



# **Socioekonomiska och kulturella faktorerens betydelse vid identifiering och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar**

**Matilda Davidsson**

**Barn- och ungdomsvetenskapligt examensarbete magister 15 hp  
Institutionen för individ och samhälle/Högskolan Väst  
Vårterminen 2022  
Handledare: Christoffer Hornborg och Soly Erlandsson  
Examinator: Elin Almér**

## Abstrakt

**Bakgrund:** ADHD-diagnostisering hos barn och ungdomar har de senaste åren ökat i snabb takt. Problematiskt beteende hos barn och ungdomar har alltid uppmärksammats men har de senaste 20 åren i allt högre utsträckning kommit att förstås som ADHD. Diagnosen ADHD ses idag som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som riskerar att försämra livskvalitén och skapa lidande inom flera aspekter av livet. Den främsta behandlingen är farmakologisk. Det dominerande perspektivet på ADHD är det biomedicinska där orsakerna ses som ärftliga och biologiska och prevalensen av diagnosen anses vara jämnt fördelad globalt. Trots att barn växer upp med olika förutsättningar i vitt skilda miljöer så är diagnoskriterierna universella, och baseras dessutom på subjektiva bedömningar. **Syfte:** Att undersöka hur socioekonomiska och kulturella faktorer relaterar till identifiering och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar. **Metod:** En systematisk litteraturstudie med innehållsanalys har genomförts baserad på 20 vetenskapliga studier. **Resultat:** Resultatet genererade två huvudkategorier och fem underkategorier. Den första huvudkategorin *Tolkning av barnets beteende* visade att kulturella och socioekonomiska faktorer påverkade hur omgivningen upplevde barnet och i vilken utsträckning beteendet tolkades som ADHD. Föräldrarnas kulturella bakgrund påverkade förklaringsmodeller till barnets beteende och förhållningssätt till behandling där föräldrar med ursprung utanför den västerländska kulturen var mer benägna att använda andra förklaringsmodeller. Den andra huvudkategorin *Stressorer som påverkar barnet* visade att låg socioekonomisk status var förknippad med hög sannolikhet för barnet att få en ADHD-diagnos och tillhörande av etnisk minoritetsgrupp var förknippad med låg sannolikhet att få diagnosen trots ekonomisk utsatthet.

**Slutsats:** Subjektiva faktorer som förklaringsmodeller, syn på normalitet och stereotypa föreställningar, liksom kontextuella faktorer som fattigdom och utanförskap samverkar och påverkar vem som får en ADHD-diagnos. Vita pojkar tillhörande majoritetsbefolkningen är överrepresenterade gällande ADHD-diagnos. Det finns ett behov av att vidga perspektivet och utveckla förklaringsmodeller och behandling vid barns och ungdomars dysfunktionella beteende för att bättre möta upp behovet av hjälp och stöd.

Nyckelord: ADHD, barn, tonåringar, socioekonomiska och kulturella faktorer, etnicitet, bias, uppfattningar, ojämlikhet

## Abstract

**Background:** Diagnosing ADHD in children and adolescents has rapidly increased over the last years. Historically, problematic behavior in children and adolescents has always drawn attention. However, over the last 20 years it has become conceptualized, to a great extent, as ADHD. Today, ADHD is seen as a neuropsychiatric disability that could endanger quality of life and cause suffering in different aspects of life. The main treatment is pharmacological. The dominating perspective on ADHD is the biomedical perspective where causes are seen as inherent and biological, and the prevalence of the diagnosis is considered evenly distributed globally. Even though children grow up in different conditions in diverse environments the diagnostic criteria are universal and based upon subjective assessments. **Aim:** To examine how socioeconomical and cultural factors relate to identifying and treating ADHD symptoms in children and adolescents. **Method:** A systematic literature review with content analysis based on 20 articles was conducted. **Result:** The result generated two main categories and five sub-categories. The first main category, *Interpretation of the child's behavior*, showed that cultural and socioeconomic factors affected how the child was seen and to what extent the behavior was interpreted as ADHD. The parent's cultural background influenced explanatory models of the child's behavior and approach to treatment. Parents originating outside of Western culture were more likely to use other explanatory models. The other main category *Stressors affecting the child* showed that low socioeconomic status was associated with high likeliness of receiving an ADHD diagnosis, and children from ethnic minority groups had a low likeliness to receive the diagnosis despite economic vulnerability. **Conclusion:** Subjective factors, such as explanatory models, view on normality and stereotype ideas, as well as contextual factors such as poverty and exclusion interact and influence who receives an ADHD diagnosis. Caucasian boys from the majority population were overrepresented regarding receiving an ADHD diagnosis. There is a need to broaden the perspective and develop explanatory models and treatment for children's and adolescent's dysfunctional behavior to better meet the need for help and support.

Keywords: ADHD, children, adolescents, socioeconomic and cultural factors, ethnicity, bias, perceptions, inequality

## Förord

Vid mitt arbete som specialistsjuksköterska i psykiatri på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning kom jag ofta i kontakt med barn- och ungdomar som fått diagnosen ADHD. Denna grupp uppvisade många gånger ett liknande beteendemönster men det fanns också stora skillnader i bakgrund och individuella förutsättningar hos barnen. Min upplevelse är att utredningsförfarandet och den standardiserade behandlingen som erbjöds (oftast medicinsk) inte tog hänsyn till dessa olikheter och behov. Enligt min uppfattning har antalet barn som fått ADHD-diagnos ökat de senaste åren, och symptombilden hos många av barnen som anses uppfylla kriterierna för diagnos har kommit att bli mildare. Hur stor graden av funktionsnedsättning är hos de diagnostiserade barnen skiljer sig åt. Vissa barn har omfattande svårigheter som orsakar en funktionsnedsättning och lidande inom flera aspekter av livet medan andra barns symptom är betydligt lindrigare. Föräldrar, skola och samhället i stort tycks de senaste åren fått en ökad benägenhet att använda ADHD som förklaringsmodell när barn uppvisar ett problematiskt eller icke önskvärt beteende. Många av barnen som fick en ADHD-diagnos befann sig samtidigt i en utsatt och stressfylld miljö som hade påverkan på deras mående och välbefinnande. Det fanns en tendens att se ADHD-diagnosen som det centrala i barnet, som på så sätt blir förklaringen till hela barnets mående och beteende, vilket riskerar att dölja andra faktorer och aspekter av barnet. Den, enligt min uppfattning, smala synen och förståelsen av barns svårigheter och problematiska beteende behöver vidgas och barns olikheter och vitt skilda bakgrund behöver undersökas mer för att få en bredare förståelse för fenomenet. I kommande litteraturstudie hoppas jag kunna bidra med ett vidgat perspektiv på ADHD.

## Bakgrund

### Barns livsvillkor och hälsa

Barns uppväxt och livssituation varierar stort utifrån olika kontexter och det går därför inte att tala om en 'barndom' (Prout, 2011). Det finns stora skillnader i levnadsvillkor både globalt och nationellt mellan olika grupper och samhällen. Fattigdom skapar stress och otrygghet, och barn och ungdomar är den grupp som påverkas mest. Detta får tydliga konsekvenser i form av socioekonomiska ojämlikheter i hälsa, välmående och utvecklingsmöjligheter (Aleman-Diaz et al, 2016). Socioekonomiska nackdelar är förknippade med en rad negativa hälsoeffekter genom hela livsspannet och det finns stora skillnader i hälsa mellan de rikaste och de fattigaste familjerna. Detta mönster har visat sig vara universellt. Barn och ungdomar från familjer med socioekonomiska nackdelar löper större risk att utveckla psykisk och fysisk ohälsa och har även högre risk att misslyckas i skolan (Reiss, 2013; APA org, 2022). Barn och ungdomars tillgång till hälso- och sjukvård, skola och andra sociala stödinsatser skiljer sig åt. Den barn- och ungdomspsykiatriska vården och andra sociala stödinsatser är exempelvis sällsynta i låginkomstländer. Huruvida vården för barn är avgiftsfri eller inte är också avgörande. I exempelvis USA krävs sjukvårdsförsäkring om sjukvårdsbesök inte ska kosta stora summor, något många familjer inte har möjlighet att betala (Aleman-Diaz et al, 2016). Barn från etniska minoritetsgrupper lever oftare i fattigdom jämfört med barn från majoritetsgruppen (APA org, 2022). Dessa barn upplever generellt sätt sämre hälsa jämfört med barn från majoritetsgruppen (Aleman-Diaz et al, 2016). De får även vård och behandling i lägre utsträckning. Det kan förklaras utifrån sämre tillgång till vård, språkliga och kulturella barriärer, samt stigma kopplat till psykiatrisk vård (Pastor & Reuben, 2005)

En annan viktig aspekt som påverkar barns uppväxt och utveckling är den rådande barnsynen och synen på normalitet. Prout (2011) menar att barn måste förstås utifrån den kulturella, sociala och politiska verklighet de växer upp i då dessa faktorer påverkar vilka förväntningar vuxenvärlden har på barn. Due med kollegor (2014) menar att synen på barnets funktion, välmående och hälsa ofta är kulturellt bunden och på så sätt får olika betydelse i olika länder, kulturer och sociala miljöer. Vilka typer av beteenden, fenomen eller tillstånd som ses som problematiska eller normala beror på hur normalitet är konstruerat inom den aktuella kontexten. Johansson och Sorbring (2018) menar att det är i relation till kulturella normer, vuxenvärldens önsknings, skolans struktur och läroplaners krav som barn avviker. Det har alltid varit i relation till uppfattningar om det "normala" barnet som det så kallade problembarnet har upptäckts. Threadgold (2019) lyfter att vuxenvärlden alltid problematiserat barn och ofta förhåller sig till barn som något som behöver disciplineras, regleras och fixas till, i syfte att skydda barn och skapa goda samhällsmedborgare.

Barn bedöms inte alltid på samma grunder och det finns olika förväntningar på olika grupper av barn. Människor kategoriseras utifrån exempelvis etnicitet, klass, kön och ålder. Dessa kategorier är fyllda med föreställningar och förväntningar på en viss typ av beteenden, vilket kan skapa stereotypa bilder som riskerar att leda till att barn missförstås. Det är

vuxenvärlden, och framför allt majoritetsgruppen i samhället som har makten att problematisera och kategorisera barn (Åkesson, 2016).

## Diagnosen ADHD

ADHD-diagnoser har, framför allt under de senaste tjugo åren, kommit att öka i snabb takt och allt fler barn världen över har fått en diagnos (Davidovitch et al, 2017). Den globala prevalensen hos barn och ungdomar uppskattades 2007 ligga på strax över 5%. Siffran är dock omdiskuterad med åsikter om både under- och överdiagnostisering (Polanzckey et al, 2007). År 2015 beräknades motsvarande siffra globalt ligga på 7,2% (Thomas, 2015). Diagnosen ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) räknas idag som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och innebär svårigheter med uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet och impulsivitet vilket kan leda till svårigheter och lidande inom flera aspekter av livet. Diagnosen kan idag sättas hos både barn och vuxna men är vanligast förekommande hos barn. Pojkar diagnostiseras med ADHD i högre utsträckning än flickor med ett uppskattat förhållande runt 2:1 (Faraone, 2021). I USA bedöms hela 14,5% av alla barn och ungdomar ha diagnosen medan prevalensen i de flesta andra delar av världen är betydligt lägre (Davidovitch et al, 2017). I Sverige uppskattades 4,5% av alla flickor och nästan 9% av alla pojkar ha en ADHD-diagnos år 2020 (Socialstyrelsen, 2021).

## Problemformulering

Olika typer av problematiskt beteende hos barn har alltid uppmärksamats och problematiserats men har genom historien kommit att medikaliseras i allt högre utsträckning (Conrad, 1975). Prevalensen av ADHD-diagnoser hos barn och ungdomar ökar i snabb takt och har i hög utsträckning blivit en vedertagen förklaring till barns problematiska beteende (Davidovitch et al, 2017). ADHD är en diagnos som bygger på subjektiva bedömningar av symptom, och det finns inte några biomarkörer eller medicinska tester som kan bekräfta den (Faraone, 2021). Trots detta fastslår det rådande medicinsk-biologiska paradigmet att diagnosen är universell, jämnt fördelad globalt och främst orsakad av biologiska ärftliga faktorer (American Psychiatric Association 2022; Polanzckey et al, 2007). Barn och ungdomar växer upp under vitt skilda sociala, kulturella och politiska förhållanden. Kontexten barnet lever i har visat sig påverka barnets hälsa generellt (Reiss, 2013; APA, org 2022) och även de förväntningar och den syn som finns på barn (Prout, 2011; Due et al, 2014). Trots detta förutsätts barn och ungdomar att uppvisa liknande beteenden och symptombild vid ADHD då diagnoskriterierna är universella och inte tar hänsyn till kulturella och sociala aspekter (APA org, 2022).

Det rådande biomedicinska paradigmet ger en endimensionell förståelse och förklaring till barns avvikande beteende. Beteenden som kan vara symptom på yttre omständigheter kan, utifrån teorin om medikalisering, i för hög utsträckning tilldelas förklaringar som ligger inom barnet som individ. Majoriteten av forskningen på ADHD utgår idag från ett medicinskt

perspektiv. Det är därför av vikt att bredda perspektivet på barn och ungdomars problematiska dysfunktionella beteenden och få en ökad förståelse för hur kontexten påverkar tolkning och behandling av ADHD-symptom. Föreliggande studie syftar därför att undersöka relationerna mellan ADHD-diagnos och socioekonomiska och kulturella faktorer betydelse till förhållningssätt och behandling av ADHD-symptom. Frågeställningen som avses besvaras är hur socioekonomiska och kulturella faktorer relaterar till identifiering och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar.

För att undersöka frågeställningen kommer de följande avsnitten först att kontextualisera ämnet genom att beskriva risker och problem förenade med ADHD, liksom hur utredning och behandling ser ut. Sedan diskuteras diagnosens framväxt och olika perspektiv. Slutligen redovisas den teoretiska utgångspunkten. Därefter går studien vidare in på metod, resultat och diskussion.

## Risker och problem förenade med ADHD

Aktuell forskning visar att tillståndet ADHD är förenligt med en mängd risker, och utifrån detta lyfts ofta vikten av tidig identifiering, diagnostisering och behandling fram (APA org, 2022; Socialstyrelsen, 2021; SFBUP, 2016). Det har visat sig att ADHD-diagnosen ofta samexisterar med andra psykiatriska tillstånd så som depression, bipolaritet, autism, ångest, ätstörningar och beteendestörningar (Chen et al, 2018). ADHD försämrar ofta livskvalitén hos barn och ungdomar, särskilt gällande den sociala och känslomässiga funktionen. Det är även vanligt förekommande med skolmisslyckanden och svårigheter med kompisrelationer hos barn och ungdomar som har ADHD-diagnos. Svårigheterna följer ofta med upp i vuxen ålder och påverkar livskvalitén (Lee et al, 2016). Utöver en ökad risk för psykisk ohälsa och relationssvårigheter så medför ADHD också en ökad risk för kriminalitet, missbruk, arbetslöshet, ekonomiska problem, fysisk ohälsa, olyckor och för tidig död (Faraone et al, 2021).

## Utredning

För att få en ADHD-diagnos krävs en utredning. Hur utredningsförfarandet går till och vilken profession som sätter diagnosen kan skilja sig åt mellan länder men oftast utförs den av psykolog och/eller psykiatriker. Utredningen bygger på subjektiva bedömningar och det finns inte några biologiska tester att tillgå för att ställa diagnosen (Faraone et al, 2021). I de flesta länder används diagnosmanualen *DSM-5* för att diagnostisera psykiatriska tillstånd. Diagnoskriterierna för ADHD syftar till att skilja ut de individer som har symptom av en sådan grad att de orsakar en funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2014b). Kriterierna för ADHD enligt *DSM-5* innebär *”Ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som inverkar negativt på funktionsförmåga eller utveckling”*. Symptomen ska ha förekommit i minst sex månader, ha visat sig innan 12 års ålder, vara oförenliga med utvecklingsnivån och ha en negativ inverkan på sociala aktiviteter och

aktiviteter inom skola/arbete. Barnet ska uppfylla minst sex av nio givna symptom på ouppmärksamhet och/eller minst sex av nio givna symptom gällande hyperaktivitet. Från 17 års ålder gäller minst fem symptom från båda domänerna. Svårighetsgraden på symptomen ska specificeras och diagnosen ADHD sätts som lindrig, medelsvår eller svår (Apa org, 2022). I den svenska kontexten görs utredningen vid den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Utredningen bygger till stor del på intervjuer med vårdnadshavare och barn samt pedagogisk kartläggning avseende barnets funktion i skolan. Många gånger används symptom-skattningsskalor till vårdnadshavare och lärare så som *SNAP-IV*. Utöver intervjuer och skattningar görs även observationer av barnet och ställningstagande till kognitiv funktionsförmåga. En utredning ska även ta ställning till övrig psykiatrisk problematik, eventuella bakomliggande medicinska orsaker samt social situation med risk- och skyddsfaktorer. Det är ofta lärare eller annan skolpersonal som initierar utredningen men skolan behöver vårdnadshavares samtycke för att remittera barnet (Socialstyrelsen, 2014a).

## Behandling och stöd

Läkemedelsbehandling ses nationellt som förstahandsbehandling vid ADHD då det vid kliniska studier visat sig ha en tydlig symptomreduktion (APA org, 2022). Det finns idag flera godkända läkemedel vid behandling av ADHD. De flesta preparaten tillhör den centralstimulerande narkotikaklassade läkemedelsgruppen Metylfenidat. Preparatet påverkar nivåerna av dopamin och noradrenalin i hjärnan vilket i sin tur reglerar impulsöverföringen. Följden blir att koncentrationsnivån ökar och aktivitetsnivån normaliseras. Detta kan, när medicinen fungerar optimalt, få positiva effekter på skolresultat, förbättra kvalitén på relationer, minska risk för kriminalitet, missbruk och olyckor (Socialstyrelsen, 2021). Medicineringen kan dock även ge biverkningar. Vanliga biverkningar är sömnsvårigheter, huvudvärk samt nedsatt aptit och illamående med viktnedgång som följd. I ovanliga fall kan medicineringen ge en kardiovaskulär påverkan samt förvärra andra psykiatriska symptom. Barn som medicineras behöver därför noggrant följas gällande puls, blodtryck, tillväxt och psykiskt mående (Fass, 2022). I Sverige medicineras runt 75% av alla barn som har en ADHD-diagnos (Socialstyrelsen, 2021).

Utöver medicinering finns även andra typer av stöd och behandling. Socialstyrelsen (2014a) rekommenderar, utöver medicinering, ett multimodalt angreppssätt med olika typer av psykosociala och pedagogiska insatser. Psykopedagogisk utbildning till barn, vårdnadshavare och förskole- och skolpersonal som syftar till att öka förståelsen för diagnosen ses som en viktig insats. Även olika typer av föräldrautbildning, kognitiva stödinsatser och hjälpmedel, anpassningar i skolan samt behandling av eventuell samsjuklighet lyfts fram. Socialstyrelsen menar dock att en stor del av stödinsatserna är riktade till föräldrarna och lyfter att det finns ett behov av insatser riktade till barn och ungdomar så som exempelvis kognitiv beteendeterapi.

I den svenska skolan ska alla elever som är i behov av detta erbjudas särskilda stödinsatser. Behovet av särskilt stöd ska bedömas utifrån barnets funktionsförmåga och inte vara avhängt av exempelvis en ADHD-diagnos (SFBUP, 2016). Trots detta vittnar många föräldrar om att



diagnosen ofta behövs för att för att svårigheterna ska tas på allvar och barnet ska få det stöd hen är i behov av (Riksförbundet Attention, 2022).

## Diagnosens framväxt

ADHD-diagnostisering av barn är ett relativt nytt fenomen. Det har historiskt sett gjorts flera försök att ringa in beteenden hos barn som skiljer sig avsevärt från normen. 1902 beskrev den brittiska barnläkaren George Fredric Still en grupp barn som led av vad han benämnde som ”bristande moralkontroll av patologisk karaktär”. Dessa barn, som oftast var pojkar, hade stora svårigheter med koncentrationen och misslyckades i skolan trots att de var normalt begåvade. Still menade att beteendet var orsakat av någon form av funktionsnedsättning i viljekontrollen (Mayes & Rafalovich, 2007). Beteendeproblem hos barn ansågs den första halvan av 1900-talet vara kopplat till organiska skador i hjärnan eller orsakat av olika typer av störningar i hjärnans funktion. Denna teori stärktes 1937 då barn med kraftig huvudvärk behandlades med det centralstimulerande preparatet amfetamin. Utåtagerande barn visade sig då bli lugnare och förbättrade sina skolresultat. Under 40- och 50-talet fick det biologiska perspektivet dock stå tillbaka för det psykodynamiska, vilket sökte orsaker till barnets beteendestörningar i barnets förflutna och i relationen till föräldrarna (Socialstyrelsen, 2014b).

Inom den biologiska psykiatrin utvecklades i början av 1940-talet termen *Brain Damaged Child* som senare utvecklades till diagnosen MBD *Minimal Brain Damage*. Barn som fick dessa diagnoser hade allvarliga symptom och var ofta inneliggande på kliniker. Beteendeproblem och bristande uppmärksamhet ansågs nu vara orsakat av tidiga neurologiska skador så som infektioner, förgiftningar, förlossningstrauman eller epilepsi. 1957 grundades begreppet *Hyperactivity Kinetic Disorder* där hyperaktiviteten blev mer central utöver tidigare kända svårigheter med uppmärksamheten. Störningen sågs som vanligt förekommande hos barn och begreppet innefattade även barn som hade mindre uttalad problematik och som kunde gå i allmänskola (Mayes & Rafalovich, 2007).

I USA breddades begreppet alltmer och kom att inkludera större grupper av barn. 1961 godkändes Ritalin, ett centralstimulerande läkemedel innehållande Metylfenidat, för behandling av hyperaktiva barn i USA. I Europa behölls definitionen av MBD och fortsatte att innefatta barn med svåra symptom. 1980 fick begreppet namnet ADD, *Attention Deficit Disorder* och inkluderades i diagnosmanualen DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Tillståndet klassades nu som en psykiatrisk diagnos med tydliga diagnoskriterier. 1987 lades ett H för hyperaktivitet till och diagnosen fick sitt nuvarande namn ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* vilket kom att inkludera än fler barn (Socialstyrelsen, 2014b).

Sverige behöll namnet MBD fram till början av 1990 då beteckningen DAMP, *Deficit in Attention, Motor Control and Perception* grundades. Syftet med den nya diagnosen var att fånga upp de motoriska svårigheter som ofta uppmärksammades hos barngruppen. I Sverige dominerade det psykodynamiska perspektivet fram till 1990-talet och förskrivning av Ritalin var mycket ovanligt. Vid millennieskiftet ökade medias intresse och diagnoserna ADHD och DAMP blev kända för allmänheten. De olika perspektiven och skolorna hade dock fortsatt olika åsikter om diagnosernas betydelse och framtida utveckling. När läkemedlet Concerta

lanserades som första godkända läkemedel för ADHD hos barn i Sverige 2002 medförde det en kraftig ökning av diagnostiserade barn de följande åren och diagnosen kom att bli en vedertagen förklaringsmodell (Socialstyrelsen, 2014b).

## Olika perspektiv på diagnosen

Diagnosen ADHD har vuxit fram i ett ideologiskt spänningsfält där det inte rått full konsensus om orsaksförklaring, förhållningssätt och behandling (Socialstyrelsen, 2014b). Det dominerande perspektivet på ADHD är idag det medicinska-biologiska, där orsakerna bedöms vara genetiska och påverka impulsöverföringen i hjärnan. Den rekommenderade behandlingen är psykofarmaka för att reducera symptomen. *The American Psychiatric Association* (APA org, 2022) beskriver orsakerna till ADHD som genetiska och ärftliga. Runt 75% av barn som får en ADHD-diagnos har en anhörig med ADHD. Andra faktorer som kan bidra till utveckling av ADHD är skallskador under barndomen, prematur födsel samt rökning och alkoholkonsumtion hos modern under graviditeten. ADHD-symptomen kan förvärras vid kraftig psykosocial utsatthet. Det rådande bio-medicinska paradigmet menar att ADHD-diagnosen är universell och jämnt fördelad globalt (American Psychiatric Association 2022; Polanczyk et al, 2007). Den vida variationen i diagnosprevalensen och behandling av ADHD mellan olika kulturer har dock skapat frågor om diagnosens validitet och därigenom dess universella applicerbarhet. Polanczyk med kollegor (2007) menar att skillnader i prevalensen, där ADHD är mer frekvent diagnostiserad i västvärlden, kan förklaras utifrån metodologiska skillnader och bristande kunskap om diagnosen.

Smith, (2017) argumenterar för att kulturella och sociala faktorer behöver tas i beaktande i större utsträckning vid ADHD-diagnostisering då situationen individen befinner sig i påverkar beteendet, och även påverkar vilka beteenden som problematiseras. Att se ADHD som en universell diagnos endas orsakad av biologiska ärftliga faktorer riskerar att leda till en endimensionell västerländsk förståelse av fenomenet. Sociala, kulturella, politiska, ideologiska och utbildningsmässiga faktorer samspelar och diagnosen får på så sätt inte samma kliniska och kulturella mening mellan kontexter. Smith belyser också den kritik som riktats mot att diagnosen är grundad på subjektiva bedömningar och inte baserad på biologiska tester. Faraone med kollegor (2021) avfärdar i sin studie denna typ av kritik och menar att ADHD möter de standardiserade kriterierna för en validerad universell psykiatrisk diagnos.

Hur ADHD lyfts fram och presenteras i media har betydelse för den allmänna opinionen och förståelsen av diagnosen. Ponnou & Gonon (2017) fann i sin studie att två tredjedelar av artiklarna i fransk media hade en biomedicinsk förståelse för ADHD och såg medicin som given behandling. De artiklar som hade ett psykosocialt synsätt tenderade att fokusera på individuella faktorer så som bristande föräldraskap som orsaksförklaring och hade inte så stort fokus på samhälleliga orsaker.

## Stigmatiserande eller stödjande?

Det råder även delade meningar om huruvida en ADHD-diagnos alltid är av nytta för barnet. Stigmatiserande attityder till ADHD är relativt vanligt förekommande men kan finnas i olika utsträckning beroende på den sociala kontexten. ADHD förknippas ofta, både av barn och vuxna, med egenskaper så som stökig, bråkig och besvärlig. Det har visat sig att både föräldrar och lärare upplever barnets akademiska förmågor som lägre om barnet är diagnostiserat med ADHD. Detta kan påverka barnets syn på sig själv och de möjligheter barnet ges. En del föräldrar upplever det som stigmatiserande att ha ett barn med ADHD och kan därför hemlighålla diagnosen eller undvika att söka hjälp om det finns misstankar om ADHD-diagnos (Lebowitz, 2016). Föräldrar kan också uppleva motsatsen, det vill säga att ADHD-diagnosen är en lättnad då det ger en förklaring till barnets svårigheter och till viss del lyfter ansvar och skuld från föräldern. Även många barn kan uppleva en lättnad över diagnosen då de får en förklaring till sina svårigheter. ADHD-diagnosen kan också leda till att barnet presterar bättre i skolan då hen får utökat stöd och en bättre förståelse för sina svårigheter (Socialstyrelsen, 2014b).

## Teoretisk utgångspunkt för studien

I föreliggande litteraturstudie kommer teorin om medikalisering att användas som teoretisk utgångspunkt vid tolkning av resultatet. Teorin om medikalisering beskriver en process där tillstånd och beteenden som tidigare inte setts som medicinska definieras som medicinska problem, vanligtvis i termer av sjukdomar och diagnoser (Conrad, 1992). Avvikande beteende hos barn har enligt Conrad (1975) kommit att betraktas som en sjukdom: en neuropsykiatrisk diagnos som kräver medicinering. Det finns grader av medikalisering. Om och i vilken grad ett beteende eller tillstånd medikaliseras påverkas bland annat av om det finns stöd från medicinska professioner, tillgång till behandling, konkurrerande definitioner, medicinsk forskning och olika grupper i samhället som driver kampanjer för eller emot den medicinska definitionen. Ytterligare en aspekt som påverkar processen av medikalisering är om den medicinska kategorin kan expandera och innefatta närliggande beteenden och problem, vilket enligt Conrad är fallet med utvecklingen av diagnosen ADHD (Conrad, 1992). En diagnos kan ge legitimitet, förklaring och förståelse till drabbade människors lidande och problem. Det kan ha en positiv effekt då människor kan bli hjälpta av behandlingar men en diagnos kan även verka stigmatiserande och lägga över ansvaret på individnivå (Conrad, 2000).

Ett problem som lyfts fram är att medikalisering kan leda till individualisering av vad som kan vara kollektiva sociala problem. Problem som kan ha samhällsliga förklaringar blir på så sätt avpolitiserade och ansvaret läggs på individen. En annan aspekt som lyfts fram är att medicinska experter har makten att definiera problemet och människor sätts på så sätt under ”medicinsk kontroll”. Denna kontroll kan påverka den allmänna opinionen och den sociala policyn. Beslutsfattare tenderar att föredra medicinska lösningar och förklaringar då de ofta är mer konkreta och lättfångade än sociala, politiska och ekonomiska förklaringsmodeller (Conrad, 1992).

## Syfte

Syftet med föreliggande litteraturstudie är att undersöka relationerna mellan ADHD-diagnos och socioekonomiska och kulturella faktorer betydelse till förhållningssätt och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar.

## Frågeställning

Hur relaterar socioekonomiska och kulturella faktorer till identifiering och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar?

## Metod

För att besvara aktuellt syfte och forskningsfråga har en systematisk litteraturstudie med innehållsanalys genomförts. En systematisk litteraturstudie strävar efter att heltäckande identifiera, bedöma och syntetisera relevanta studier inom ett givet område utifrån aktuellt syfte. Den systematiska litteraturstudien ska tydligt redovisa de använda metoderna och vara öppen för granskning (Eriksson-Barajas, Forsberg & Wengström, 2013). En litteraturstudie ska även följa en struktur för att minska risken för systematiska fel eller att subjektiva värderingar ska påverka resultatet (SBU, 2020).

## Avgränsningar

Forskningsfrågan syftar till att undersöka kulturella och socioekonomiska faktorer betydelse för identifiering och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar. För att på bästa sätt besvara frågan bedömdes att det var av vikt att få en bild av statistik och prevalens i relation till dessa faktorer men även att få en förståelse för upplevelse och förhållningssätt. Utifrån detta inkluderades både kvalitativa och kvantitativa studier. Eriksson-Barajas, Forsberg & Wengström (2013) menar att systematiska litteraturstudier kan inkludera både studier med kvalitativ och kvantitativ design. En fördel med detta är att det ger studien både bredd och djup.

*Inklusionskriterier* för den aktuella litteraturstudien var följande: Barn och ungdomar upp till 18 år; studier som på något sätt behandlade relationen mellan ADHD och kulturella och/eller socioekonomiska faktorer utifrån områden så som behandling, identifiering, förhållningssätt, prevalens och diagnostisering; studier med kvalitativ eller kvantitativ design samt metastudier; studier som var peer reviewed och publicerade mellan åren 2012–2022.

*Exklusionskriterier* för studien var: Studier som behandlade kulturella eller socioekonomiska faktorer och ADHD och annan psykiatrisk diagnostik, exempelvis autism; studier som

undersökte specifika medicinska relationer, exempelvis ADHD och diabetes; studier som saknade etiskt resonemang.

### *Litteratursökning och datainsamling*

De databaser som användes var PubMed, PsycInfo och Chinal. Vid systematiska litteraturstudier bör strävan vara att göra en bred sökning för att hitta så mycket som möjligt av den litteratur som finns att tillgå och samtidigt använda en sökstrategi som har tillräcklig precision för att undvika att mängden litteratur blir för stor (Folkhälsomyndigheten, 2017). Inledningsvis genomfördes en testsökning i respektive databas för att fastställa sökstrategi. Enligt SBU (2020) är syftet med testsökningen att få en överblick över det aktuella området samt få insikt i vilka termer och ord som är vanligt förekommande i abstrakt och rubrik.

Eriksson-Barjas, Forsberg & Wennström (2013) menar att den så kallade PICO-metoden kan vara till nytta för att utifrån problemformuleringen sätta samman sökstrategier. P i modellen står för population (vem), I representerar intervention (vad), C innebär control (variabler) och O står för Outcome (utfall/påverkan). I aktuell litteraturstudie identifierades PICO-metoden följande sökområden:

P: Children

I: Attention deficit hyperactivity disorder

C: Socioeconomic and cultural factors

O: Disparities

Respektive del utgör ett sökblock.

De sökord som efter testsökningen först identifierade som relevanta var *Children*, *Attention deficit hyperactivity disorder* och *Socioeconomic and cultural factors*. Dessa sökord kombinerades på olika sätt men sökkombinationerna genererade ett stort antal träffar med ett brett fokus. Olika sökord så som *Attitudes* och *Beliefs* lades då till och kombinerades med ovanstående tre sökord men genererade för få antal träffar. För att ringa in ämnet och finna studier som svarade på aktuellt syfte så valdes slutligen sökordet *Disparities* (skillnader). Den boleriska termen *Or* användes vid varje sökord för att hitta synonymer, exempelvis *Disparities or inequality or bias or impact or preception*. Dessa ord skapade tillsammans ett sökblock. De fyra olika sökblocken kopplades sedan samman med *And*. Vid vissa sökord användes även trunkering, vilket innebär att ändelsen på sökordet kapades och märks med en stjärna (\*) för att även möjliggöra sökning efter tänkbara ändelser till ordet.

För att göra sökningen mer precis avgränsades sökningen till peer-reviewed artiklar på engelska mellan åren 2012–2022. Totalt genererade de slutgiltiga sökningarna i de tre databaserna 517 träffar varav 14 studier slutligen inkluderades i aktuell litteraturstudie. Utöver databassökning så genomfördes även manuell sökning utifrån genomgång av referenslistor. Utifrån detta inkluderades ytterligare sex studier.

Se tabell 1 nedan för en översikt av sökningarna samt bilaga 1 för mer ingående information om hur sökningarna genomförts.

Tabell 1: översikt av litteratursökningar

Databas Datum	Sökblock	Antal träffar
PsychINFO 220210	Children	295,915
	Attention deficit hyperactivity disorder	17,411
	Socioeconomic factors and cultural factors	210,214
	Disparities	406,186
	Totalt med avgränsningar år 2012–2022, peer reviewed, English language	184
PubmMed 220210	Children	739,310
	Attention deficit hyperactivity disorder	21,592
	Socioeconomic and cultural factors	813,417
	Disparities	231,411
	Totalt med avgränsningar år 2012–2022, peer reviewed, english language	192
Cinahl 220210	Children	418,688
	Attention deficit hyperactivity disorder	11,647
	Socioeconomic and cultural factors	252,199
	Disparities	350,339
	Totalt med avgränsningar år 2012–2022, peer reviewed, english language	141

## Bedömning av relevans och kvalitet

Relevansbedömningen syftar till att enbart inkludera studier som anses besvara frågeställningen och svara mot exklusions- och inklusionskriterier. Urvalet och bedömning av artiklar bör göras på ett strukturerat sätt (Folkhälsomyndigheten, 2017). Kvalitetsgranskningen syftar till att bedöma studiens vetenskapliga kvalitet och huruvida det finns några metodologiska brister som kan ha påverkat resultatet (SBU, 2020). Här nedan följer en beskrivning av tillvägagångssätt i aktuell studie. För mer ingående information om relevansbedömningen se *tabell 2* nedan och flödesschema *bilaga 2*. För kvalitetsgranskning se *bilaga 3*.

Relevansbedömningen utfördes enligt det av SBU:s (2020) rekommenderade förfarandet, vilket innebar att samtliga titlar som den slutgiltiga sökkombinationen genererade inledningsvis lästes igenom. I de fall titeln ansågs relevant för syftet lästes sedan abstraktet igenom. Därefter sållades artiklar bort om de inte ansågs svara på studiens syfte eller uppfylla de givna inklusionskriterierna. Totalt lästes 517 titlar och sammanlagt 149 abstrakt igenom. Utifrån abstrakten valdes sedan 44 artiklar ut för läsning i fulltext, med syfte att bedöma relevansen. Av dessa exkluderades 25 artiklar då de inte mötte exklusions- och inklusionskriterier eller svarade mot studiens syfte. Slutligen valdes 19 studier ut för kvalitetsgranskning. SBU (2020) rekommenderar vid systematiska litteraturstudier att utöver databassökningarna även göra manuella sökningar. Vid genomläsningen av artiklarna gick således även referenslistorna igenom vilket ledde till att ytterligare 14 potentiellt intressanta studier identifierades. Dessa söktes därefter upp i databas. Samtliga 14 abstract lästes igenom och därefter lästes nio av studierna i fulltext varav sju gick vidare till kvalitetsgranskning.

De totalt 26 kvarvarande artiklarna kvalitetsgranskades enligt Forsberg & Wengströms (2013) checklista för kvalitativa respektive kvantitativa studier. Checklistan innehåller strukturerade frågor angående studiens syfte, urval, datainsamling, analys och resultat. Checklistan modifierades något och de olika frågorna försågs med poäng för att lättare bedöma vilka artiklar som skulle inkluderas (se *bilaga 3* för mer information). Kvalitén bedömdes som låg, medelhög eller hög. Studier som bedömdes ha medelhög och hög kvalitet inkluderades i aktuell litteraturstudie enligt rekommendationer av Forsberg & Wengström (2013). Efter kvalitetsgranskningen exkluderades sex artiklar som inte bedömdes hålla tillräckligt hög kvalitet. Av de 20 artiklarna som slutligen inkluderades hade fem medelhög kvalitet och 15 hög kvalitet.

Tabell 2: Urvalsprocessen

Databas Datum	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal studier för relevans-bedömning	Antal studier för kvalitets-granskning	Utvalda studier för resultat
PsycINFO	184	48	14	7	6
PubMed	192	56	16	8	6
Chinal	141	45	14	4	2
Manuell sökning	14	14	9	7	6

## Databearbetning och analys

En innehållsanalys med induktiv ansats användes för att analysera materialet i artiklarna. Eriksson-Barajas, Forsberg & Wennström (2013) menar att en innehållsanalys kännetecknas av att data systematiskt och stegvis klassificeras för att kunna identifiera de mönster, teman och kategorier som framträder i materialet. En induktiv ansats innebär att data tolkas förutsättningslöst utan bakomliggande teorier vilket lämnar utrymme till att uppmärksamma mönster och kategorier som inte är lika tydligt framträdande.

I aktuell studie har den modell för innehållsanalys som presenteras hos Eriksson-Barajas, Forsberg & Wennström använts (2013). Stegen har utförts enligt följande: (1) Genomläsning av artiklar: de aktuella artiklarna lästes noggrant igenom upprepade gånger. (2) Identifiering av koder: detta skedde genom understrykning i texten i respektive artikel. Utifrån det identifierades koder, det vill säga ord eller meningar som utgjorde en central del i artikeln. Koderna från respektive artikel skrevs upp och jämfördes även med varandra. Exempel på koder var: *"föräldrar som skattar symptom högt"*; *"föräldrar som skattar symptom lågt"*; *"lärares skattning"*; *"Skillnader i skattning"*. (3) Kondensering till kategorier: koderna sammanställdes till kategorier. Det innebär att de koder som på något sätt bedömdes beröra samma område parades ihop för att identifiera mönster, skillnader och likheter. Ovanstående koder i steg 2 lades exempelvis ihop till kategorin *"faktorer som påverkar symptomskattning"*. (4) Sammanställning till teman: slutligen sammanställdes kategorierna till övergripande teman. Teman är en tolkning och kan formuleras till begrepp eller metaforer som sammanfattar ett antal kategorier. Kategorin *"faktorer som påverkar symptomskattning"* kom exempelvis slutligen att ingå i temat *Tolkning av barnets beteende*.

## Etiska överväganden

En systematisk litteraturstudie behöver inte godkännande från en etisk kommitté (SBU, 2020). Eriksson-Barajas, Forsberg & Wennström (2013) menar dock att det är viktigt att sträva efter ett etiskt förhållningssätt och göra etiska överväganden genom hela processen med litteraturstudier. I enlighet med rekommendationerna av Eriksson-Barajas, Forsberg & Wennström (2013) har det i arbetet med aktuell litteraturstudie strävats efter att följa rekommendationerna för systematiska litteraturstudier och tydligt redovisa de olika stegen i processen. Vidare hade alla inkluderade studier utom tre, antingen godkännande från etisk kommitté eller förde ett etiskt resonemang. De tre studierna där det inte framkom ett etiskt godkännande eller tydligt etiskt resonemang var registerstudier som innefattade en stor anonym population. Dessa studier var i övrigt av hög kvalitet och bedömdes inte åsamka någon skada och inkluderades därför i litteraturstudien.

## Förförståelse

Författaren har under flera års tid arbetat som specialistsjuksköterska i psykiatri på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning och träffat många barn i olika åldrar med ADHD-diagnos. I yrket har författaren både medverkat i bedömning och behandling av barn med ADHD-symptom samt arbetat med bedömning av inkommande remisser. En del av arbetet innefattade samverkan med exempelvis skola och författaren har därav en viss insikt i lärare och övrig skolpersonals syn på ADHD-symptom hos barn. Arbetet handlade även till stor del om stöd och rådgivning till föräldrar och utifrån detta har författaren även erfarenhet av föräldrars olika syn på diagnosen. Psykiatrisjuksköterskans kunskapsbas vilar på en biopsykosocial holistisk syn och förståelse av människan.

## Resultat

Resultatet bygger på 20 vetenskapliga studier. Av dessa är 15 kvantitativa, tre kvalitativa, en har mixad metod, och en är en litteraturstudie med metaanalys. Studierna är utförda i sju olika länder med en tydlig övervikt på USA.

USA (n=10) Storbritannien (n=2) Sverige (n=2) Tyskland (n=1) Danmark (n=1) Australien (n=1) Indien (n=1) USA/Australien/Danmark/Sverige (n=1) Internationell (n=1).

Se *bilaga 4* för mer information om studierna.

I resultatet framträdde två huvudkategorier där den första har fokus på subjektiva faktorer och den andra på kontextuella faktorer, vilka båda påverkar identifiering och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar.



Den första kategorin *Tolkning av barnets beteende* innehåller underkategorierna: *bedömning av symptom, förklaringsmodeller och förhållningssätt till behandling*

Den andra kategorin *Stressorer som påverkar barnets beteende* innehåller underkategorierna: *utsatt socioekonomisk situation och att tillhöra minoritetsgrupp.*

Under varje huvudkategori presenteras inledningsvis en kort sammanfattning av resultatet.

Tabell 3

<b><i>Tolkning av barnets beteende</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Bedömning av symptom</i></li><li>• <i>Förklaringsmodeller</i></li><li>• <i>Förhållningssätt till behandling</i></li></ul>
<b><i>Stressorer som påverkar barnets beteende</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Utsatt socioekonomisk situation</i></li><li>• <i>Att tillhöra minoritetsgrupp</i></li></ul>

## Tolkning av barnets beteende

Beteenden hos barn problematiserades i olika stor utsträckning och förstods som orsakade av ADHD i olika hög grad. Etnicitet, kulturell bakgrund, socioekonomisk status, förväntningar på barn, familjekonstellation och kön var faktorer som påverkade förhållningssättet till ADHD och tolkningen av barnets beteende. Barns beteenden problematiserades i alla kulturer och miljöer. Skillnaden låg i vilken typ av beteende som sågs som problematiskt, hur förklaringsmodellen såg ut, gränsdragningen för normalitet och avvikande, samt synen på lösning på problemet.

### *Skattning av symptom*

Flera faktorer hos både lärare, föräldrar och barn visade sig påverka hur barnets beteende upplevdes och tolkades. I amerikanska studier gällande skattning av ADHD-symptom hos barn utförda av föräldrar och lärare, visade sig etnicitet, kulturell bakgrund, socioekonomisk situation, värderingar, kön och mående påverka utfallet (DuPaul et al, 2015; Lawson et al, 2017; Harvey et al, 2013; Yodler & Willford, 2019; Haack et al, 2018). Det framkom en diskrepans mellan lärare och föräldrars upplevelse av barnens beteende. Detta gällde framför allt afroamerikanska föräldrar som skattade sina barns ADHD-symptom signifikant lägre

jämfört med lärarna (DuPaul, et al, 2015; Harvey et al, 2013; Lawson et al, 2017). Även föräldrar med latinamerikansk bakgrund skattade sina barns symptom lägre i förhållande till lärarna men skillnaden var här inte lika påtaglig. Vita föräldrar från majoritetsgruppens upplevelse av barnens symptom överensstämde till stor del med lärarnas bild (DuPaul et al, 2015; Haack et al, 2018).

Lärare tenderade att skatta barn, oavsett etnisk bakgrund, högt för ADHD-symptom. Vita föräldrar från majoritetsbefolkningen tenderade också generellt att skatta sina barn högt. Afroamerikanska barn var den grupp som ansågs ha mest påtagliga ADHD-symptom utifrån lärares bild, framför allt gällande hyperaktivitet och utmanande beteende. Afroamerikanska föräldrar skattade sina barns symptom lägre än vad vita föräldrar från majoritetsgruppen och föräldrar med latinamerikansk bakgrund gjorde (DuPaul, et al, 2015; Harvey et al, 2013; Lawson et al, 2017). Lärarens kulturella bakgrund och etnicitet tycktes också påverka synen på barnens beteende. I en studie av DuPaul med kollegor (2016) framkom att vita lärare tillhörande majoritetsbefolkningen skattade barnens ADHD-symptom lägre jämfört med lärare av annan etnisk bakgrund, oavsett barnets etniska bakgrund. I en liknande studie av Yoder & Willford (2019) visade sig dock lärarens etnicitet inte påverka upplevelsen av barnens hyperaktivitet/impulsivitet och koncentrationssvårigheter. Däremot tycktes lärare tillhörande majoritetsbefolkningen ha en lägre toleransnivå för ”olydigt” beteende och skattade samtliga barns beteende som mer problematiskt gällande störande beteende och trots. Studien visade också att utöver etnicitet påverkades skattningen av lärarens barnsyn. Lärare som hade högre krav på barnens följsamhet och samarbetsvilja skattade barnens beteende som mer problematiskt gällande både hyperaktivitet, koncentrationssvårigheter och störande beteende.

Utöver etnicitet och kulturell bakgrund påverkades symptombedömningen även av barnets socioekonomiska bakgrund. Barn med låg socioekonomisk status skattades högre av lärare och föräldrar gällande samtliga symptom jämfört med barn med hög socioekonomisk status (Lawson et al, 2017). Familjesituationen var ytterligare en aspekt som påverkade föräldrarnas skattning av barnets beteende (Lawson et al, 2017; Harvey et al, 2013). Faktorer såsom depression hos förälder och antal barn i familjen visade sig ha betydelse för hur föräldrarna upplevde sina barns beteende. Mammor med depression tillhörande majoritetsgruppen skattade sina barn högre gällande samtliga ADHD-symptom jämfört med lärarna och föräldrar utan depression. Detta mönster fanns dock inte hos föräldrar med afroamerikansk bakgrund. Trots att depression var vanligast förekommande hos afro-amerikanska mammor skattade de sina barns symptom lägre jämfört med vita mammor utan depression. Detta talar för att etnicitet var den mest avgörande faktorn gällande föräldrarnas upplevelse av barnens beteende (Harvey et al, 2013). Även hos Lawson med kollegor (2017) visade sig etnicitet ha en avgörande effekt på bedömningen då föräldrar från minoritetsgrupper hade påtagligt lägre socioekonomisk status än föräldrar från den vita majoritetsgruppen men trots detta upplevde färre ADHD-symptom hos sina barn.

Även förälderns kön och familjekonstellationen hade betydelse för upplevelsen av barnets symptom. Mammorna skattade generellt sina barns hyperaktivitet och aggressivitet högre än papporna. Föräldrar med många barn tenderade att skatta sina barns hyperaktivitet och aggressivitet högt och upplevde ofta barnen ha mer påtagliga problem än vad som uppmärksammades av lärare (Harvey et al, 2013).

I en studie av Lawson med kollegor (2017) visade sig lärarnas och föräldrarnas subjektiva bedömningar av barnens beteende inte överensstämma med klinisk bedömning av symptomen. Vid observation och skattning av psykolog bedömdes afro-amerikanska barn, i motsats till lärarnas bedömning, ha lägre grad av symptom jämfört med vita barn. Socioekonomisk situation hade här inte någon avgörande effekt på symptomens svårighetsgrad. Ytterligare en studie, av MacDonald med kollegor (2019) visade att föräldrars bedömning inte alltid överensstämmer med klinisk bedömning. Föräldrar tillhörande majoritetsbefolkningen i USA och Australien uppskattade i 10% respektive 11% av fallen att deras barn hade en symptombild som motsvarade en ADHD-diagnos. Hos motsvarande föräldragrupp i Sverige och Norge var siffran 4%. Vid en ADHD-liknande bedömning av psykolog framkom inte någon skillnad mellan barnen, vilket enligt författarna skulle kunna peka på en överrapportering av symptom i vissa västerländska kulturer.

Sammanfattningsvis framkom tydliga mönster gällande skattning av barns ADHD-symptom. Afroamerikanska föräldrar var den grupp av föräldrar som skattade sina barns symptom lägst medan lärare i kontrast skattade denna barngrupp högst. Föräldrar från majoritetsgruppen tenderade att skatta sina barn högt. Andra faktorer som ledde till hög skattning var; depression hos modern, högt antal barn i familjen, samt låg socioekonomisk status. Detta mönster var tydligast hos majoritetsgruppen och etnicitet tycktes påverka skattningen mer. Lärare med höga krav på barns lydighet skattade samtliga symptom högre. Psykologbedömning tenderade att inte överensstämma med lärar- och föräldraskattning.

### *Förklaringsmodeller*

Kulturella faktorer påverkade förklaringsmodellerna till ADHD-symptom då föräldrar med ursprung utanför den så kallade västerländska kulturen ofta hade andra förklaringsmodeller till barnens svårigheter än den biologisk-medicinska. I studier med föräldrar av latinamerikanskt, indiskt och aboriginskt ursprung framkom att sociala problem, bristande föräldraskap och psykologiska problem hos barnet var de vanligast förekommande förklaringarna till ADHD-liknande beteende hos barn (Haack et al, 2018; Shah et al 2019; Loh et al, 2017). Många föräldrar använde sig också av en kombination av biologiska orsaker, så som hjärnskada eller utvecklingsstörning, och ovanstående modeller (Shah et al, 2019; Loh et al, 2017). Haack med kollegor (2018) fann i en studie med latinamerikanska mödrar att terminologin "ADHD" sällan användes för att förklara barnets svårigheter. Både Shah med kollegor (2019) och Loh med kollegor (2017) såg i studier med indiska respektive aboriginska föräldrar att det fanns en begränsad kunskap om vad en ADHD-diagnos innebar. Av de indiska föräldrar vars barn fått en ADHD-diagnos visste över en tredjedel inte om att barnet fått diagnosen och kände inte heller till vad diagnosen innebar. De indiska föräldrarna upplevde ofta stigma kopplat till psykiatrisk kontakt och initierade själva kontakten för utredning endast i 10 % av fallen.

Ett aktivt beteende hos barn sågs i stor utsträckning som normalt och problematiserades inte i så hög utsträckning varken av de indiska, aboriginska eller latinamerikanska föräldrarna. I vissa sammanhang sågs det som något positivt (Shah et al, 2019; Loh et al, 2017). Detta ansågs särskilt gälla de latinamerikanska pojkar (Haack et al, 2018). Shah med kollegor

(2019) lyfter fram att många indiska föräldrar i studien såg sina barns beteende som ”mer eller mindre normal” olydnad och kände sig ambivalenta inför ADHD-diagnosen

Beteenden som lyftes fram som särskilt problematiska och icke önskvärda var ett trotsigt och respektlöst beteende eller när barnet hade svårigheter i skolan. Föräldrarna identifierade dock sällan dessa svårigheter som orsakade av ADHD (Haack et al, 2018; Shah et al 2019; Loh et al, 2017).

Även inom den så kallade västerländska kulturen tycktes det finnas skillnader i hur föräldrar upplever sina barns beteende, i vilken utsträckning det problematiseras och sågs som orsakat av ADHD. I en studie av MacDonald med kollegor (2019) uppskattade föräldrar från USA och Australien att deras barn hade ADHD-symptom i mer än dubbelt så hög utsträckning som föräldrar från Sverige och Norge. Skillnaden förklarades utifrån att traditionen med ADHD-diagnos funnits längre i USA samt att skolor i USA och Australien är striktare och ställer högre krav på barns lydnad.

### *Förhållningssätt till behandling*

Barnets kulturella bakgrund påverkade även förhållningssättet till behandlingen. Vita barn från majoritetsbefolkningen medicinerade i betydligt högre utsträckning än minoritetsbarnen (Davis et al, 2021; Jabloniska et al, 2020; Arat, Östberg, Burström & Hjern, 2018; Morgan et al, 2013). I vilken utsträckning minoritetsbarnen medicinerades påverkades av föräldrarnas ursprungsland. Jabloniska med kollegor (2020) fann i en svensk studie att barn med rötter i Mellanöstern och Afrika var minst benägna att medicinera. I en annan svensk studie av Arat med kollegor (2018) framkom att barn till föräldrar med ursprung i låginkomstländer utanför Europa medicinerade i betydligt lägre utsträckning än barn vars föräldrar hade sitt ursprung i höginkomstländer. Författarna menar att förhållningssättet till medicinering troligtvis är påverkat av graden av västerländska influenser i ursprungslandet. Enligt Knopf med kollegor (2012) hade barn i Tyskland sex gånger lägre sannolikhet att medicinera om deras föräldrar hade sitt ursprung utanför Tyskland. De bedömde att föräldrars inställning till ADHD-diagnos och medicinering samt hinder för att söka vård påverkade prevalensen.

I två oberoende studier med aboriginer i Australien och föräldrar med latinamerikanskt ursprung i USA framkom att majoriteten var negativt inställda till ADHD-medicinering men positivt inställda till psykosocial behandling (Loh et al, 2017; Haack et al 2018). I den aboriginska studien uttryckte deltagarna oro över att barnet skulle bli avstängt av medicinen och såg det som en sista utväg endast när barnet hade omfattande svårigheter. Det framkom även en oro över att behandlingsmodellerna som erbjöds var utformade efter västerländska barn och därför inte skulle kunna appliceras på de aboriginska barnen (Loh et al, 2017). I en amerikansk studie medicinerade barn från minoritetsgrupper i lägre utsträckning men fick psykosocial behandling i högre utsträckning jämfört med barn från majoritetsbefolkningen (Davis et al, 2021). Bland institutionaliserade ungdomsbrottslingar fann Baglivio med kollegor (2016) dock att afroamerikanska pojkar med ADHD och/eller uppförandestörningsdiagnos hade 32% lägre sannolikhet att få psykologisk behandling jämfört med vita pojkar och pojkar med latinamerikansk bakgrund. Detta trots att de även

hade diagnosen posttraumatisk stress i högre utsträckning. Detta resultat kan bero på att pojkar inte erbjuds behandling eller att de själva inte ville ha behandling.

## Stressorer som påverkar barnets beteende

Det framkom ett samband mellan socioekonomiska faktorer, så som ekonomisk situation, familjestruktur och bostadsområdets karaktäristika, och förekomsten av ADHD-diagnos och ADHD-medicinering. Utsatt socioekonomisk situation ökade sannolikheten att barnet skulle diagnostiseras med ADHD och medicinera. Barn från etniska minoritetsgrupper hade dock lägre sannolikhet att diagnostiseras med ADHD och lägre sannolikhet att använda ADHD-medicinering jämfört med barn från majoritetsbefolkningen i samtliga länder som undersökts i aktuell litteraturstudie. Detta trots att barn från minoritetsgrupper ofta kom från familjer och områden med låg socioekonomisk status.

### *Utsatt socioekonomisk situation*

Fördelningen av ADHD-diagnoser varierade stort mellan olika socioekonomiska grupper. Flera oberoende studier från olika länder påvisade att låg socioekonomisk status var förknippat med ökad sannolikhet för ADHD-diagnos hos barnen. De faktorer som enhälligt visade sig vara avgörande utgjordes av: utsatt ekonomisk situation, låg utbildningsnivå hos förälder, att växa upp med ensamstående förälder samt arbetslöshet hos förälder (Russel, Ford & Russel, 2018; Keilow, Wu & Obel, 2020; Bozinovic et al, 2021; Hier et al, 2018; Russel et al, 2015). Samma samband fanns gällande fördelning av ADHD-medicinering, där barn med låg socioekonomisk status medicinerade i betydligt högre utsträckning än barn med hög socioekonomisk status (Jabloniska et al, 2020; Arat et al, 2018; Davis et al, 2021; Knopf; 2012).

Svårighetsgraden på ADHD-symtomen, framför allt gällande hyperaktivitet, ökade ju mer utsatt socioekonomisk situation barnet befann sig i (Russel, Ford & Russel, 2018). Även sannolikheten att använda medicinering ökade i takt med att inkomstnivån sjönk (Jabloniska et al, 2020). Keilow, Wu & Obel (2020) såg i en dansk studie ett liknande mönster med ett kumulativt samband mellan antalet socioekonomiska nackdelar och sannolikheten för att barnet skulle få en ADHD-diagnos. De variabler som var mest associerade med ADHD diagnos var utbildningsnivå hos förälder, arbetslöshet och relativ fattigdom. När en av dessa variabler fanns närvarande ökade sannolikheten med 0,9–2 procentenheter. Motsvarande siffra när samtliga variabler fanns närvarande var 4,9 procentenheter. I en stor metastudie av Russel med kollegor (2015) innehållande studier från samtliga kontinenter konstaterades att låg socioekonomisk status (låg utbildningsnivå hos föräldrar, låg inkomst och ensamstående förälder) ökade sannolikheten för en ADHD-diagnos 1,85–2,21 gånger jämfört med barn från familjer med hög socioekonomisk status. I en amerikansk studie framkom dock att barn som saknade sjukvårdsförsäkring, det vill säga de barn med allra mest utsatt ekonomisk situation, hade lägre sannolikhet att få en ADHD-diagnos och medicinering, vilket förstods utifrån att de inte hade möjlighet att söka hjälp och få en utredning (Morgan et al, 2013).

Föräldrarnas hälsa tycktes också ha betydelse för sannolikheten att få ADHD-diagnos och medicinering. Barn till föräldrar som skattade sin hälsa lägre hade ADHD-diagnos i högre utsträckning än barn vars föräldrar skattade sin hälsa som god (Knopf et al, 2012).

Olikheten i fördelningen av ADHD-diagnoser sträckte sig bortom individnivå. Flera studier visade att det fanns stora skillnader i fördelningen av ADHD-diagnoser mellan olika områden, där fattiga områden hade en högre prevalens (Jabloniska et al, 2020; Bozinovic et al, 2021; Hier et al, 2018; Knopf et al, 2012; Davis et al, 2021). I en brittisk studie av Hier med kollegor (2018) påvisades skillnader i förekomst av ADHD både mellan länderna inom unionen och inom länderna. De områdena med knappa ekonomiska resurser hade en högre prevalens av ADHD-diagnoser. Detta mönster återfanns i samtliga unioner.

Bozinovic med kollegor (2021) såg i sin amerikanska studie att ett otryggt bostadsområde och en otrygg dysfunktionell skolmiljö korrelerade med prevalensen av ADHD-diagnoser. Faktorer så som låg tillgång till bibliotek, fritidsaktiviteter, parker, liksom slitna faciliteter var förknippade med högre sannolikhet för ADHD-diagnos.

Två oberoende studier från USA och Tyskland visade att barn som växte upp i storstadsmiljöer hade högre sannolikhet att få en ADHD-diagnos jämfört med barn från landsbygden (Davis et al, 2021; Knopf et al, 2012). Knopf med kollegor (2012) drar slutsatsen att detta kan bero på ökad tillgång till vård samt trångboddhet i de urbana miljöerna.

#### *Att tillhöra minoritetsgrupp*

Barnets kulturella och etniska bakgrund påverkade således prevalensen av ADHD-diagnoser. Barn från minoritetsgrupper hade signifikant lägre sannolikhet att få en ADHD-diagnos jämfört med vita barn från majoritetsbefolkningen *trots* att de ofta tillhörde gruppen med låg socioekonomisk status (Morgan et al, 2013; Jabloniska et al, 2020; Davis et al, 2021). I en amerikansk studie hade afro-amerikanska barn hela 69% lägre sannolikhet att få en ADHD-diagnos jämfört med vita barn från majoritetsbefolkningen. Motsvarande siffra för barn med latinamerikansk bakgrund var 50% (Morgan et al, 2013). Davis med kollegor (2021) fann att barn med latinamerikansk bakgrund hade lägre sannolikhet att få en ADHD-diagnos jämfört med vita barn, och även lägre sannolikhet än afroamerikanska, även om denna skillnad inte var lika påtaglig.

Barnets socioekonomiska situation påverkade sannolikheten att få en ADHD-diagnos men etnicitet och kulturell bakgrund tycktes vara en mer avgörande faktor. Jabloniska med kollegor (2020) såg i sin svenska studie att låg socioekonomisk status ökade sannolikheten för ADHD-diagnos men att sannolikheten minskade i bostadsområden där över 25% av befolkningen hade migrantbakgrund, trots att dessa områden ofta klassas som utsatta och har låg socioekonomisk status.

Enligt Assari & Howard-Caldwell (2019) ledde stabil socioekonomisk situation hos föräldrar vid barnets födsel till låg sannolikhet att barnet skulle få en ADHD-diagnos vid 15-års ålder. Detta samband gällde dock endast för barn från den vita majoritetsbefolkningen och inte för barn från minoritetsbefolkningen. Tryggare ekonomisk situation var alltså inte en skyddande faktor för dessa barn, vilket författarna diskuterar beror på strukturell rasism,

segregerade bostadsområden och minskad möjlighet till social mobilitet samt generellt sämre förutsättningar i livet, vilket skapar stress.

I en amerikansk studie på institutionaliserade kriminella ungdomar av Baglivio med kollegor (2016) framkom att afroamerikanska pojkar och pojkar med latinamerikansk bakgrund hade nästan 40% lägre sannolikhet än vita pojkar att vid utredning diagnostiseras med ADHD. Gällande flickor fanns inte någon skillnad utifrån etnicitet. Afroamerikanska pojkar hade i stället 40% högre sannolikhet att diagnostiseras med uppförandestörning eller trotsyndrom jämfört med vita pojkar. Dessa diagnoser klassas inte som neuropsykiatriska utan anses främst orsakade av dysfunktionell miljö och bristande uppfostran. För afroamerikanska flickor var motsvarande siffra 54%. Afroamerikanska pojkar var överrepresenterade bland ungdomar som var dömda till ungdomsvård.

## **Diskussion**

Diskussionen är indelad i resultat- och metoddiskussion.

### **Resultatdiskussion**

Resultatet från aktuell litteraturstudie visade att kulturella och socioekonomiska faktorer spelade en viktig roll vid identifiering och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar. Subjektiva och kontextuella faktorer samverkade och påverkade vem som fick en diagnos. Barnets kulturella och sociala bakgrund påverkade hur omgivningen tolkade barnet och vilken typ av beteenden som problematiserades. Föräldrar med ursprung i den västerländska kulturen var mer benägna att tolka barnets beteende som orsakat av ADHD medan föräldrar med ursprung utanför den västerländska kulturen i högre utsträckning tenderade att använda andra förklaringsmodeller. Låg socioekonomisk status ökade risken för att barnet skulle uppvisa koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet och svårigheter att reglera humör och impulser. Barn från majoritetsbefolkningen fick dock diagnosen ADHD i betydligt högre utsträckning än barn från minoritetsgrupper och medicinerade även i högre utsträckning.

Ett av huvudresultaten från aktuell litteraturstudie var att barn som växte upp i en socioekonomiskt ogynnsam miljö hade betydligt högre sannolikhet än barn från socioekonomiskt starka familjer att få en ADHD-diagnos, i vissa fall upp till fyra gånger högre sannolikhet. Faktorer som uppmärksammats ha särskilt stor påverkan var fattigdom, låg utbildningsnivå hos förälder och att växa upp med en ensamstående förälder. Detta resultat återfanns i samtliga inkluderade studier som undersökt frågan, och påverkades inte av studiens ursprung (Russel, Ford & Russel, 2018; Keilow, Wu & Obel, 2020; Bozinovic et al, 2021; Hier et al, 2018; Russel et al, 2015). Det dominerande perspektivet på ADHD idag är det biologiskt-medicinska där diagnosen ses som orsakat främst av ärftligt faktorer och antas vara jämnt fördelat globalt (American Psychiatric Association 2022; Polanzkey et al, 2007).

Utifrån detta perspektiv är det svårt att förstå de stora skillnaderna i diagnosfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper som framkom i genomförd studie, där barnets bakgrund och den aktuella kontexten visade sig ha en mycket stor betydelse för vem som diagnostiseras med ADHD. Smith (2017) menar i kontrast att kulturella och sociala faktorer behöver tas i större beaktande vid ADHD-diagnostisering då situationen individen befinner sig i påverkar beteendet, och även påverkar vilka beteenden som problematiseras. Det skulle självklart kunna vara så att diagnosen ADHD är vanligare förekommande hos föräldrar med låg socioekonomisk status och på så sätt överförs genetiskt till barnen. Oavsett perspektiv så kvarstår dock faktum att utsatt socioekonomisk situation i hög grad är förknippat med hyperaktivitet, impulsivitet och koncentrationssvårigheter.

Låg socioekonomisk status har även vid tidigare studier om barns psykiska och fysiska hälsa visat sig ha stor påverkan på barns mående och funktion. Enligt Reiss (2013) har barn och ungdomar från familjer med socioekonomiska nackdelar större risk att utveckla psykisk ohälsa och har en högre risk att misslyckas i skolan. En intressant aspekt är att ADHD-diagnosen som sådan är förknippad med liknande risker. Faraone med kollegor (2021) lyfter att ADHD ökar risken för psykisk och fysisk ohälsa, skolmisslyckanden och framtida arbetslöshet.

Utifrån detta väcks frågan om vad som är orsak och vad som är verkan om det alltid är möjligt att särskilja dessa tillstånd. Fattigdom tycks dock vara en central aspekt och tätt förknippat med ADHD. Aleman-Diaz med kollegor (2016) menar att fattigdom skapar stress och otrygghet och att barn är den grupp som påverkas mest.

Det visade sig i aktuell litteraturstudie att korrelationen mellan ADHD-diagnos och låg socioekonomisk status sträckte sig bortom individnivå. Bostadsområdet och närområdet påverkade sannolikheten att få en ADHD-diagnos och fattiga urbana områden var särskilt överrepresenterade gällande diagnoser (Bozinovic et al, 2021; Knopf et al, 2012; Davis et al, 2021). Faktorer som dysfunktionell skolmiljö och otryggt närområde ökade sannolikheten för diagnos (Bozinovic et al, 2021). Conrad (1992) menar att medikalisering, det vill säga processen när tillstånd och beteenden som tidigare inte definierats som medicinska omdefinieras till sjukdomar och diagnoser, kan leda till individualisering av det som kan ses som kollektiva sociala problem. Utifrån teorin om medikalisering skulle överrepresentationen av ADHD-diagnoser hos socioekonomiskt utsatta barn kunna vara symptom, och till viss del normala reaktioner på stress och en dysfunktionell omgivning så som exempelvis otrygg skola och fattigdom. Barnet riskerar på så sätt att göras till ett problem även då det kanske många gånger uppvisar ett utifrån omständigheterna adekvat beteende som är symptom på yttre stressorer.

Utöver socioekonomisk status påverkade även etnicitet och kulturell bakgrund sannolikheten att barnet skulle få en ADHD-diagnos. Barn från etniska minoritetsgrupper hade lägre sannolikhet att få en diagnos, trots att de ofta kom från familjer med låg socioekonomisk status (Morgan et al, 2013; Jabloniska et al, 2020; Davis et al, 2021). Detta kan förstås i relation till litteraturstudiens övriga resultat som visade att föräldrar med ursprung i kulturer utanför den västerländska ofta använde andra förklaringsmodeller än ADHD till barnets beteende (Haack et al, 2019; Shah et al 2019; Loh et al, 2017) och även tycktes ha en högre toleransnivå för, och i lägre utsträckning problematisera, ADHD-symptom hos barnen (DuPaul et al, 2015; Lawson et al, 2017; Harvey et al, 2013; Yodler &



Willford, 2019; Haack et al, 2018). Den kulturella kontextens betydelse för tolkningen av barns funktion har setts även i tidigare studier. Due med kollegor (2014) menar att synen på barns funktion, mående och hälsa är kulturellt bunden och på så sätt har olika betydelse i olika delar av världen.

Ett intressant resultat från aktuell litteraturstudie som ytterligare påvisar att kulturella och sociala faktorer påverkar hur beteenden problematiseras, var att i kontrast till föräldrarna, bedömde lärare ofta att barn från etniska minoritetsgrupper hade ett problematiskt och ”ADHD-liknande” beteende. De upplevde också fler ADHD-symptom hos denna barngrupp jämfört med barn från majoritetsgruppen (DuPaul, et al, 2015; Harvey et al, 2013; Lawson et al, 2017). En tänkbar förklaring till detta skulle kunna vara bias hos läraren. Clark (2007) menar att känslor och beteenden mot etniska minoritetsgrupper, i synnerhet afroamerikanska pojkar och män, ofta är påverkade av bias som utgår från nedsättande stereotyper. De ses ofta som farliga, våldsamma och kriminella. Denna bild ökade troligtvis lärares benägenhet att se minoritetsbarnen, särskilt afroamerikanska pojkar, som stökiga och problematiska. Givetvis kan det även vara så att minoritetsbarnen faktiskt uppvisade ett ADHD-liknande beteende som inte noterades eller problematiserades av föräldrar men uppmärksammades av lärare.

Ytterligare en förklaring till att barn från minoritetsgrupper var underrepresenterade gällande ADHD-diagnos kan vara bias hos vårdpersonal som utreder barnet. Vid klinisk utredning fick barn från etniska minoritetsgrupper en ADHD-diagnos i betydligt lägre utsträckning. Afroamerikanska pojkar och flickor tenderade att i stället i hög utsträckning få uppförandestörningsdiagnoser (Baglivio et al, 2016). FitzGerad och Hurst (2017) menar att vårdpersonal besitter omedveten bias i lika hög utsträckning som övriga befolkningen vilket kan ha påverkat bedömningen. Enligt Slade (2004) tenderar personal inom psykiatrin att tolka beteendet hos pojkar tillhörande minoritetsgrupper som kriminellt och självstyrt medan beteendet hos vita ungdomar oftast tolkas som psykiatriska sjukdomar och något som ligger utanför individens kontroll.

Även bedömningen av vita majoritetsbarn kan givetvis vara påverkad av bias. Resultatet från litteraturstudien visade att pojkar tillhörande majoritetsgruppen (Morgan et al, 2013; Jabloniska et al, 2020; Davis et al, 2021) med låg socioekonomisk status (Russel, Ford & Russel, 2018; Keilow, Wu & Obel, 2020; Bozinovic et al, 2021; Hier et al, 2018; Russel et al, 2015) var klart överrepresenterade vid ADHD-diagnos. Detta bekräftar en stereotyp bild av ”ADHD-killen” vilket kan leda till att beteenden lättare förstås som orsakade av ADHD hos vissa barn än hos andra. Ett biresultat från aktuell litteraturstudie var att i samtliga studier som undersökte skillnader mellan könen, visade sig flickor vara klart underrepresenterade gällande ADHD-diagnoser och uppskattades även ha färre symptom. Detta resultat skulle kunna vara påverkat av könsstereotypa föreställningar. Det visade sig i aktuell litteraturstudie att även lärarens barnsyn påverkade i vilken utsträckning barn upplevdes som problematiska. Lärare med höga krav på lydnad upplevde fler ADHD-symptom hos barn generellt (Yoder & Willford, 2019). Detta är relevant då ADHD-utredning i den svenska kontexten lägger vikt vid både lärare och föräldrars skattning av barn, och det ofta är skolan som väcker frågan om utredning (Socialstyrelsen, 2014b). Bias och stereotypa föreställningar riskerar att leda till att olika grupper av barn missförstås och inte får rätt typ av hjälp. Då ADHD-diagnostisering bygger på subjektiva bedömningar av symptom är det viktigt att vara medveten om hur pass

stor utsträckning kulturella, etniska och socioekonomiska faktorer visat sig påverka bedömningen av barn.

Majoriteten av de inkluderade studier som behandlade etnicitet och kulturella faktorer drog slutsatsen att barn från etniska minoritetsgrupper var underdiagnostiserade och föräldrar med ursprung i länder utanför den västerländska har en kunskapsbrist och behöver lära sig om ADHD. På detta sätt problematiseras synsätt som avviker från det biologiskt-medicinska, och det så kallade västerländska synsättet konceptualiseras som det 'sanna', med implikationen att kulturer som inte medikaliserar barns beteende i samma utsträckning lider av en kunskapsbrist. Detta kan förstås utifrån medikaliseringsteori där Conrad (1975) beskriver problemet med expertkontroll. Medicinska experter får på detta sätt tolkningsföreträde på allt som kan konceptualiseras som sjukdom, och andra tolkningar och förklaringsmodeller ses inte som giltiga. Även Åkesson (2016) lyfter fram en maktobalans gällande vem som har rätten att problematisera och kategorisera barn där vuxenvärlden, och framför allt majoritetsbefolkningen i samhället har tolkningsföreträde.

Om vissa grupper och kulturer har tolkningsföreträde på barns beteende finns en risk att de som har andra synsätt och förklaringsmodeller att inte få den hjälp de är i behov av. I aktuell litteraturstudie var det tydligt att barn från minoritetsgrupper medicinerade i lägre utsträckning (Davis et al, 2021; Jabloniska et al, 2020; Arat, Östberg, Burström & Hjern, 2018; Morgan et al, 2013) och att föräldrar med ursprung utanför den västerländska kulturen ofta föredrog psykosociala behandlingsinsatser (Loh et al, 2017; Haack et al 2019). Medicinering är idag den främsta rekommenderade behandlingen vid ADHD och 75% av barn med ADHD-diagnos i Sverige medicinerar (Socialstyrelsen, 2021). Om diagnos och medicinering ses som universella lösningar på barnets problematiska beteende finns en risk att barn vars föräldrar har andra förklaringsmodeller ändå upplever sig tvungna att låta utreda och medicinera sitt barn. SFBUP (2016) lyfter barnets rätt till anpassningar och stöd i skolan inte ska vara avhängd en diagnos. Riksförbundet Attention (2022) menar dock att många föräldrar vittnar om att en ADHD-diagnos många gånger behövs för att svårigheterna ska tas på allvar.

Barn från etniska minoritetsgrupper tycks vara en särskilt sårbar grupp. I aktuell litteraturstudie visade det sig att hög socioekonomisk status hos familjen vid barnets födsel var en skyddande faktor från ADHD-diagnos vid 15 års ålder hos barn från majoritetsgruppen men inte hos barn från minoritetsgruppen, vilket antogs vara orsakat av den stress strukturell rasism orsakar (Assari & Howard-Caldwell, 2019). Enligt Baglivio med kollegor (2016) var ungdomar tillhörande minoritetsgrupper, särskilt afroamerikanska pojkar, överrepresenterade inom ungdomskriminalitet. Pastor & Reuben (2005) lyfter att familjer tillhörande minoritetsgrupper ofta upplever flera barriärer till att söka vård för psykiatriska tillstånd. Språkliga och kulturella barriärer försvårar ofta kontakten och psykiatrisk vård kan vara förknippat med stigma.

Utifrån det dubbla utanförskap och barriärer till att söka vård denna barngrupp ofta upplever är det av vikt att de uppmärksammas och får det stöd de behöver. Det finns behov av en ökad flexibilitet och att se bortom den rådande västerländska ADHD-diskursen som ensidig förklaring och lösning på barns problematiska beteende.

## Metoddiskussion

För att besvara frågeställningen hur socioekonomiska och kulturella faktorer relaterar till identifiering och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar har en systematisk litteraturstudie använts som metod. En viktig aspekt för studiens trovärdighet är enligt Larsen (2018) att vald metod har förmåga att svara på aktuellt syfte och frågeställningar. Då aktuell frågeställning kan anses bred bedömdes metoden lämplig för att få en helhetsförståelse av fenomenet. Valet föll också på att inkludera både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Enligt SBU (2020) ger kvalitativa artiklar en fördjupad förståelse för exempelvis upplevelser och attityder medan kvantitativa artiklar ofta kan bidra med statistik och effekter. Att inkludera både kvalitativa och kvantitativa artiklar kan på så sätt anses ge den aktuella studien både bredd och djup vilket leder till en helhetsförståelse av området. Ytterligare en aspekt som enligt Larsen (2018) stärker en studies trovärdighet är i vilken utsträckning de inkluderade studierna är relevanta för att besvara det aktuella syftet. I aktuell litteraturstudie exkluderades ett stort antal artiklar efter genomläsning då de inte bedömdes ha relevans för syftet.

En systematisk litteraturstudie ska följa ett systematiskt tillvägagångssätt genom hela processen. I aktuell studie har de rekommendationer för tillvägagångssätt som presenteras hos SBU (2020) samt hos Eriksson-Barajas, Forsberg & Wengström (2013) följts avseende avgränsning och formulering av forskningsfrågan, litteratursökning, bedömning av relevans, analys och sammanställning av resultat. En viktig aspekt är att vara transparent och redovisa de olika stegen i processen (Eriksson-Barajas, Forsberg & Wengström, 2013). I aktuell litteraturstudie har författaren strävat efter att så tydligt som möjligt beskriva sökprocess, urval och analysprocess, både i den löpande texten samt i tabeller och flödesscheman. Samtliga av resultaten som den systematiska litteraturstudien bygger på har också presenterats i bilaga 4. Larsen (2018) menar att det är oetiskt att endast presentera resultat som stödjer forskarens förståelse och åsikter.

SBU (2020) rekommenderar en testsökning för att få en överblick av området, vilket också genomfördes i aktuell studie. Utifrån genomgång av studier som berörde det aktuella området identifierades relevanta sökord och synonymer som sedan användes i fritextsökning. Det var inledningsvis svårt att få fram relevanta sökkombinationer då både attityder, upplevelser och aktuella förhållanden så som exempelvis prevalens av diagnoser ansågs vara intressanta för att kunna besvara studiens syfte. Det visade sig finnas betydligt färre kvalitativa studier som undersökte upplevelser och attityder jämfört med artiklar som hade ett mer medicinskt fokus. De fyra slutgiltiga sökblocken ansågs vara de mest lämpade att fånga upp studier som besvarade syftet. Att identifiera sökblock enligt PICO-metoden underlättade för strukturen vid sökningarna. Att använda sig av den boleriska termen *Or* inom respektive sökblock gjorde det möjligt att inkludera närliggande sökord vilket minskade risken för att relevanta studier missades. Även trunkering av vissa sökord minskade risken att missa studier.

Sökningarna skedde i tre databaser, vilket är rekommenderat både av Folkhälsomyndigheten (2017) och SBU (2020), då det ökar bredden och minskar risken att missa studier. Valda databaser PsycInfo, Chinal och Medline bedömdes som lämpliga då de täcker ett brett område, inkluderande psykologi, beteendevetenskap, omvårdnad, socialomsorg, folkhälsovetenskap och medicin, vilket ansågs lämpligt då Barn- och ungdomsvetenskap är ett tvärvetenskapligt ämne. Som ett komplement till databassökningarna utfördes även en

manuell sökning utifrån referenslistor. Detta är rekommenderat av SBU (2020) då det ytterligare minskar risken att missa relevanta studier.

I enlighet med rekommendationer av Thorén (2019) har författaren inledningsvis reflekterat och skrivit ner sin förförståelse, och genom hela processen reflekterat över hur den påverkat tolkningen av materialet. Förförståelse har också regelbundet diskuterats med handledare. Enligt Thoren (2019) går det dock aldrig att helt frigöra sig från sin förförståelse. Då författaren har lång erfarenhet av arbete med barn och ungdomar med ADHD-diagnos har dessa erfarenheter troligtvis i viss utsträckning påverkat tolkning och analys. Förförståelsen är dock tydligt redogjord för läsaren i metodavsnittet, med syfte att uppnå ökad trovärdighet.

En potentiell svaghet med aktuell litteraturstudie är att författaren ensam utfört arbetet. Enligt SBU (2020) och Folkhälsomyndigheten (2017) rekommenderas att systematiska litteraturstudier utförs om minst två forskare för att minimera risken för bias, metodologiska fel och tolkningsfel. Författaren har dock regelbundet lämnat in delar av arbetet till handledare för diskussion och feedback. Ytterligare en svaghet är att studien bygger på en övervägande mängd kvantitativa artiklar. Det hade varit önskvärt med fler kvalitativa artiklar då delar av resultatet grundar sig endast på ett litet antal artiklar. Det visade sig dock, trots upprepade sökningar, vara svårt att hitta kvalitativa artiklar som svarade mot syftet och uppfyllde inklusionskriterier och kvalitetskrav. Flera av artiklarna med kvantitativ ansats var dock studier som byggde på skattning av attityder, förhållningssätt och uppskattning av barnens beteende vilket fångar in en viktig del av aktuellt syfte.

En systematisk litteraturstudie ska enligt SBU (2020) täcka in samtlig litteratur som är relevant för området. Folkhälsomyndigheten (2017) menar dock att kraven på mängden insamlat material är påverkade av studiens anspråk och resurser som finns att tillgå. Trots att författaren varit grundlig i sökningarna finns alltid en sannolikhet att viktig information missats.

Den aktuella litteraturstudien bygger på artiklar från åtta olika länder. En klar majoritet av studierna var utförda i USA och Europa. Det hade varit önskvärt med fler studier från andra delar av världen för att erhålla fler perspektiv och en ökad överförbarhet. Faraone med kollegor (2003) menar samtidigt att de flesta studier som finns att tillgå är just från USA och Europa då dessa länder har en mer utbredd tradition av ADHD-diagnostik. De inkluderade studierna i aktuell litteraturstudie kan följaktligen ses som representativa för forskningsfältet. Ytterligare en faktor gällande de inkluderade artiklarna som kan påverka överförbarheten av aktuell litteraturstudies resultat är att sjukvårdens uppbyggnad skiljer sig åt mellan de olika länderna och även utredningsförfarandet kan se olika ut. USA har exempelvis inte gratis hälso- och sjukvård för barn vilket är fallet i Sverige och vissa andra delar av Europa. Detta påverkar möjligheten att dra generella slutsatser utifrån resultatet.

## **Konklusion och implikationer**

Aktuell litteraturstudie visar att kulturella och socioekonomiska faktorer har en påtaglig betydelse vid identifiering och behandling av ADHD-symptom hos barn och ungdomar. Oavsett vilken förklaringsmodell som tillskrivs barnets beteende så är stressorer som fattigdom, utanförskap och otrygga bostadsområden associerade med en ökad risk att utveckla

hyperaktivitet, koncentrationssvårigheter samt svårigheter att reglera humör och impulser, och det finns ett stort behov av att dessa barn får hjälpinsatser. I linje med Conrad (1992) menar jag att medikalisering kan leda till att samhälleliga problem osynliggörs och att problemet läggs på individen. Detta kan leda till att den behandling som ges, oftast medicinering, inte blir hjälpsam då de grundläggande problemen inte åtgärdas.

Att endast använda sig av en ensidig biomedicinsk förklaringsmodell, där ADHD ses som en universell diagnos med liknande symptombild och diagnoskriterier, tar inte hänsyn till att barn växer upp med vitt skilda förutsättningar och också tolkas olika utifrån sin bakgrund. I aktuell litteraturstudie visade sig dessa faktorer påverka både barnets beteende och bedömningen av barnet. Att tillämpa standardiserade bedömningar och behandlingar som bygger på subjektiva upplevelser, vilka kan vara påverkade av stereotypa bilder och fördomar, riskerar att bidra till en diskurs med förenklade lösningar på en komplex biopsykosocial problematik. Barn från etniska minoritetsgrupper har visat sig vara en extra såbar grupp då de ofta lever i ett dubbelt utanförskap och kan uppleva hinder i att söka hjälp och stöd. Det är av vikt att möta denna grupp med flexibilitet och ta hänsyn till familjens syn på och förklaringar till barnets problematik och se bortom ADHD-diagnosen som given förklaringsmodell.

För att vidga perspektivet och få en helhetsförståelse för fenomenet finns ett fortsatt behov av forskning som har ett socialt och kulturellt fokus på barns svårigheter och problematiska beteenden. Framför allt behöver de psykosociala behandlingsalternativen utvecklas och implementeras i verksamheter som möter barn och ungdomar. I de praktiska verksamheterna är det av vikt att personal som möter barn och ungdomar får kunskap om i vilken hög utsträckning socioekonomiska, kulturella, etniska och individuella faktorer faktiskt påverkar synen på och bedömningen av barn. Detta för att barn och ungdomar ska få samma möjligheter och individanpassad hjälp och stöd.

## Referenser

Aleman-Diaz, A., Toczydlowska, E., Mazur, J., Fracquilho, M., & Holmqvist, G. (2016). *Why Income Inequalities Matter for Young People's Health: A look at the evidence* Innocenti Working Papers, no.2016\_06). UNICEF. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IWP6%20-%20WHY%20INCOME%20INEQUALITIES.pdf>

American Psychiatric Association. (2022, 23 februari). *What is ADHD?*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd>

Arat, A., Östberg, V., Burström, B., & Hjern, A. (2018). ADHD medication in offspring of immigrants- does the income level of the country parental origin matter? *BMC Psychiatry*, *18*(3), 1–8. DOI 10.1186/s12888-017-1572-z

Assari, S., & Howard-Caldwell, C. (2019). Family income at birth and risk of attention deficit hyperactivity disorder at age 15: racial differences. *Children*, *10*(6), 1–11. DOI 10.33990/children6010010

Baglivio, M. T., Wolff, K. T., Piquero, A. R., Greenwald, M. A., & Epps, N. (2016). Racial/Ethnic disproportionality in psychiatric diagnosis and treatment in a sample of juvenile offenders. *Journal of Youth & Adolescence*, *46*, 1425–1451. DOI 10.1007/s10964-016-0573-4

Bozinovic, K., McLamb, F., O'Connell, K., Olander, N., Feng, Z., Haagensen, S., & Bozinovic, G. (2021). U.S, National, regional, and state-specific socioeconomic factors correlate with child and adolescent ADHD diagnosis pre-COVID-19 pandemic. *Scientific Reports* *11*(22008), 1–18. DOI 10.1038/s41598-021-01233-2

Chen, C., Hartman, C., Haavik, J., Harro, J., Klungor, K., Hegvik, A., Wanders, R., Ohosen, C., Dalsgaard, S., Farone, S., & Larsson, H. (2018). Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PLoS ONE* *13*(9), 1–12. DOI 10.1371/journal.pone.0204516

Clark, E. (2007). Conduct disorder in african american adolescens males: The perception that leads to overdiagnosis and placements in special programs. *Alabama Counseling Association Journal*, *33*(2), 1-7.

Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, *23*(1), 12-21

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, *18*, 209–232.

Conrad, P., & Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, *47*(4), 559-582.

- Davidovitch, M., Koren, G., Fund, N., Shrem, M., & Porath, A. (2017). Challenges in defining the rates of ADHD diagnosis and treatment: trends over the last decade. *BMC pediatrics*, *17*(1), 1-9. [DOI 10.1186/s12887-017-0971-0](https://doi.org/10.1186/s12887-017-0971-0)
- Davis, D. W., Jawad, K., Feygin, Y., Creel, L., Kong, M., Sun, J., Lohr, W. D., Williams, P. G., Le, J., Jones, V. F., Trace, M., & Pasquenza, N. (2021). Disparities in ADHD diagnosis and treatment by race/ethnicity in youth receiving Kentucky Medicaid in 2017. *Ethnicity & Disease*, *31*(1), 67-76. DOI 10.18865/ed.31.1.67
- Due, C., Riggs, D., & Augoustinos, M. (2014). Research with children of migrant and refugee backgrounds: A review of child-centered research methods. *Child Indicators Research*, *7*(1), 209-227. DOI 10.1007/s12187-013-9214-6
- DuPaul, G. J., Reid, R., Anastopoulos, A. D., Lambert, M. C., Watkins, M. W., & Power, T. J. (2015). Parent and teacher ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: factors structure and normative data. *Psychological Assessment*, *28*(2) 214-225. [DOI 10.1037/pas0000166](https://doi.org/10.1037/pas0000166)
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M., Asherson, P., Atwoli, L., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *128*, 789–818. [DOI 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022)
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* *2*(2), 104-113.
- FASS (2022). Metylfenidat. <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20021101000335#side-effects>
- FitzGerad, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professional: A systematic review. *Bmc Medical Ethics*, *18*(1), 9–19. DOI 10.1186/s12910-017-0179-8.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Handledning för litteraturöversikter- Förutsättningar och metodsteg för kunskapsframtagande baserat på forskningslitteratur*. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/94c7c7cd41ca43b4be207c9b8c78df07/handledning-litteraturoversikter.pdf>
- Fraser, S., & Lewis, V. (Eds.). (2007). *Doing Research with Children and Young People*. London: Sage Publications LTD.
- Haack, L. M., Meza, J., Jiang, Y., Jimenez-Araujo, E., & Pfiffner, I. (2018). Influences on ADHD problem recognition: mixed-method investigation and recommendations to reduce disparities for Latino youth. *Adm Policy Mental Health*, *45*(6), 958-977. Doi10.1007/s10488-018-0877-7

Harvey, E. A., Fischer, C., Weieneth, J. L., Hurwitz, S. D., & Sayer, A. G. (2013). Predictors of discrepancies between informants ratings of preschool-aged children's behavior: An examination of ethnicity, child characteristics and family functioning. *Early Childhood Research, 28*(4), 668-682. [DOI 10.1016/j.ecresq.2013.05.002](https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2013.05.002)

Hire, A. J., Ashcroft, D. M., Springate, D. A., & Steinke, D. T. (2018). ADHD in the united Kingdom: Regional and socioeconomic variations in incidence rates amongst children and adolescents (2004–2013). *Journal of Attention Disorders, 22*(2), 134–142. DOI 10.1177/1087054715613441

Jablonska, B., Kosidou, K., Ponce de Leon, A., Wethermark, B., Magnusson, C., Dal, H., & Dalman, C. (2020). Neighborhood socioeconomic characteristics and utilization of ADHD medication in schoolchildren: A population multilevel study in Stockholm County. *Journal of Attention disorders, 24*(2), 265–276. DOI: 10.1177/1087054716643257

Johansson, T. & Sorbring, E. (Red). (2018). *Barn – och ungdomsvetenskap – grundläggande perspektiv*. Liber AB.

Keilow, M., Wu, C., & Obel, C. (2020). Cumulative social disadvantage and risk of attention deficit hyperactivity disorder: Results from a nationwide cohort Study. *SSM- Population Health, 10*(2020), 1–9. DOI 10.1016/j.ssmph.2020.100584

Knopf, H., Hölling, H., Huss, M., & Schlack, R. (2012). Prevalence, determinants and spectrum om attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: Results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *BMJ Accessible Medical Research, 2012*(2), 1–12. DOI 10.1136/bmjopen-2011-000477

Larsen, A-K. (2019). *Metod helt enkelt- en introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. Falkenberg: Prepress Team Media Sweden.

Lawson, G. M., Nissley-Tisiopinis, J., Nahmais, A., McConaughy, S. H., & Eiraldi, R. (2017). Do parent and teacher report of ADHD symptoms in children differ by SES and racial status?. *Psychopathology & Behavioral Assessments, 39*, DOI10.1007/s10862-017-9591-0

Lebowitz, S. (2016). Stigmatization on ADHD: A developmental review. *Journal of Attention Disorders 20*(3), 199-205. DOI 10.1177/1087054712475211

Lee, YC., Yang, HJ., Chen, VC., Lee, WT., Teng, MJ., Lin, CH., & Gossup, M. (2016). Meta-Analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By booth parent proxy-reports and child self-report using PedsQL. *Research in Developmental Disabilities 51*(2), 160-172. [DOI 10.1016/j.ridd.2015.11.009](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.009)



- Loh, P-R., Hayden, G., Vicary, D., Manchini, V., Martin, N., & Piek, J. P. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: An Aboriginal perspective on diagnosis and intervention. *Journal of Tropical Psychology, 7*(2), 1-12. DOI 10.1017/jtp.2017.1
- MacDonald, B., Pennington, B. F., Willcut, E. G., Dimitrieva, J., Samuelsson, S., Byrne, B., & Olson, R. K. (2019). Cross-Country differences in parental reporting of symptoms of ADHD. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 50*(6), 806-824. DOI 10.1177/0022022119852422
- Mayes, R., & Rafalovich, A. (2007). Suffer the restless children: the evolution of ADHD and pediatric stimulant use 1900-80. *History of Psychiatry, 18*(4), 435–457. DOI 10.1177/0957154X06075782
- Morgan, P. L., Staff, J., Hillemeier, M. M., Farkas, G., & Maczuga, S. (2013). Racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis from kindergarten to eight grade. *Pediatrics, 132*(1), 85-93. DOI 1542/peds.2012-2390
- Pastor, P. N., & Reuben, C. A. (2005). Racial and ethnic differences in ADHD and LD in young school-age children: Parental reports in the national health interview survey. *Public Health Reports, 120*, 383-329
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry, 164*(6), 942–948. [DOI 10.1176/ajp.2007.164.6.942](https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942)
- Ponnou, S., & Gonon, F. (2017). How French media have portrayed ADHD to the lay public and to social workers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 12*(1), [DOI 10.1080/17482631.2017.1298244](https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298244)
- Prout, A. (2011). Taking a Step Away from Modernity: Reconsidering the new sociology of childhood. *Global Studies of Childhood, 1*(1), 4–14. [DOI 10.2304/gsch.2011.1.1.4](https://doi.org/10.2304/gsch.2011.1.1.4)
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic Review. *Social Science & Medicine, 90*(4), 24–31. DOI 10.1016/j.socscimed.2013.04.026
- Riksförbundet Attention. (2022, 20 april). *Med NPF i skolan*. <https://attention.se/leva-med-npf/i-skolan/>
- Russel, A. E., Ford, T., & Russel, G. (2018). The relationship between financial difficulty and childhood symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: a UK longitudinal cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*, 33–44. DOI 10.1007/s00127-017-1453-2

Russel, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russel, G. (2015). The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 440–458. DOI 10.1007/s10578-015-0578-3

SFBUP- Svenska föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri. (2016). *Riktlinjer ADHD 2016*. <https://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2016/11/SFBUPRiktlinjer-adhd.pdf>

Shah, R., Sharma, A., Chauhan, N., Jhanda, S., & Grover, S. (2019). Understanding parental causal explanations and help seeking in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Perspectives from a developing Asian Nation. *Asian Journal of Psychiatry*, 41(2019), 53-59. DOI 10.1016/j.ajp.2018.09.007

Slade, E. (2004). Racial/ethnic disparities in parent perception of child need for mental health care following school disciplinary events. *Mental Health Service Research*, 6(2), 75–92. DOI [10.1023/b:mhsr.000002435270809.A5](https://doi.org/10.1023/b:mhsr.000002435270809.A5)

Smith, M. (2017). Hyperactivity around the word? The history of ADHD in global perspective. *Social History of Medicine*, 30(4), 767–787. DOI [10.1093/som/khw127](https://doi.org/10.1093/som/khw127)

Socialstyrelsen. (2014a). *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd-ett kunskapsstöd*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-42.pdf>

Socialstyrelsen. (2014b). *En diagnos det stormat kring - Adhd i ett historiskt perspektiv*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-40.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Förskrivningen av adhd-läkemedel fortsätter att öka*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7436.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020). SBU:s handbok. *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten*. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?Pub=48286&lang=sv>

Threadgoald, S. (2019). Figures of youth: On the very object of youth studies. *Journal of Youth Studies*, 23(6), 686–701. DOI [10.1080/13676261.2019.1636014](https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1636014)

Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, R. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), 994–1001. DOI 10.1543/peds.2014-3482

Thuren, T. (2019). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber AB.

Yoder, M. L., & Willford, A. P. (2019). Teacher perception of preschool disruptive behavior: Prevalence and contributing factors. *Early Education and Development*, 30(7), 835-853. [DOI 10.1080/10409289.2019.1594531](https://doi.org/10.1080/10409289.2019.1594531)

Åkesson, E. (2016). *Normer, normmedvetenhet och normkritik*. Skolverket. <https://www.skolverket.se/download/18.653ebcff16519dc12ef362/1539586793376/Normer-normmedvetenhet-och-normkritik.pdf>

## Sökning i PubMed

PubMed blocksökning 220210

Söknummer	Sökord	Antal träffar	Sökblock
S1	Children	1,056,987	
S2	Adolescence	735,692	
S3	Youth	62,860	
S4	Teenager	5,430	
S5	S1 or S2 or S3 or S4	1,229.850	CHILDREN
S6	Attention deficit hyperactivity disorder	18,651	
S7	ADHD	17,379	
S8	ADHD diagnosis	2,329	
S9	S6 or S7 or S8	21,592	ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER
S10	Socioeconomic*	115,293	
S11	Culture*	622,578	
S12	Ethnic*	104,761	
S13	Race	74,287	
S14	Minority group	10,607	
S15	S10 or S11 or S12 or S13 or S14	857,187	SOCIOECONOMIC AND CULTURAL FACTORS
S16	Disparities	74,528	
S17	Inequality	28,171	
S18	Bias	141,502	
S19	Impact	865,214	
S20	Perception	231,411	
S21	S16 or S17 or S18 or S19 or S20	1067,978	DISPARITIES
S22	S5 AND S9 AND S15 AND S21	192	

Avgränsningar: Publication date: 2012–2022. Language: English. Peer reviewed.

## Sökning i PsychINFO

PsychINFO blocksökning 220210

Söknummer	Sökord	Antal träffar	Sökblock
S1	Children	265,310	
S2	Adolescence	189,497	
S3	Youth	64,062	
S4	Teenager	2,601	
S5	S1 or S2 or S3 or S4	295,951	CHILDREN
S6	Attention deficit hyperactivity disorder	14,702	
S7	ADHD	15,360	
S8	"ADHD diagnosis"	1,987	
S9	S6 or S7 or S8	17,411	ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER
S10	Socioeconomic*	35,381	
S11	Culture*	138,802	
S12	Ethnic*	49,275	
S13	Race	29,305	
S14	"Minority group"	11,431	
S15	S10 or S11 or S12 or S13 or S14	210,214	SOCIOECONOMIC AND CULTURAL FACTORS
S16	Disparities	23,231	
S17	Inequality	15,029	
S18	Bias	39,688	
S19	Impact	200,966	
S20	Perception	178,217	
S21	S16 or S17 or S18 or S19 or S20	406,168	DISPARITIES
S22	S5 AND S9 AND S15 AND S21	184	

Avgränsningar: Publication date: 2012–2022. Language: English. Peer reviewed.

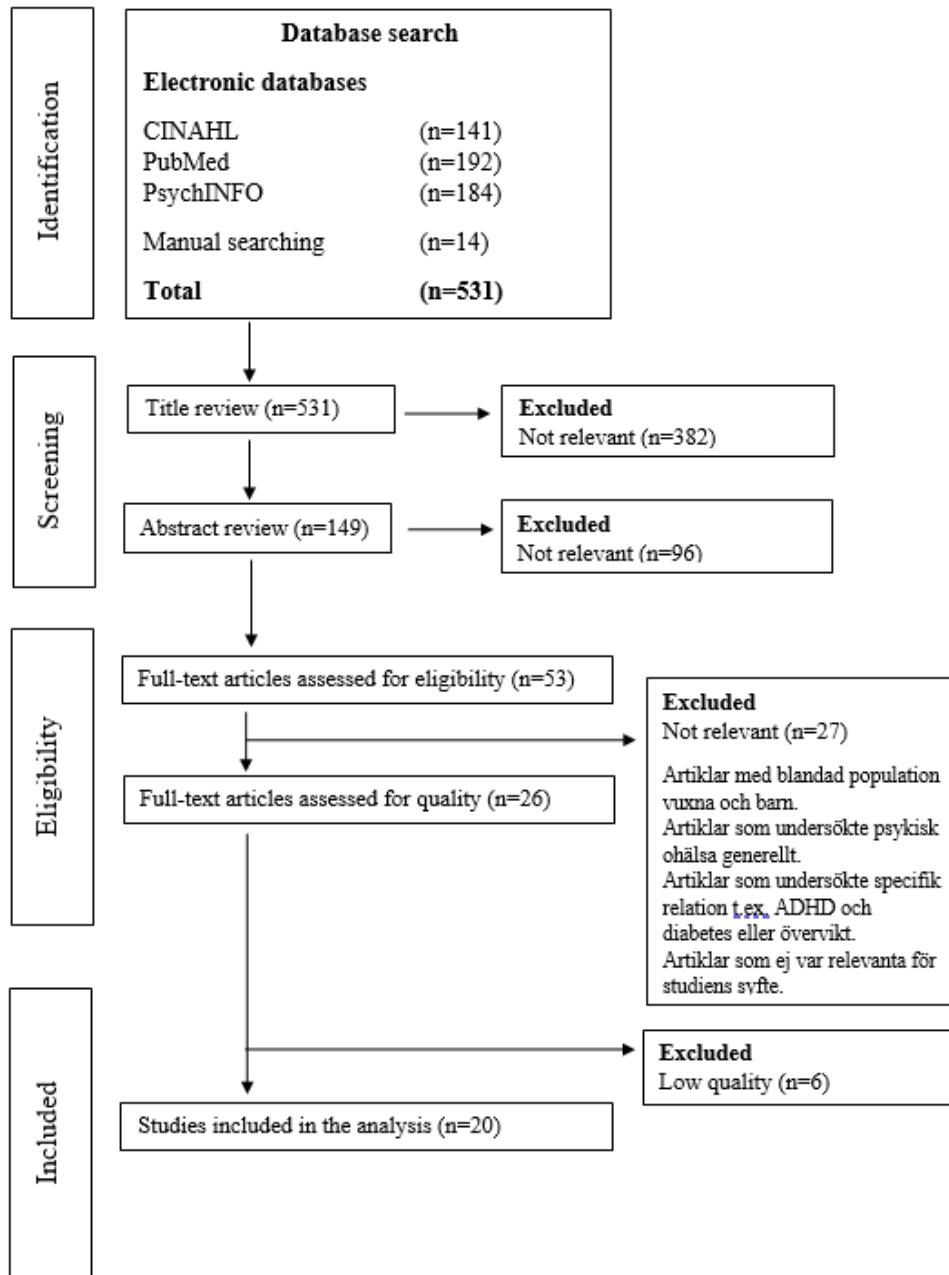
## Sökning i Cinahl

Cinahl blocksökning 220210

Söknummer	Sökord	Antal träffar	Sökblock
S1	Children	418,688	
S2	Adolescence	90,581	
S3	Youth	36,386	
S4	Teenager	3,025	
S5	S1 or S2 or S3 or S4	438,213	CHILDREN
S6	Attention deficit hyperactivity disorder	10,220	
S7	ADHD	8,329	
S8	"ADHD diagnosis"	1,101	
S9	S6 or S7 or S8	11,647	ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER
S10	Socioeconomic*	73,602	
S11	Culture*	129,248	
S12	Ethnic*	48,575	
S13	Race	38,722	
S14	"Minority group"	8,010	
S15	S10 or S11 or S12 or S13 or S14	252,199	SOCIOECONOMIC AND CULTURAL FACTORS
S16	Disparities	36,852	
S17	Inequality	12,440	
S18	Bias	47,930	
S19	Impact	270,761	
S20	Perception	98,641	
S21	S16 or S17 or S18 or S19 or S20	350,339	DISPARITIES
S22	S5 AND S9 AND S15 AND S21	141	

Avgränsningar: Publication date: 2012–2022. Language: English. Peer reviewed.

## Flödesschema



### Checklista för vetenskapliga studier

Kvalitativ ansats

(Forsberg & Wengström, 2013) modifierad version

1. Vad är syftet med studien och vilken metod har använts?

\_\_\_\_\_

2. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

3. Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?

Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

4. Är undersökningsgruppen beskriven och lämplig?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

Om ja: Demografisk data \_\_\_\_\_

5. Metod av datainsamling, är fältarbetet tydligt beskrivet?

JA (1p)

Vilken urvalsmetod:

\_\_\_\_\_

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

Om ja, vem skötte datainsamlingen?

\_\_\_\_\_

6. Är data systematiskt insamlade, finns intervjuguide/studieprotokoll?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

7. Är analys och tolkning av resultatet diskuterade?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

8. Är resultaten trovärdiga? Källor bör anges!

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

9. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskningens trovärdighet)?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

10. Finns stabilitet och överensstämmelse, är fenomenet konsekvent beskrivet?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

11. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

12. Är teorier och tolkningar som presenterats baserade på insamlade data?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

13. Kan resultatet återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

14. Stödjer insamlade data forskningens resultat?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

15. Har resultaten klinisk relevans?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

16. Diskuteras metodologiska brister och risken för bias?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

17. Är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

18. Finns det någon risk för bias?

JA (0p)

NEJ (1p)

VET EJ (0p)

19. Håller du med om slutsatserna i artikeln?

Om ja (1p)

varför: \_\_\_\_\_

Om nej (0p)

varför: \_\_\_\_\_

Vet ej (0p)

**Totalt: 18 poäng.**

**0 – 8 = Låg**

**9 – 13 = Medel**

**14 – 18 = Hög**



### Checklista för vetenskapliga studier

Kvantitativa ansats.

(Forsberg & Wengström, 2013) modifierad version

1. Vad är syftet med studien?

---

2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

3. Är designen lämplig utifrån syftet?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

4. Är undersökningsgruppen representativ?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

5. Framgår var undersökningen genomfördes?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

6. Framgår hur många deltagare som inkluderades i undersökningen?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

7. Framgår det vilka inklusions- och exklusionskriterier som tillämpades?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

8. Framgår det vilken urvalsmetod som användes?

JA(1p)

Vilken: \_\_\_\_\_

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

9. Framgår det vilka mätmetoder som användes?

JA (1p)

Vilken: \_\_\_\_\_

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

10. Är validiteten diskuterad?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

11. Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?

JA (1p)

NEJ (0p)

Skillnader: \_\_\_\_\_

VET EJ(0p)

12. Finns bortfallsanalys?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

13. Är bortfallet presenterat i studien?

JA (1p)

NEJ (0p)

VET EJ (0p)

14. Var den statistiska analysen lämplig?

JA (1p)

NEJ (0p)

Varför: \_\_\_\_\_

VET EJ (0p)

15. Vilka var huvudresultaten?

---

16. Erhölls signifikanta skillnader?

JA (1p)

Vilka variabler: \_\_\_\_\_

NE J(0p)

VET EJ (0p)

17. Är slutsatsen relevant?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

18. Kan resultaten generaliseras till en annan population?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

**Totalt: 17 poäng.**

**0 – 8 = låg**

**9 – 13 = medel**

**14 – 17= hög**

## Artikelmatris

Författare, titel, år, land	Syfte	Design/metod	Urval	Resultat	Kvalitetsgranskning
Arat, A., Östberg, V., Burström, B. & Hjern, A.  ADHD medication in offspring on immigrants- Does the income level of the parental origin matter?  2018, Sverige	Att undersöka hypotesen att utvecklingsnivån på föräldrarnas ursprungsland påverkar förhållningssätt till ADHD-medicinering av barn och ungdomar	Kvantitativ full Kohortstudie  Information från databas gällande ADHD-medicinering av barn samt demografiska faktorer hos föräldrar, år 2013–2014	Inklusion: samtliga barn upp till 18 år i den svenska populationen födda mellan år 1995–2014 inkluderades n= 1,385397  Exklusion: barn med narkolepsi eller barn där information om föräldrarnas demografiska saknades n= 14,40	Barn vars föräldrar hade sitt ursprung i låginkomst länder utanför Europa hade signifikant lägre sannolikhet att medicinera än barn vars föräldrar hade sitt ursprung i höginkomsttagare länder. Barn med svenska föräldrar och låg SES medicinerade i högst utsträckning.	Hög
Assari, S. & Howard-Caldwell, C.  Family income at Birth and Risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder at age 15: Racial Differences  2019, USA	Att undersöka om familjers SES vid barnets födsel påverkar risken för ADHD vid 15 års ålder samt om det finns någon skillnad mellan vita barn och afro-amerikanska barn.	Kvantitativ longitudinell studie  Dataregister- analys. inhämtning av SES, diagnos och demografiska faktorer från en större studie för ekonomiskt utsatta familjer. SES mättes vid födseln och när barnet var 15 år.	Inklusion: vita och afro-amerikanska barn födda år 1998 n= 2006 (360 vita barn, 1646 afro-amerikanska barn)  Exklusion: Barn med annat ursprung samt barn där fullständig information om SES saknades.	Högre inkomst vid födseln reducerade risken för ADHD vid 15 års ålder för vita barn men inte för afro-amerikanska barn. Tryggare ekonomisk situation var alltså inte en skyddande faktor för afroamerikanska barn	Medel-Hög
Baglivio, M.T., Wolff, K. T., Piquero, A. R., Greenwald, M. A. & Epps, N.  Racial/Ethnic Disproportionality in Psychiatric Diagnoses and Treatment in a Sample of Serious Juvenile Offenders  USA, 2016	Att undersöka etniska skillnader i förekomst och behandling av psykiatriska beteendestörningsdiagnoser så som ADHD, uppförandestörning och trotssyndrom hos dömda ungdomsbrottslingar.	Kvantitativ registerstudie  informationsinhämtning från register gällande ungdomsbrottslingar i Florida, USA.	Inklusion: Samtliga ungdomar upp till 18 år inskrivna i ungdomsbrottslingsprogram i Florida mellan den 1:a december 2011 till den 1:a december 2014. n= 10.110 (flickor 1347, pojkar 8763)  Exklusion: ungdomar med ofullständig information, 1,1%	Afroamerikanska pojkar och pojkar med latinamerikansk bakgrund hade 40% lägre sannolikhet än vita pojkar att få ADHD-diagnos. Ingen skillnad för flickor. Afroamerikanska pojkar hade 40% högre sannolikhet att diagnostiseras med uppförandestörning jämfört med vita pojkar. Motsvarande siffra flickor 54%. Afroamerikanska pojkar var överrepresenterade i ungdomsbrottslighet	Hög

Bilaga 4: Artikelmatris

<p>Davis, D.W., Jawad, K., Feygin, Y., Creel, I., Kong, M., Sun, J., Jones, V.F., Trace, M. &amp; Pasquenza, N.</p> <p>Disparities in ADHD Diagnosis and Treatment by Race/Ethnicity in Youth Receiving Kentucky Medicaid in 2017</p> <p>2021, USA</p>	<p>Att beskriva mönster av ADHD-diagnos och behandlingsmetoder hos barn inskrivna i ett ekonomiskt stödprogram samt identifiera faktorer associerade med diagnos och behandlingsmetod.</p>	<p>Kvantitativ komparativ studie</p> <p>Datainsamling från Medicaid-programmet i Kentucky mellan åren 2012–2017</p>	<p>Inklusion: barn i 6–17 år boende i Kentucky inskrivna i programmet. N= 304,91 (49,1% flickor, 50,9% pojkar)</p> <p>Exklusion: Barn utan fast adress, barn boende i fosterhem, barn där information om etnicitet saknades</p>	<p>14% av barnen hade ADHD-diagnos. Vita barn hade högre prevalens än barn från minoritetsgrupper och medicinerade i högre utsträckning. Barn från minoritetsgrupper fick psykosocial behandling i högre utsträckning. Barn från urbana fattiga områden hade hög ADHD prevalens.</p>	<p>Hög</p>
<p>Bozinovic, K., MacLamb, F., O'Connell, K., Olander, N., Feng, Z., Haagensen, S. &amp; Bozinovic, G.</p> <p>U.S national, regional, and state-specific socioeconomic factors correlate with child and adolescents ADHD diagnoses pre- COVID-19 pandemic</p> <p>USA, 2021</p>	<p>Att analysera distributionen av ADHD-diagnoser hos barn och ungdomar genom att undersöka en bred variation av SES-faktorer utifrån nationella och två statspecifika ADHD-data.</p>	<p>kvantitativ populationsbaserad kohortstudie</p> <p>Datainsamling från den årliga populationsbaserade nationella enkäten om barn- och ungdomars hälsa åren 2018 och 2019.</p>	<p>Stratifierat slumpmässigt urval</p> <p>Inklusion: barn mellan 3–17 år n=66724</p> <p>Exklusion: Barn som vårdats inläggande för psykiatrisk vård.</p>	<p>ADHD- diagnos var positivt korrelerad med att tillhöra majoritetsbefolkningen, ekonomiska svårigheter i familjen, ha en ensamstående förälder, ha förälder som avlidit, vara bosatt i otrygga områden, gå på en skola med dysfunktionell miljö. Stor skillnad i prevalens mellan och inom stater.</p>	<p>Hög</p>
<p>DuPaul, G.J., Anastopoulos, A.D., Watkins, M.W., Reid, R., Lambert, M.C. &amp; Power, T.J.</p> <p>Parents and Teacher Ratings of Attention/Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms: Factor, Structure and Normative Data</p> <p>2015, USA</p>	<p>Att avgöra om skattning av ADHD-symptom påverkas av barn och lärares demografiska-karaktäristiska</p>	<p>Kvantitativ komparativ studie</p> <p>Frågeformulär till lärare och föräldrar</p>	<p>Stratifierat urval över landet</p> <p>inklusion: vårdnadshavare till barn 5–17 år n= 2079 (kvinnor 1131, män 948)</p> <p>Slumpmässigt urval av lärare som slumpmässigt valde en pojke och en flicka i klassen att skatta. Lärare n= 1070 (766 kvinnor, 304 män)</p>	<p>Lärare skattade afroamerikanska barn högst gällande samtliga ADHD-symptom. Vita lärare skattade barnens hyperaktivitet/impulsivitet lägre lärare av annat etniskt ursprung. Vita föräldrar skattade sina barns ADHD-symptom högst. Föräldrar med latinamerikansk bakgrund skattade sina barns symptom lägst.</p>	<p>Hög</p>

Bilaga 4: Artikelmatris

<p>Haack, L.M., Menza, J., Jiang, y., Jimenza Araujo, E. &amp; Pffiffer, L.</p> <p>Influences to ADHD problem recognition: recommendations to reduce disparities for Latino youth</p> <p>USA, 2018</p>	<p>Att undersöka underliggande faktorer påverkan på identifiering av ADHD-symptom hos barn med och utan latinamerikans bakgrund.</p>	<p>Mixt-metod</p> <p>Del 1: skattningsskalor och frågeformulär till föräldrar och lärare</p> <p>Del 2: Semistrukturerade intervjuer och fokusgrupp intervjuer med föräldrar</p>	<p>del 1. Inklusion: barn från årskurs 2-från 27 olika skolor. Slumpmässigt urval hos barn med minst sex ADHD-symptom på skattning utförd av förälder eller lärare n=159 (72% pojkar)</p> <p>Exlusion: Barn med dokumenterad IQ under 79.</p> <p>Del 2. Lämplighetsurval Inklusion: föräldrar med latinamerikansk bakgrund vars barn hade ADHD-symptom n=18 (fokusgrupp 11, individuell 7)</p>	<p>Föräldrar med latinamerikansk-bakgrund skattade barnens ADHD-symptom lägre än lärare. Ansåg att aktivt beteende hos barn (speciellt pojkar) till stor del var normalt. Använde sällan biologiska förklaringar eller "ADHD". Använde psykosociala förklaringar till barnens svårigheter.</p>	<p>Medel-hög</p>
<p>Harvey, E., Fischer, C., Weineth, J., Hurwiz, S. &amp; Sayer, A.</p> <p>Predictors of discrepancies between informants raring of preschool-aged children's behavior: An examination of ethnicity, child characteristics, and family functioning</p> <p>USA, 2013</p>	<p>Att undersöka prediktorer för diskrepans mellan mödrar, fäder och lärares skattning av tre-åriga barns hyperaktivitet, uppmärksamhetsproblem och aggressivitet.</p>	<p>Kvalitativ komparativ studie</p> <p>Skattningsskalor och frågeformulär till lärare och förälder</p> <p>Neuropsykiatrisk utredning vid sex-års ålder</p>	<p>Slumpmässigt stratifierat urval från longitudinell studie gällande barn med beteendeproblematik</p> <p>Inklusion: föräldrar till barn som var tre år gamla samt förskolelärare, n=548 (Barn 196, Pappor 162, mammor 196, förskolelärare 162)</p> <p>Exklusion: barn med autism, utvecklingsstörning, språkförsening</p>	<p>Etnicitet påverkade skattningen av barnens beteende. Afroamerikanska föräldrar skattade barnens symptom lägre än lärare. Vita föräldrar skattade barnens symptom högst. Föräldrar med depression skattade barnens symptom högre, undantag afroamerikanska mammor. Mammor skattade generellt symptomen högre.</p>	<p>Hög</p>
<p>Hier, A., Ashcroft, D., Springate, D. &amp; Steinke, D.</p> <p>ADHD in the United Kingdom: Regional and Socioeconomic Variations in Incidence Rates Amongst Children and Adolescents (2004-2013)</p> <p>Storbritannien, 2018</p>	<p>Att beskriva förekomsten och spridningen av ADHD inom Storbritannien, och undersöka om det finns en association mellan förekomst av ADHD och socioekonomisk utsatthet</p>	<p>Kvantitativ retrospektiv kohort studie</p> <p>Materialinsamling av ADHD-diagnos och geografisk lokalisering från nationell databas mellan den 1:a januari 2004 till den 31:a dec 2013.</p>	<p>Stratifierat urval</p> <p>Inklusion: patienter som fått ADHD-diagnos innan 19-års ålder mellan den 1:a januari 2004 till den 31: dec 2013. N=10,284 (pojkar= 8407, flickor= 1,877)</p> <p>Exklusion: patienter registrerade av kliniker som inte uppfyllde specifika kvalitetskrav</p>	<p>Prevalensen av ADHD-fall skiljde sig signifikant åt mellan nationerna inom landet men även lokalt inom nationerna. I England, Skottland och Wales var ADHD-incidenten signifikant högre i fattiga områden och signifikant lägre i välbärgade områden Prevalensen var högst på Nordirland och i Skottland</p>	<p>Medel-hög</p>

## Bilaga 4: Artikelmatris

<p>Jabolonska, B., Kosidou, K., Ponte de Leon, A., Wettermark, B., Magnusson, C., Dal, H. &amp; Dalman, C.</p> <p>Neighborhood Socioeconomic Characteristics and Utilization of ADHD Medication in Schoolchildren: A population Multilevel Study in Stockholm County</p> <p>Sverige, 2020</p>	<p>Att undersöka effekten av områdets socioekonomiska nackdelar och etniska sammansättning gällande användandet av ADHD-medicinering hos skolbarn efter kartläggning av karaktäristika på individ- och familjenivå.</p>	<p>Kvantitativ full kohortstudie</p> <p>Datainsamling från ett nationellt register av hälso- och socioekonomiska variabler.</p>	<p>Inklusion: samtliga barn födda i Stockholms län mellan den 1:a jan 2001 till den 31:a juli 2012 n=270,970</p> <p>Exklusion: barn som fått recept på ADHD innan år 2010 n=4,046 och barn som var adopterade= 1,939.</p>	<p>Barn med migrantbakgrund använde ADHD-medicin i lägre utsträckning än barn med svensk bakgrund. Låg SES var förknippat med ADHD-medicinering och sannolikheten ökade desto mer lägre SES var. Att bo i ett område där över 25% av invånarna hade migrantbakgrund var förknippat med låg sannolikhet för medicinering trots låg SES.</p>	<p>Hög</p>
<p>Russel, A., Ford, T., Williams, R. &amp; Russel, G.</p> <p>The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review</p> <p>Nationell, 2015</p>	<p>Att undersöka associationen mellan föräldrars socioekonomiska nackdelar och barns ADHD-diagnos.</p>	<p>Systematisk litteraturstudie med metaanalys</p> <p>Strukturerad databassökning, meta-analys</p>	<p>Inklusion: studier mellan 1994–2014, som undersökt samband mellan SES i barndomen och ADHD-diagnos, longitudinella studier, kohort studier, tvärsnittsstudier</p> <p>Exklusion: fallstudier, reviews, editorials</p>	<p>Meta-analysen av studier från fem kontinenter visade att barn med låg SES (låg inkomst, låg utbildningsnivå, ensamstående förälder) var i genomsnitt 1,85–2,21 gånger mer sannolika att få en ADHD-diagnos än barn från familjer med hög SES.</p>	<p>Hög</p>
<p>Russel, A., Ford, T. &amp; Russel, G.</p> <p>The relationships between financial difficulty and childhood symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder: a UK longitudinal cohort study</p> <p>Storbritannien, 2015</p>	<p>Att undersöka om svårighetsgrad av ADHD-symptom är associerad med socioekonomisk status.</p>	<p>Kvantitativ longitudinell kohort studie</p> <p>Formulär till föräldrar gällande SES vid fyra tillfällen mellan från att barnen var 0–10 år. Formulär gällande barnets beteende vid två och 10 års ålder.</p>	<p>Inklusion: barn i området Avon födda mellan den 1:a april 1991-31 dec 1992 följdes under en 10 års period N=14,701</p> <p>Exklusion: tvillingar</p>	<p>Ekonomiska svårigheter var förknippade med hög grad av ADHD-symptom. Desto mer utsatt ekonomisk situation barnet befann sig i desto mer uttalade blev ADHD symptomen, framför allt gällande hyperaktivitet.</p>	<p>Medel-hög</p>
<p>Keilow, M., Wu, C. &amp; Obel, C.</p> <p>Cumulative social disadvantage and risk of attention deficit hyperactivity disorder: Results from a nationwide cohort study</p> <p>Danmark, 2020</p>	<p>Att undersöka associationen mellan specifika faktorer gällande föräldrars socialekonomiska situation och barnens risk för ADHD samt undersöka den kumulativa effekten vid kombination av dessa faktorer.</p>	<p>kvantitativ longitudinell full population kohortstudie</p> <p>Datainsamling från nationella register gällande diagnoser samt sociodemografiska faktorer. Barnen föddes fram till att de fyllde 18 år.</p>	<p>Inklusion: Samtliga barn i Danmark födda mellan år 1990–1999. n=632,725</p>	<p>ADHD-diagnos var signifikant vanligast hos barn med socioekonomiska nackdelar och ökade i takt med att fler variabler närvarande. Barn vars föräldrar hade låg utbildningsnivå, var arbetslösa och levde i relativfattigdom hade 4,9 procentenheter högre sannolikhet för ADHD-diagnos</p>	<p>Hög</p>

Bilaga 4: Artikelmatris

<p>Loh, P-R., Hayden, G., Vichyregimen, D., Mancini, V., Martin, N. &amp; Piek, J.</p> <p>Attention Deficit Hyperactivity Disorder: An Aboriginal perspective on diagnosis and intervention</p> <p>Australien, 2017</p>	<p>Att undersöka hur människor från ett aboriginskt samhälle förklarar det västerländska konceptet ADHD och dess symptomologi, samt hur de förhåller sig till ADHD-symptom hos barn</p>	<p>Kvalitativ intervju-studie</p> <p>Semistrukturerade intervjuer, fokusgrupp intervjuer</p>	<p>Snöbollsurval från ett område utanför Perth. Aboriginska vuxna som hade barn eller barnbarn samt lärare och behandlingspersonal n= 27 (19 kvinnor, 8 män)</p>	<p>Aktivt beteende hos barn sågs i hög utsträckning som normalt. Ambivalens inför ADHD-diagnos. Majoriteten hade en psykosocial förklaringsmodell. Majoriteten negativt inställda till ADHD-medicinering, föredrog psykosociala insatser</p>	<p>Medel hög</p>
<p>Knopf, H., Hölling, H., Huss, M. &amp; Schlack, R.</p> <p>Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: Results of the German Health Interview and examination Survey</p> <p>Tyskland, 2012</p>	<p>Att undersöka prevalensen och spridningen av ADHD-medicinering och dess association med SES, hälsorelaterade beteenden och livsvillkor.</p>	<p>Kvantitativ Populationsbaserad tvärsnittsstudie</p> <p>Frågeformulär till föräldrar gällande demografiska faktorer och medicinering mellan år 2003–2006</p>	<p>Urval: stratifierat urval utifrån populationsregister</p> <p>Inklusion: Barn mellan 0–17 år n= 17641 Exklusion: barn ineliggande på sjukhus</p>	<p>Barn med migrantbakgrund hade sex gånger lägre sannolikhet att medicinera. Barn till föräldrar som upplevde sin hälsa som dålig hade högre sannolikhet att medicinera. Högre prevalens för medicinering i städer än på landsbygd</p>	<p>Hög</p>
<p>Lawson, G., Nissley-Tsiopinis, J., Nahmias, A., McConaughy, S. &amp; Eiraldi, R.</p> <p>Do Parental and Teacher Report of ADHD symptoms in Children Differ by SES and Racial Status?</p> <p>USA, 2017</p>	<p>Att undersöka relationen mellan barns SES, barns etnicitet och föräldrar och lärares skattning av ADHD-symptom.</p>	<p>Kvantitativ komparativ studie</p> <p>Metod: studie i två delar. Del 1: skattningsskalor och frågeformulär till föräldrar och lärare</p> <p>Del 2: Skattning och observation av psykolog</p>	<p>del 1. inklusion: vita barn och afroamerikanska barn som utreddes för ADHD på en öppenvårdsklinik. ålder 4–17 år n=1056</p> <p>Exklusion: barn av annan etnisk bakgrund</p> <p>Del 2: barn i ålder 6–12 valdes slumpmässigt ut från en större studie. N=317 (54% vit, 34% afroamerikansk) exklusion: Barn av annan etnisk bakgrund</p>	<p>Barn med låg SES skattades högre än barn med hög SES av både lärare och föräldrar. Lärare skattade afroamerikanska barn högre än vita barn. Afroamerikanska föräldrar skattade sina barn lägre jämfört med lärare och lägre än vita föräldrars skattning av sina barn. Vid psykologbedömning skattades vita barn högre och SES påverkade inte skattningen</p>	<p>Hög</p>
<p>MacDonald, B., Penningstone, B., Willcutt, E., Dimitrieva, J., Samuelsson, S., Bryne, B. &amp; Olson, R.</p> <p>Cross-Country Differences in Parental Reporting of Symptoms of ADHD</p> <p>2019, Australien, USA, Norge Sverige</p>	<p>Att undersöka om skillnader mellan länder gällande genomsnittlig skattning av ADHD-symptom också reflekterar kulturella och kontextuella olikheter, i motsats till faktiska etiologiska skillnader</p>	<p>Kvantitativ komparativ longitudinell studie</p> <p>föräldraskattning av barns ADHD-symptom vid slutet av förskoleklass och under åk 2. Kognitivtestning av psykolog vid slutet av förskoleklass avseende arbetsminne, snabbhet och visuspatial förmåga.</p>	<p>Inklusion: Barn som skulle börja förskoleklass. Stratifierat urval från nationella tvillingregister i USA, Australien, Sverige och Norge. Ett barn ur tvillingparet valdes slumpmässigt ut att ingå i studien. USA n= 482 Australien n= 253 Skandinavien (Sverige och Norge) n= 239 Exklusion: Barn vars föräldrar var födda utanför bostadslandet</p>	<p>Föräldrar från USA och Australien skattade sina barn betydligt högre gällande ADHD symptom jämfört med skandinaviska föräldrar, 10% -11% jämfört med 4%, skattade sina barn uppfylla diagnoskriterier för ADHD. Psykologtestning visade ingen signifikant skillnad mellan barnen</p>	<p>Hög</p>

## Bilaga 4: Artikelmatris

<p>Morgan, P., Staff, J., Hillemier, M., Farkas, G. &amp; Maczuga, S.</p> <p>Racial and Ethnic Disparities in ADHD Diagnosis from Kindergarten to Eighth Grade</p> <p>USA, 2013</p>	<p>Att undersöka etniska skillnader i ADHD diagnoser och behandling från förskolan upp till åttonde klass.</p>	<p>Kvantitativ longitudinell kohort studie</p> <p>Datainsamling vid sex tillfällen med start förskoleklass upp till åk 8 mellan åren 1998–2007 gällande ADHD-diagnos, demografiska faktorer och skolprestation. Diagnos-register och formulär till föräldrar och lärare.</p>	<p>Inklusion: barn och familjer som ingick i en studie av ADHD hos förskolebarn utförd 1998. n=15100</p> <p>Exklusion: barn där info saknades under studiens gång</p>	<p>Barn från minoritetsgrupp hade lägre betydligt sannolikhet att få ADHD-diagnos och även att medicinera jämfört med majoritetsbarn. Skillnaderna bestod från förskoleklass upp till åk 8. Att ha en ensamstående förälder ökade sannolikheten för diagnos. Att sakna sjukvårdsförsäkring minskade sannolikheten.</p>	<p>Hög</p>
<p>Shah, R., Sharma, A., Chauhan, N., Jhanda, S. &amp; Grover, S.</p> <p>Understanding parental causal explanations and help seeking in attention deficit hyperactivity/disorder: perspectives from a developing Asian nation</p> <p>Indien, 2019</p>	<p>Att undersöka uppfattningar hos indiska föräldrar, vars barn diagnostiserats med ADHD eller hyperkinesi, gällande orsaker och diagnos, och förstå processen av beslutsfattande och hjälpsökande.</p>	<p>Kvalitativ studie semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Lämplighetsurval från en psykiatrisk klinik Indien</p> <p>Inklusion: föräldrar vars barn fått en ADHD diagnos eller diagnostiserats med hyperkinesi. N= 52 (33 mammor, 19 pappor)</p> <p>Exklusion: Föräldrar med intellektuell funktionsnedsättning eller psykisk sjukdom.</p>	<p>Många föräldrar hade begränsad kunskap om ADHD. Majoriteten använde psykosociala förklaringsmodeller. Många kände ambivalens till diagnosen och upplevde barnens beteende inom det normala. Stigma fanns kopplat till psykiatrisk vård och föräldrar initierade sällan kontakten själva.</p>	<p>Hög</p>
<p>Yoder, M. &amp; Willford, A.</p> <p>Teacher perception of preschool disruptive behavior: Prevalence and contributing factors</p> <p>USA, 2019</p>	<p>Att undersöka hur förskolelärare karakteriserar störande/utmanande beteende hos förskolebarn och hur lärares karaktäristiska påverkar bedömningen.</p>	<p>Kvantitativ komparativ studie frågeformulär och skattningsformulär till förskolelärare</p>	<p>Inklusion: barn i ålder 3–5, slumpmässigt utvalda från ett behandlings program för barn som uppvisade störande/utmanande beteende. N= 2427 (pojkar/flickor 52%/48%) Lärare inkluderades efter godkännande av föräldrar till barnen i studien n= 160</p>	<p>Vita lärare rankade barnen högre gällande trots och störande beteende jämfört med lärare från andra etniciteter. Auktoritära lärare med höga förväntningar på barns följsamhet skattade barnens beteende som mer problematiskt.</p>	<p>Hög</p>

**Högskolan Väst**  
**Institutionen för individ och samhälle**  
**461 86 Trollhättan**  
**Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99**  
[www.hv.se](http://www.hv.se)