing Narrative Style Literature Reviews*. *Medical Writing*, 24 (4), p. 230-235 DOI: 10.1179/2047480615Z.000000000329 [6 sider]
- Fugate, C. M., & Gentry, M. (2016). Understanding adolescent gifted girls with ADHD: Motivated and achieving. *High Ability Studies*, 27(1), 83-109. doi:10.1080/13598139.2015.1098522 [27 sider]

- Geoffroy, M. B. & Simonsen, E (2017). ADHD hos voksne. In Simonsen, E. & Møhl, B. (Ed.), *Grundbog i psykiatri* (2 ed., pp. 609-624). Hans Reitzels forlag [16 sider]
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3-12. [10 sider]
- Grskovic, J. A., & Zentall, S. S. (2010). *Understanding adhd in girls: Identification and social characteristics*. *International Journal of Special Education*, 25(1), 171-184. [14 sider]
- Holm, E. & Ladegaard, A. (2021) *Piger med ADHD-symptomer - et narrativt litteraturreview*. Aalborg Universitet. [64 sider]
- Holst, J. (2008). Danish teachers' conception of challenging behaviour and DAMP/ADHD. *Early Child Development and Care*, 178(4), 363-374. doi:10.1080/03004430701321621 [12 sider]
- Iwankow, J. (2021). *De piger ingen ser*. *Psykologernes fagmagasin*. 7(4), p. 20-24 [5 sider]
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015) *Fænomenologi* In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (2., pp. 217–239). København: Hans Reitzels Forlag. [23 sider]
- Jansen, H. (2010). The logic of qualitative survey research and its position in the field of social research methods. *Forum, Qualitative Social Research*, 11(2) [20 sider]
- Kendall, G. C. (2012). *At forstå og arbejde med ADHD* (1 ed.) Herning: Special-pædagogisk forlag (pp. 5-17) [13 sider]
- Knudsen, A. (2017). *Diagnose eller opdragelse? : Børn med alle slags hjerner* (1st ed.). Kbh: Gyldendal. [220 sider]
- Kok, F. M., Groen, Y., Fuermaier, A. B. M., & Tucha, O. (2016). *Problematic peer functioning in girls with ADHD: A systematic literature review*. *PLoS ONE*, 11(11) doi:10.1371/journal.pone.0165119 (pp. 1-20) [20 sider]

- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag* (6th ed.). Virum: Psykologisk Forlag. (heri kapitel 2, pp. 17-25 og kapitel 3 pp. 27-46) [29 sider]
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology: Theory, research, and method*. New York: Pearson Education. Kapitel. 2, pp. 8-22. Kapitel. 6, pp. 85-106 [37 sider]
- Møhl, B. (2020). *Assessment and treatment of non-suicidal self-injury: A clinical perspective* (1st ed.). Milton: Routledge. doi:10.4324/9780429296352 (heri kapitel 1 pp. 1-13) [13 sider]
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). *Med mennesket i centrum*. In Simonsen, E. & Møhl, B. (Ed.), *Grundbog i psykiatri* (2 ed., pp. 29-61). Hans Reitzels forlag. [33 sider]
- Nielsen, B. (2019). *PPR-Håndbogen* (2 ed., pp. 73-91). Dansk Psykologisk Forlag. [19 sider]
- Nielsen, K. & Tanggaard, L. (2018), *Pædagogisk Psykologi - En håndbog*, Frederiksberg: Samfundslitteratur, (heri kapitel 7, pp. 224-237) [14 sider]
- Neville, S., Adams, J., & Cook, C. (2016). Using internet-based approaches to collect qualitative data from vulnerable groups: Reflections from the field. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession; Contemp Nurse*, 52(6), 657-668. doi:10.1080/10376178.2015.1095056 [12 sider]
- Piumatti, G., Sacconi, B., Zucchetti, G., & Rabaglietti, E. (2014). *The independent contributions of negative peer functioning and social/familial risk factors to symptoms of ADHD among italian primary school children*. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 18(4), p. 315-333. [19 sider]
- Skoglund, L. (2021). *ADHD hos piger og kvinder - fra dygtig pige til udbrændt kvinde*. København: Forlaget Pressto ApS [284 sider]
- Thisted, J. (2018). *Forskningsmetode i praksis : Projektorienteret videnskabsteori og*

forskningsmetodik (2. udgave ed.). Kbh.: Munksgaard. Heri kapitel 3, pp. 57-74 [18 sider]

Thomsen, P. H. (2015) *Kort og godt om ADHD*. 1. udgave, 1. oplag. Dansk psykologisk forlag (heri kapitel 2 pp. 13-38, kapitel 3 pp. 39-58 og kapitel 6 pp. 109-118) [56 sider]

Thomsen, P. H. (2013). *Psykiske lidelser i skolealderen - En guide for forældre og lærere*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag. (Heri kapitel 10, pp. 63-79) [17 sider]

WHO (1996), ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: klassifikation og diagnostiske kriterier. Munksgaard (pp. 171-173.) [3 sider]

Zambo, D. (2008). Looking at ADHD through multiple lenses: Identifying girls with the inattentive type. *Intervention in School and Clinic*, 44(1), 34-40. doi:10.1177/1053451208318873 [7 sider]

Zucchetti, G., Ortega, E., Scholte, R. H. J., & Rabaglietti, E. (2015). The mediating role of aggressive behaviour, emotional and behavioural instability on the association between ADHD symptoms and best friend conflicts. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 34(1), 97-111. doi:10.1007/s12144-014-9243-4 [15 sider]

I alt: 1638 sider