

Etiska rådet
Att. Professor Ove Lundgren
Sahlgrenska akademien

I sitt svaromål, daterat den 14 oktober 2002 och tillställt Etiska rådet, kommenterar Peder Rasmussen min skrivelse till Göteborgs universitet. Där skriver Peder Rasmussen (hädanefter: PR): *Den typen av kritik/missuppfattningar som Kärfve framfört i denna anmälan brukar i vetenskapssamhället kunna klaras ut relativt enkelt genom att den som undrar ställer frågor till författarna...* (s. 10)

Jag lämnar som bilaga det brev som jag den 19 februari 2002 skickade till bland andra PR, samt det svar jag erhöll av honom den 28 februari (bil. 1). Tonen är densamma som i avslutningen av PR:s aktuella kommentar. Kritik kallas missuppfattning, krav på kritisk granskning kallas smutskastning, allt framställs med begrepp som "kampanj", "personföljelse" och "ärekränkning". Jag vet inte med mig att jag någonsin yttrat mig kränkande om någon av de aktuella forskarna och anser inte att det tonläge med vilket kritiken avvisas vara i enlighet med god vetenskaplig sed.

I min egenskap av samhällsvetare ser jag det som en skyldighet att öppet deklarerat mina farhågor, något som formuleras som ett krav i SOU 1999:4, s 55, där det betecknas som prov på bristande omdöme och olämpligt beteende att inte anmäla eller påtala ett fall som man bedömer vara ett uppenbart exempel på oredlighet i forskning.

Min undersökning började 1999 med föresatsen att studera medikaliseringen av synen på barn inom förskolan. För att informera mig om det som på förskolläraryrket ansågs vara "vetenskapliga bevis" för bland annat "damp"-diagnosens validitet, införskaffade jag de vetenskapliga artiklar som redovisar vad PR nu kallar "fas 1" i Göteborgs-undersökningen. Huvudförfattare till dessa artiklar var Christopher Gillberg och Peder Rasmussen, och artiklarna behandlade den ursprungliga "mbd/damp"-undersökningen av 6-åringar 1977.

Vad jag fann i dessa artiklar var så anmärkningsvärt ur metodsynvinkel att mitt intresse kom att inrikta sig dels på denna forsknings beskaffenhet men också på hur den så villkorslöst vunnit acceptans inom skola och socialvård. Min bok, "Hjärnspöken – DAMP och hotet mot folkhälsan" (2000) tog upp grava metodologiska fel. Dessa har knappast kunnat avvisas som "missuppfattningar" – i själva verket var dessa metodfel till stor del redan kända inom det psykiatriska forskarsamhället.

Jag vill i detta sammanhang påpeka att jag som sociolog tillhör en disciplin som regelmässigt sysselsätter sig med populationsstudier, Min utgångspunkt har varit att exempelvis prevalensberäkningar av beteenden i befolkningen, alldeles oavsett om dessa beteenden förklaras genetiskt eller socialt, måste utföras på likartat sätt och efter fastställda regler. Jag har också förutsatt att neuropsykiatrisk forskning följer generella regler i detta avseende.

Mitt intresse har varken då eller senare fokuserats på forskarnas personliga moraliska halt utan på de vetenskapliga rapporter Gillberg-gruppen producerat. I en vidare genomgång av själva långtidsstudien ("fas 2-5") har jag funnit allvarliga självmotsägelser, faktafel och brister i redovisningen, tillräckliga för att ställa mig frågan om det finns oredlighet och inkompetens utöver rena slarvfel. Jag har avstått från att spekulera kring motiven bakom detta utan bekymrar mig mer för de samhällsliga konsekvenser som en dåligt underbyggd rapportering av det här slaget kommit att få.

Åtskilligt av den kritik jag riktar mot Göteborgsundersökningens "fas 5", alltså undersökningen av deltagare i index- och kontrollgrupperna vid 22 års ålder, bemöts över huvud taget inte av PR. Det gäller bland annat frågan om hans egen roll i undersökningen. Eftersom ingen neurologisk undersökning förekom (med undantag för "enkla test av grov- och finmotorisk förmåga", som måste ha utförts av någon annan läkare och som dessutom inte redovisas) är det svårt att förstå motivet för PR:s medförfattarskap. Enligt PR:s skrivelse har han själv och Christopher Gillberg (GC) ensamma stått för all sammanställning och databearbetning, ett arbete vari enligt den ursprungliga artikeln dock ytterligare elva personer (bland annat de egna barnen) varit behjälpliga.

Jag ska nedan kommentera PR:s skrivelse punkt för punkt.

"Ett enstaka sifferfel"

PR vill få min anmärkning på motsägelserna i Carina Gillbergs rapportering från (framför allt) fas 3 att framstå som ett enkelt sifferfel, som redan uppmärksammats och beklagligt nog inte rättats till.

Men misstaget är allvarigare än så. I sin avhandling från 1987 beklagar Carina Gillberg att barn i fas 2 fallit bort från undersökningen därför att de lämnat Göteborg. Hon skriver därför:

"For the purpose of this follow-up I decided to see as many as possible of those cases who had moved to other parts of Sweden. This was in order to get as many children as possible to participate in the follow-up study, now that more parents were reluctant to let their children participate. Thus, only 4 children this time were excluded from the study because of having moved and these 4 children (1 boy in the ADD group and 2 boys and 1 girl in the Comparison group) had all moved back to their native countries." (Gillberg 1987:21, min understr.)

Angående samma undersökning skriver Carina Gillberg 1989:

"The main reason for drop-out was that the child had moved, either to a place elsewhere in Sweden (seven children) or to his country of origin (four children). The parents of the other five children refused to let them take part in the study." (Gillberg et al, 1989:15, min understr.).

Summering: Det handlar alltså inte om ett enstaka korrigerbart sifferfel utan om två varandra uteslutande versioner av samma händelseförlopp. Om jag förstår PR rätt, anser han att den första versionen är den riktiga. Men i så fall stöter man på nya trovärdighetsproblem när man studerar fas 4, alltså de artiklar som beskriver undersökningar som gjordes tre år senare. Där sägs att samtliga barn (med ett undantag) undersöktes på en vårdcentral i Göteborg. Undersökningar som i 13-årsundersökningen krävde vidsträckt resor runt om i landet för att nå alla deltagare kunde tre år senare genomföras betydligt mer effektivt genom att de undersökta barnen inställde sig i Göteborg. Denna beredvillighet att delta – dessutom så långt fram i undersökningen - från föräldrars och tonårsbarns sida i

samband med en undersökning som inte ger dem några fördelar, finner jag mycket svår att förstå..

Det låga bortfallet

Av de 112 barnen som gick vidare till långtidsstudien undersökte läkarna *personligen* 96 barn i fas 2, 96 barn i fas 3, 101 barn i fas 4 och 101 (nu) vuxna i fas 5. Bortfallet har alltså inte bara hållits lågt utan i praktiken minskat genom åren.

Jag känner inte till något annat exempel på populationsbaserade långtidsstudier – alldeles oavsett vad som undersökts – där något tillnärmelsevis så lågt bortfall rapporterats.

PR skriver som en förklaring: *Kärfve kan tydligen inte föreställa sig att personer med den typ av problem som många av våra deltagare har kan känna sig extra motiverade att delta i en undersökning av detta slaget även om man inte får någon behandling. För många med damp och liknande svårigheter är det något att få positivt att få hjälp att utreda och kartlägga sina svårigheter.* (s. 7)

Jag kan inte se det på något annat sätt än att PR, i avsikt att förklara en svårbegriplig tjänstvillighet hos deltagarna, skapar nya problem vad gäller hela studiens trovärdighet. I rapporten från fas 5-undersökningen har ju CG och PR redan skrivit: "Three child and adolescent psychiatrists were involved in these interviews, which were performed blind to the original study diagnostic group status of the individuals (who were themselves unaware of the diagnoses assigned)" (Gillberg & Rasmussen 2000:1426, min understr.) Detta faktum har betonats redan från första början. Det har uppgetts vara beviset för att långtidsstudien verkligen beskriver ett *naturalförlopp*. Men PR ifrågasätter tydligen denna uppgift, som han tidigare lämnat. I sitt svaromål skriver han På sid. 2 angående de ursprungliga undersökningarna vid 7 års ålder: *Resultaten, dock ej i termer av diagnoser, redovisades också för föräldrarna.*

En aldrig så luddig resultatbeskrivning måste innebära att föräldrar, vars barn engageras i en "damp"-undersökning, lätt kunnat förstå vad deras barn ansetts lida av.

Summering: PR lyckas inte förklara mekanismerna bakom det låga bortfallet. Fortfarande finns det besvärande faktum att man uppgett att 9 barn flyttat till en annan ort i fas 2, och att 1 eller 7 barn fortfarande inte kunde nås av det skälet i fas 3, vartill tillkommer att alla barn inställde sig till undersökning i Göteborg i fas 4. Samtliga har också inställt sig till två olika undersökningar i fas 5. Deltagarantalet har dessutom ökat med 5 % mellan fas 3 och 4. Att som PR förklara undersökningens ökade popularitet med att man också tillhandahöll hjälp att "utreda de egna svårigheterna" innebär att man då medger avsteg från en bärande princip långtidsstudien igenom, nämligen att deltagarna hölls okunniga om sina diagnoser.

Hur stor är baspopulationen?

I nästan varje uppföljningsstudie nämns att man iden ursprungliga populationsstudien (fas 1) valde ut 141 barn för närmare undersökning. Av dessa barn exkluderades 29 och kom aldrig att följa med i den longitudinella studien, som omfattar fas 2-5. Anledning var att 3 av dessa

barn hade MR och att de övriga 26 inte hade problem som kvalificerade dem för diagnos, trots att förskollärarenkäten indikerat svårigheter.

När det gäller fas 2-5, alltså den egentliga långtidsstudien, måste det förhålla sig på ett av två sätt: Antingen tillhör denna 29-grupp baspopulationen eller också gör den det inte. Som jag uppfattar undersökningen ingick gruppen i fas 1, eftersom syftet här också var att extrapolera prevalenstal för hela befolkningen. Där var gruppens närvaro nödvändig av statistiska skäl. Den utgår sedan ur den vidare longitudinella studien, eftersom gruppen i detta sammanhang var irrelevant.

Baspopulationen i fas 2-5 är alltså 112 barn. "In the end, a total of 112 children were left for follow-up studies" (CG & PR 2000:1425). Så måste det vara, eftersom de bortfallsprocent man presenterar är beräknade på denna grupp - hade man räknat 141 barn som bas skulle bortfallen i samtliga delstudier i långtidsundersökningen ligga närmare 30 % istället för 10.

Nu introducerar PR en ny undersökning. Han skriver på sid. 5: *Vår strävan har varit att i varje fas av studien undersöka samtliga deltagare från fas 1.* Detta förefaller gälla även de 29 barn som hamnat utanför långtidsundersökningen, för i raderna ovan skriver PR:

26 barn hade problem enligt förskollärarenkäten men ingen neuropsykiatrisk diagnos vid undersökningen, "pre-school questionnaire group" (psq). Deltagarna i psq-gruppen och de som hade mr har undersökts vid uppföljningen på samma sätt som övriga deltagare men redovisningen av resultat för dessa grupper har inte skett i de publicerade arbetena då frågeställningen varit prognosen för barn med damp, inte för barn med mr eller i psq-gruppen. (min understr.)

Vidare skriver PR: *Utöver de 101 deltagare som redovisats iden aktuella uppsatsen undersöktes också 20 personer i psq-gruppen och två personer i mr-gruppen. Resultaten från de två sistnämnda grupperna redovisas ej i artikeln och har ännu ej publicerats. (sid. 7)*

När nu dessa två grupper introduceras i elfte timmen vill jag peka på följande:

1. I samtliga presentationer av fas 2-5 betonas att denna grupp är utesluten ("excluded").
2. Det är svårt att förstå meningen med dessa undersökningar. Hur ska forskningsresultat, må vara longitudinella, på en restgrupp på 3 barn med MR kunna användas vetenskapligt? Och det samma gäller de 26 friska barnen: Har dessa bildat en extra kontrollgrupp vid sidan om den ordinarie? Hur har man inför deras föräldrar motiverat att deras barn löpande utsatts för kroppsundersökningar och psykologiska och psykiatriska test?
3. Det är likaledes svårt att förstå i vilken typ av tidskrift – liksom under vilken frågeställning - dessa undersökningar skall publiceras..

Baspopulationen än en gång

I en rapport, publicerad i Rothenberger (1990) har jag pekat på hur artikelförfattarna, Christopher Gillberg och I. Carina Gillberg, uppenbart brustit i respekt för vetenskaplig metod (Denna kritik finns sammanfattad i bilaga 3 i min hemställan till Göteborgs universitet).

I denna rapport beskrivs baspopulationen i fas 2-4 felaktigt som bestående av 141 barn. I statistiska tabeller – som utgått från ett material som gäller 112 barn eller färre – har man högst upp angivit "n-talen", alltså "numbers", i enlighet med den större baspopulationen (141).

PR skriver om detta: *Läsare som är bekanta med denna typ av uppsatser förstår att siffrorna högst upp i de tabeller, som Kärfve tagit med i sin bilaga, syftar på gruppens ursprungliga storlek.* (sid. 9)

Om man gör beräkningar på 50 barn, som man valt ut ur en grupp på 100, och redovisar resultaten i en statistisk tabell, ska angivelsen av n-tal ("numbers") vara 50, inte 100. Detta är en elementär statistisk regel som är känd hos läsare som är bekanta med denna typ av uppsatser. Jag utgår från att Gillberg-gruppen också är bekant med denna regel, då jag inte i någon annan av deras artiklar funnit redovisningsfel av denna typ.

Summering: Det finns inga uppenbara skäl till att två grupper av barn, som uteslutits ur långtidsundersökningen, plötsligt uppges ha behållits och undersökts "på samma sätt som övriga deltagare". Oavsett vilka motiv som ligger bakom denna nya uppgift, är den otjänlig som ursäkt för de felaktiga presentationerna av statistiska tabeller i Gillberg & Gillberg (1990).

De undersökande läkarnas identitet samt kunskap om diagnostisk tillhörighet

Ett återkommande tema i svaromålet är att jag inte skall ha förstått vilka läkare som gjort vilka undersökningar.

Nu är detta faktum en del av min kritik. I sitt svar till mig av den 28 februari 2002 skriver PR: "Det framgår också i publikationerna vilka läkare som utfört de olika undersökningarna." Så är näppeligen fallet, vilket också gäller utsagan några rader längre ner i texten: "De läkare som sedan gjorde uppföljningsstudierna var ovetande om vilken diagnosgrupp/jämförelsegrupp barnen tillhörde." Eftersom läkarnas identitet oftast är lika förborgad för läsaren som de undersökta personernas, är deras förmenta *blindness* ingenting som "framgår". Forskarna påstår att det förhåller sig så. Det är inte samma sak.

Det är genomgående svårt – och inte sällan omöjligt – att förstå vilka läkare som utfört vilka undersökningar. PR skriver nu att undersökningarna i fas 5 gjorts av tre andra barnpsykiatriker och att de själva endast gjorde en sammanställning. På rapportens första sida tackar författarna följande personer för hjälp med datainsamling och sammanställning: Gunilla Carlström, Andriette Bågenholm, Gunilla Campenhausen, I. Carina Gillberg, Ingela Enerskog, Andreas Gillberg, Nanna Gillberg, Lars Hellgren, Magnus Rasmussen, Thomas Rasmussen och Ulla Welin. Den hjälp med datainsamling och sammanställning som författarna fått av denna grupp (som omfattar författarnas egna barn) är svår att förstå utifrån den beskrivning PR nu ger av arbetsordningen. I artikeln tackas inte någon för att ha utfört själva undersökningarna medan alla elva tackas för att ha varit behjälpliga med det arbete, som CG och PR nu i sitt svaromål säger sig ha varit ensamma om att utföra.

Dessutom skriver PR på sid. 4: *Christopher Gillberg (CG) och Peder Rasmussen (PR) undersökte personligen samtliga barn i fas 1. Dessa båda är de enda i forskargruppen som haft kännedom om grupptillhörighet och diagnoser (min understr.)* Men detta kan inte vara sant. De ursprungliga diagnoserna ställdes inte bara av PR och CG – utan också av ytterligare en barnpsykiatriker. "My warm thanks are due to my colleague and friend, Dr. Gunilla Carlström, who interviewed all the mothers, performed the inter-rater

reliability study with me and took part in the global diagnostic procedure”, (Gillberg 1983:401, min understr.)

Nu skriver PR att undersökningarna femton år senare, i fas 5, gjordes av tre barnpsykiatriker, bland vilka en hade träffat dem femton år tidigare (fas 1).

Den enda av de barnpsykiatriker som här kan komma ifråga är Gunilla Carlström. Endast hon har träffat barnen femton år tidigare. PR:s uppgift att ingen av de undersökande läkarna kände till diagnostisk tillhörighet är därmed felaktig - Gunilla Carlström hade samma kunskap om barnens diagnostillhörighet som CG och PR. Och de senare ansåg uppenbarligen själva att denna kunskap kunde läggas dem till last, varför de bara tog del av materialet i avidentifierat skick. Varför Gunilla Carlström skulle anses ovetande framstår som en gåta.

Någon av de andra undersökande läkarna skall ha träffat barnen sex år tidigare. Inte heller här är det uppenbart vem som avses. Andriette Bågenholm, Carina Gillberg och Lars Hellgren nämns, samtliga undersökare också i fas 4. De två sistnämnda har också disputerat inom ramen för långtidsstudien och kan förväntas att åtminstone vid någon tidpunkt i sitt liv haft ingående kännedom om de undersökta barnen och deras diagnoser.

Som framgått av PR:s svaromål kompliceras *blindness*-situationen ytterligare av att deltagarna i förekommande fall var mer eller mindre medvetna om sina diagnoser och i stånd att resonera kring sina sociala och psykologiska problem i neuropsykiatriska termer. Om det förhåller sig på detta sätt beskriver inte Göteborgs-undersökningen något naturalförlopp.

Summering: Trots den märkliga anonymiseringen av de undersökande läkarna framgår det att en av dem måste ha varit med och ställt de ursprungliga diagnoserna 1977, och att någon eller några av de övriga disputerat på material kring långtidsstudien. Deltagarnas okunnighet om de egna diagnoserna sätts ifråga av PR själv.

Frågan om *blindness* är inte besvarad.

Det ökande antalet analfabeter

I fas 4 uppges två av de elva pojkarna med ”svår damp” inte kunna läsa och skriva. I fas 5 har antalet ökat till tre.

PR förklarar den märkliga uppgiften sålunda:

- (a) ...bara 12 av de 13 deltagarna i gruppen svår damp är samma vid dessa båda undersökningstillfällen.
- (b) (det går) ... inte att i detalj göra jämförelser mellan läs- och skrivkunighet vid de olika undersökningstillfällena eftersom dessa aspekter undersökts på så olika sätt.

Argument(b) väger inte särskilt tungt. Det är svårt att tro att ett forskningsteam som uppger sig kunna avgöra finkalibrerade skillnader i uppmärksamhet och koncentrationsförmåga inte kan använda habila metoder när det gäller att uppdaga en brist, som varje normal läskunnig människa kan identifiera. (Samma försvar när det gäller resultat mellan olika ”faser” som förefaller ologiska – att undersökningsmetoderna inte är jämförbara – hotar studiens trovärdighet i stort. Det kan gälla ”antisocial personlighetsstörning” lika väl som läskunnighet. Studiens *ratio* bygger på att forskningsteamet utför något så när jämförbara undersökningar).

Uppgift (a) är mer intressant. Det handlar i gruppen "svår damp" om 12 pojkar. En av dessa saknas i fas 2-4. I fas 2 och 3 beskrivs han som institutionsplacerad och dessutom med föräldrar som motsätter sig undersökningen. I fas 4 vet vi att han inte växlats in, eftersom där redan finns två pojkar som inte kan läsa och skriva. Den institutionsplacerade pojken måste nämligen också vara analfabet – annars skulle han inte kunna höja denna kvot genom sitt inträde i fas 5.

Eftersom det bara finns 12 pojkar som teoretiskt skulle kunna ingå i gruppen "svår damp", måste den institutionsplacerade pojken ha kommit in i undersökningen i fas 5 medan en läskunnig pojke har lämnat den.

Slutsats: Förklaringen att den institutionsplacerade pojken – vars familj har en dokumenterad motvilja mot undersökningen och som vägrat delta under hela tiden långtidsstudien pågått – plötsligt vid 22 års ålder skulle byta hållning, och trots sin totala brist på läs- och skrivförmåga valt att underkasta sig de tämligen omfattande undersökningarna, är inte omedelbart trovärdig. En opartisk granskning av deltagarna skulle kunna bekräfta PR:s påstående och undanröja misstanken att man i stället valt att undersöka någon av personerna i (den exkluderade) MR-gruppen.

Depression som variabel för "poor outcome"

Vi har helt enkelt redovisat vad vi funnit, säger PR angående mitt påstående att det är vetenskapligt felaktigt att utelämna en variabel som depression, när man sammanställer analysen. PR verkar här inte förstå skillnaden mellan enkel redovisning av data och tolkning av desamma.

Om man vill bedöma livskvaliteten (eller vad som helst) hos ett antal individer måste kriterierna preciseras innan bedömningen sker. Det innebär också att dessa kriterier sedan får gälla, oavsett hur resultaten blir.

CG och PR har valt att, när det gäller psykisk hälsa, betrakta förekomst på 1 sjukdom eller "under-tröskeln"-symptom på 2 sjukdomar tas som intäkt för "poor outcome". Efter att andra läkare utfört intervjuer och undersökningar med deltagarna, har CG och PR jämfört de diagnostiska resultaten med de olika variablerna för psykisk ohälsa. Man har då funnit att variabeln *depression* var lika vanlig ibland deltagare med "damp" som bland de friska deltagarna. PR ger följande häpnadsväckande kommentar:

Sedan vi dragit slutsatsen att eftersom depression, enligt det mätinstrument vi använt, varit mycket vanligt såväl i indexgrupperna som i kontrollgruppen så kan det knappast ha varit motiverat att ta med depression bland kriterier för "poor outcome"? (sid. 8)

Den korrekta slutsatsen måste vara 1) att depression fortfarande måste betraktas som ett kriterium på "poor outcome" och 2) att forskarna inte lyckats visa på ett samband mellan "damp" och *depression*.

Summering: Det är inte tillåtet att stryka en variabel därför att resultatet inte blev det önskade. Uppenbarligen har detta tankefel inte registrerats av PR ens efter att han har fått det påpekat för sig. Inte heller förefaller han medveten om att detta kan betraktas som ett "utelämnande av vetenskapliga rön som motsäger den egna teorin/hypotesen" (SOU 1999:4, s 54) och följaktligen som ett fall av oredlighet i samband med hantering av data/källmaterial och vetenskaplig metod. Genom att stryka variabeln *depression* förvrider slutresultatet.

Det konkreta forskningsfyndet är att det inte finns någon association mellan "damp" och depression. Att som Göteborgsgruppen genomgående förtiga detta fynd i kommunikation med myndigheter och allmänhet stärker misstanken om oredlighet.

Avslutningsvis

vill jag påpeka att PR:s argument knappast tjänar att dämpa någon oro. PR har i sina försök att bagatellisera snarare skapat utrymme för nya motsägelser och därmed bidragit till att bilden av Göteborgs-studien kompliceras ytterligare.

Introduktionen av en tidigare "tyst" undersökningsgrupp, bestående av de 29 individer som inte togs med i långtidsstudien, är en sådan komplikation. Uppgiften som PR ger i sitt svaromål, att drivkraften bakom deltagarnas villighet att ställa upp i undersökningen, år efter år, skulle vara att detta innebar en hjälp för dem att "utreda och kartlägga sina svårigheter" introducerar två nya problem: dels är den inte förenlig med tidigare uppgifter om att de undersökta individerna var ovetande om sina diagnoser, dels innebär de undersökta personernas egen vetskap ett hot mot de undersökande läkarnas *blindness*.

För att styrka Göteborgs-undersökningens tillförlitlighet – och därmed motivera att den används som underlag för samhällspolitiskt viktiga beslut – bör enligt min mening följande undersökas av en oberoende part. Denna undersökning borde omfatta moment som gör det möjligt att styrka att

1. samtliga deltagare i fas 5 verkligen undersökts
2. dessa personer är hämtade från baspopulationen om 112 barn (och inte felaktigt växlats in från exempelvis "psq"- eller "mr"-grupper etc.)

samt att

- 3 de undersökande läkarna identifieras för att möjliggöra en värdering av deras *blindness*
- 4 det bekräftas att deltagarna varit okunniga om den egna diagnosen

Jag vore därför tacksam om denna kommentar fogas till min ursprungliga skrivelse från den 25 juni 2002.

Lund den 9 december 2002



Eva Kärfve

Sociologiska institutionen

Lunds universitet

Box 114

221 00 Lund

Tel 046-222 34 76

Bilaga:

Brevväxling mellan Eva Kärfve och Peder Rasmussen, februari 2002.

Referenser:

Gillberg, C (1983): "Perceptual, motor, and attentional deficits in Swedish primary school children. Some child psychiatric aspects", i: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol 24, no 3, ss 377-403.

Gillberg, I. Carina (1987): *Deficits in Attention, Motor Control, and Perception: Follow-up from pre-school to the early teens*. Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 113.

Gillberg, IC, Gillberg, C & Groth, J (1989): "Children with preschool minor neurodevelopmental disorders. V: Neurodevelopmental profiles at age 13", i: *Developmental Medicine & Child Neurology*, 31.

Gillberg, C & Gillberg IC (1990): "What becomes of clumsy children with attention deficits? Some data and reflections from a population-based study in Sweden", i: Rothenberger, A(ed): *Brain and Behavior in Child Psychiatry*, Berlin: Springer, ss 282-301.

Kärfve, Eva (2000): *Hjärnspöken – DAMP och hotet mot folkhälsan*. Symposion: Stehag.

Rasmussen, P & Gillberg, C (2000): "Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at Age 22 Years: A controlled, longitudinal, community-based study", i: *J. Am. Acad. Child Adolsc. Psychiatry*, 39:11, Nov.

Socialstyrelsen (2002): ADHD hos barn och vuxna, art nr 2002-110-16

Statens offentliga utredningar, betänkande, SOU 1999:4