

2005

S
U
B

Program för barn och ungdomar med koncentrations- svårigheter

Rekommendationer och stöd

KSL
KOMMUNFÖRBUNDET
STOCKHOLMS LÄN



Medicinskt programarbete



Innehåll

1.	Förord.....	3
Del 1 - Kunskapsdel och lägesbeskrivning		
2.	Program för barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter	9
2.1	Definition och avgränsning.....	9
2.2	Målsättning med programmet	9
3.	Folkhälsa och prevention	11
4.	Internationella utblickar	13
4.1	Internationella deklARATIONER och överenskommelser	13
4.2	Internationell klassifikation av sjukdomar, funktionshinder och hälsa.....	13
5.	Kunskapsläget	15
5.1	Kunskapsläget om ADHD.....	15
5.2	Kunskapsläget om autism, Asperger och förståndshandikapp.....	18
6.	Barns och föräldrars erfarenheter.....	21
7.	Uppdrag och ansvar.....	23
8.	Lägesbeskrivning år 2004	25
8.1	Förekomst	25
8.2	Lägesbeskrivning	25
8.3	Vad leder uteblivna eller otillräckliga insatser till?.....	30
8.4	Områden som behöver uppmärksammas	31
Del 2 - Programgruppens slutsatser och förslag		
9.	Programgruppens slutsatser och förslag: sammanfattning.....	35
10.	Tidig upptäckt, kartläggning och remittering.....	37
10.1	Förskolebarn	37
10.2	Skolbarn	38
11.	Utredning och diagnostik	41
11.1	Utredning.....	41
11.2	Återföring av utredningens resultat	42
12.	Stöd, insatser och behandling för barn/ungdomar med ADHD	43
12.1	Informationsmaterial och utbildning/fortbildning	44
12.2	Insatser och förhållningssätt	45
12.3	Farmakologisk behandling.....	45
12.4	Föräldraträningsgrupper	47
12.5	Hjälpmedel	47
12.6	Sociala rättigheter	48
12.7	Konsultation och utbildning.....	48
13.	Kvalitetsarbete och uppföljning	49
14.	Referenslitteratur som programgruppen tagit del av eller citerat.....	53
15.	Bilagor.....	55
15.1	Lagstiftning	55
15.2	Plan för elevvårdsarbete	57
15.3	Diagnoskriterier.....	63
15.4	Förslag på remisser	67
15.5	Informationsmaterial	81
15.6	Länkar	85

1. Förord

För barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter på grund av ADHD och andra utvecklingsavvikelser finns behov av ett samlat dokument som med utgångspunkt från aktuell kunskap beskriver vad som krävs för välfungerande och ändamålsenliga insatser.

Detta programarbete vänder sig i första hand till personal som i sitt arbete möter barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter, såväl i förskola/skola och andra kommunala verksamheter som inom landstingets verksamheter, men kan även läsas av barnens föräldrar och andra. Innehållet skall också kunna användas av politiker och tjänstemän i planering, avtal och uppföljning. Förhoppningen är att programmet ska kunna utgöra ett stöd i utvecklingen av den egna verksamheten och för den samverkan som är nödvändig för dessa barns och ungdomars positiva utveckling.

Barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter är många och barnens problem har betydelse för deras vardag. Behovet av insatser är i många fall omfattande och det krävs kunskap, anpassad pedagogik och ett adekvat bemötande för att svårigheterna inte ska behöva leda till problem, som i en del fall kan sluta med kriminalitet och missbruk. Det behövs ett genomtänkt förhållningssätt mellan alla berörda verksamheter inom kommunerna och landstinget i olika led av insatskedjan, vilket saknas idag.

Det arbete som pågår i länet inom ramen för BUS-policyn (det gemensamma policydokumentet med riktlinjer för Barn och ungdomar, som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget) har väckt många frågor kring kommunernas och landstingets arbetsätt och insatser för dessa barn och ungdomar. Det gäller gränsdragningsfrågor mellan olika verksamheter, behov av kunskap och kompetensutveckling inom området och diskussioner om insatser.

Ur BUS- perspektiv är detta program en fördjupning och vidareutveckling av BUS- policyn och då främst den fjärde riktlinjen ”Samordning av utredning och insatser för barn och ungdomar med neurologiska/neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser”.

Inom Stockholms läns landsting bedrivs sedan några år tillbaka också ett medicinskt programarbete (MPA) som utarbetar vårdprogram med syfte att sprida kunskap, visa på väldokumenterad och effektiv behandling, ge underlag för lokala riktlinjer och vara utgångspunkt för tillämpning av ny kunskap. Detta programarbete har utarbetats med stöd från MPA:s programgrupp om barns- och ungdomars hälso- och sjukvård.

I detta program har vi således försökt att förena en vidareutveckling av fjärde riktlinjen i BUS-arbetet med det Medicinska Programarbetet.

Vi har valt att dela upp programmet i två delar:

- en **kunskapsinriktad del**, där också en lägesbeskrivning i länet från år 2004 ingår, för att ge en bakgrund till programgruppens slutsatser och förslag
- en del med **programgruppens slutsatser och förslag** med fokus på barnets/ ungdomens behov i hela insatskedjan från upptäckt till utredning och insatser

Programmet har tagits fram av en programgrupp bestående av:

Kommunrepresentanter:

Johan Bonander, Socialtjänststaben, handikappomsorg, Stockholms stad
Birgitta Elmdahl, resurschef barn och utbildning, Haninge kommun
Anita Gaverud, samordnare för enheten för elevstöd, Täby kommun
Margaretha Herthelius, rektor, Hässelby Vällingby
Barbro Lodin, chef för elevhälsan, Södertälje kommun
Maria Strandell, Individ och familjeomsorg/barn, Östermalms stadsdelsförvaltning
Cecilia Strömberg, chef för resursenheten, Solna stad
Elisabeth Synnergren, skolpsykiater, avdelningen för elevstöd, Stockholms stad

Landstingsrepresentanter:

Eva Bohlin, beställare barn och ungdomspsykiatri, Beställaravdelning Norr
Kerstin Dahlström, överläkare och sektionschef, neuropediatrika sektionen, Barnens sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
Birgitta Hjelte, beställare habilitering, Beställaravdelning Stockholm
Kerstin Malmberg, överläkare, neuropsykiatriska enheten BUP
Birgit Rune, överläkare och verksamhetschef BUP (t o m 31.8.2004)
Roland Sennerstam, överläkare, barnmedicin, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Monika Lindell Olsson, enhetschef, beställaravdelning Söder
Barbro Lagander, verksamhetschef, Handikapp&habilitering

Huvudförfattare till programmet är:

Gunilla Malm, docent och överläkare på neuropediatrika sektionen, Barnens sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Projektledning har varit Gunilla Malm och BUS-sekretariatet
Eva Huslid, Stockholms läns landsting
Ulrika Wallin, Kommunförbundet Stockholms län.

Det länsgemensamma forumet BUS-SAM har utgjort styrgrupp för projektet. I BUS-SAM ingår:

Kommunrepresentanter:

Siv Harriman, programområdeschef Kommunförbundet Stockholms län under år 2004 ersatt av *Ulrika Wallin*
Lotta Persson, socialchef, Botkyrka kommun
Tommy Stern, chef för avdelning för elevstöd, Stockholms stad under år 2004 ersatt av *Carina Nilsson*, chef för avdelning för elevstöd, Stockholms stad
Leif Söderholm, socialchef Lidingö
Leif Thurhammar, skolchef Norrtälje under år 2004 ersatt av *Elisabet Stålhane*, Barn och utbildningschef Järfälla
Elisabet Törner, stadsdelsdirektör Kista

Landstingsrepresentanter:

Aina Daleus, avdelningschef beställaravdelning Söder
Eva Frunk Lind, avdelningschef beställaravdelning Stockholm
Christina Torstensson, avdelningschef beställaravdelning Norr

Henrik Almkvist, divisionschef Astrid Lindgrens barnsjukhus under år 2004 ersatt av
Per Sandstedt, klinikchef Sachsska barnsjukhuset
Olav Bengtsson, divisionschef, BUP
Carina Hjelm, habiliteringschef Handikapp och Habilitering

Del 1

Kunskapsdel och lägesbeskrivning

2. Program för barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter

2.1 Definition och avgränsning

Vi inriktar oss i detta program på barn och ungdomar under 18 år som uppvisar symptom på uppmärksamhets - och koncentrationssvårigheter, enbart eller kombinerat med hyperaktivitetsproblem, av sådan omfattning att det utgör ett problem i barnets dagliga liv och inlärningssituation. Symptomen kan vara delsymptom vid olika utvecklingsavvikelse av neurologisk/neuropsykiatrisk karaktär, men kan också vara en reaktion på psykosociala påfrestningar i barnets miljö.

Ett barns symptom måste sättas i relation till dess ålder och förväntade utveckling. Påtagliga avvikelser i utvecklingen hos barn, som till exempel svår utvecklingsstörning med eller utan autism, blir för det mesta upptäckta före 3 års ålder. Först i lite senare åldrar blir lindrigare funktionsnedsättningar i intellektuell förmåga, koncentrationsförmåga, socialt samspel, tal/språkutveckling och avvikande beteende uppenbara. Under tonårsperioden kan psykosociala beteendevikelser överskugga en bakomliggande neurologisk/neuropsykiatrisk problematik och riskera att bli oupptäckt och oförstådd. Vad som är det grundläggande problemet kan vara svårt att avgöra utan en kartläggning och utredning, som oftast utmynnar i en diagnos.

En vanlig diagnos eller orsak till uppmärksamhets - och koncentrationssvårigheter hos barn och ungdomar i förskole-/skolåldern är ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, med eller utan annan samtidig problematik. Tidigare användes i Sverige diagnosbeteckningarna DAMP eller MBD/ DAMP, även om begreppen ej är helt överensstämmande.

Detta program ägnas huvudsakligen åt ADHD - diagnosen, men då utredningen av ett barn med uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter också kan utmynna i att barnet kan få en annan, närliggande funktionsnedsättningsdiagnos, till exempel lindrig utvecklingsstörning och/eller autismspektrumstörning eller annan diagnos berörs även dessa i programmet. Många gånger får barnen också mer än en diagnos efter en utredning. Barn med enbart psykosocial problematik berörs inte i programmet.

Barn med cerebral pares (rörelsehinder), autism, svår och lindrig utvecklingsstörning eller andra utvecklingsneurologiska tillstånd kan också uppvisa koncentrationssvårigheter i högre grad än förväntat utifrån sin funktionsnedsättning, och bör då också utifrån sina behov få tillgång till samma kartläggning, stöd och insatser som beskrivs nedan. Dessa barn är oftast redan knutna till landstingets stödorganisationer inom Handikapp och Habilitering.

2.2 Målsättning med programmet

Programmet, som tagits fram i samverkan mellan Stockholms läns landsting och KSL/länets kommuner, avser att beskriva vad som menas med ändamålsenliga insatser och god vård för barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet, nytta och kostnadseffektivitet och med barnets och ungdomens bästa för ögonen.

Programmet kan i sig inte klargöra alla de resurs-, kompetens- och gränsdragningsfrågor som finns. Däremot ska programmet bidra till ökad samsyn och peka på framkomliga vägar/ metoder för att underlätta samverkan och kunna vara vägledande vid utformningen av lokala program där hänsyn kan tas till lokala förutsättningar. Programmet ska vara lättförståeligt, utgöra en gemensam kunskapsbas och fungera som ett arbetsverktyg. För att fungera som ett arbetsverktyg kommer programmet att behöva målgruppsanpassas.

Programmet har följande målsättningar:

- Skapa bättre förutsättningar för barnet och familjen
- Beskriva kunskapsläget
- Tydliggöra övergången mellan bas- och specialistnivån (se BUS-policyn)
- Peka på möjliga organisations- och samverkanslösningar som manualer, program etc
- Skapa förutsättningar för samsyn och kompetensutveckling inom och mellan huvudmän

Programmet är avsett att vara behovsrelaterat på så sätt att man utifrån barnet/ungdomens behov i vardagen kartlägger och utreder barnets funktionsnedsättning för att ge rätt insatser på rätt nivå.

3. Folkhälsa och prevention

Barn föds med olika förutsättningar och förmågor. Uppskattningsvis mer än 10 % av våra barn har avvikelser inom områden som berör intellektuell förmåga, tal/språk-utveckling, läs- och skrivförmåga, social interaktion, koncentration, perception och motorik i varierande svårighetsgrader och kombinationer. Alla barn har inte behov av utredning, diagnos eller insatser, men den miljö barnen vistas i kan minska eller förstärka problemen. Många barn lever dessutom i en miljö som innehåller stress av olika slag, ekonomisk och/eller social, som kan innebära en extra belastning för barnet och familjen. Det är därför angeläget att förskole- och skolmiljön utformas på ett sätt som ger barnen möjligheter att utifrån sina förutsättningar utvecklas optimalt. Alla barn, men särskilt de med svårigheter av olika slag, behöver en lugn och strukturerad miljö, möjlighet att få individuellt avpassad stimulans, ett engagerat bemötande och tillgång till vuxna som har tid för och kunskap om barns behov. Förebyggande insatser för barn med avvikelser i utvecklingen eller barn utsatta för psykosociala stressfaktorer eller bådadera är att tillförsäkra en god barnomsorg och skolmiljö. Personal behöver ges tid och möjlighet att få vidareutveckla sin kunskap och kompetens om barn i behov av särskilt stöd, dels för att stödja barnen men också kunna vara ett stöd åt föräldrarna.

Prevention eller förebyggande åtgärder kan teoretiskt betraktas utifrån olika nivåer: primär-, sekundär- och tertiärprevention.

Primärprevention syftar till att förebygga att en risksituation överhuvudtaget uppkommer, där olika insatser inom mödra- och förlossningsvården är ett sådant exempel.

Sekundärprevention syftar till att mildra negativa effekter av problem som har identifierats. Forskning om skydds- och riskfaktorer när det gäller barns utveckling och då särskilt risken att utveckla missbruk och kriminellt beteende pekar på, att det är viktigt att ge stöd till familjer vars barn tidigt visar förekomst av koncentrationsstörningar, skolproblematik och uppförandestörningar. (Sundell 2002, Drog- och riskbeteende hos Stockholmsungdomar) Det har visat sig att tidiga insatser mot mindre allvarliga riskbeteenden, t ex förskole- och skolbarns bråkighet, framgångsrikt kan påverkas med insatser som fokuserar på beteendeförändring. Utbildning och handledning till både föräldrar och personal syftar till att ge ökad kunskap och redskap om hur samvaron med barnet kan underlättas och hur svåra situationer kan hanteras. Gränssättning och en strukturerad vardag i kombination med positiv förstärkning och bemötande är viktigt för dessa barns fortsatta utveckling. När det gäller unga föräldrar, ensamstående föräldrar, föräldrar med sociala svårigheter och föräldrar med starka konflikter emellan sig har man funnit att det finns risker för att föräldrarna inte tillräckligt kan tillgodoses barnets utvecklingsbehov.

Att i samverkan mellan förskola, skola, barnhälsovård och socialtjänst tidigt identifiera och nå fram till dessa familjer för att erbjuda ett mer omfattande stöd är således en viktig preventiv åtgärd (Sundell, FOU-rapport 2003).

Med **tertiärprevention** menas att man försöker förhindra ytterligare tillkommande problem hos någon som redan har t ex en ADHD- problematik. Insatser och behandling kan vara: pedagogiska, farmakologiska, psykosociala, språkliga, motoriska och multimodala (pedagogiska, psykosociala och farmakologiska) insatser.

Folkhälsa och prevention innebär således att man satsar inom alla tre områden av prevention.

4. Internationella utblickar

4.1 Internationella deklamationer och överenskommelser

Sverige har anslutit sig till flera internationella deklamationer och överenskommelser som har betydelse för all offentlig verksamhet. FN:s standardregler syftar till att tillförsäkra människor med funktionshinder delaktighet och jämlikhet, Salamankadeklamationen och Dakaröverenskommelsen tar upp värderings- och attitydfrågor. Regel 6 i FN:s standardregler betonas t ex att staterna bör se till att utbildning för barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder är en integrerad del av den ordinarie undervisningen. Specialundervisning bör ha lika hög standard och lika höga ambitioner som den ordinarie undervisningen och också vara nära knuten till den.

FN:s barnkonvention innehåller fyra grundläggande principer som skall vara styrande för tolkningen av övriga artiklar, men som också har en självständig betydelse:

- Principen om icke-diskriminering (artikel 2)
- Principen om barns bästa (artikel 3)
- Rätten till liv och utveckling (artikel 6)
- Rätten att få komma till tals och bli respekterad (artikel 12)
- Barnet har rätt till skydd mot alla typer av missförhållande (artikel 19)

Dessa artiklar är i hög grad aktuella för barn med olika utvecklingsavvikelser av neurologisk/neuropsykiatriska karaktär.

4.2 Internationell klassifikation av sjukdomar, funktionshinder och hälsa

För att systematisera och få en samsyn om olika hälsobetingelser (diagnoser, sjukdomssymptom, störningar, skador mm) har Världshälsoorganisationen, WHO, utarbetat ett klassifikationssystem, som används i de flesta länder (International Classification of Diseases, ICD). När det gäller psykiska tillstånd finns en manual utarbetad med beskrivning av symptom som skall uppfyllas för att läkaren skall kunna ange en diagnos (ICD 10). Det finns också en diagnosmanual för psykiatriska tillstånd, utarbetad av Amerikanska Psykiatriska föreningen, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM. Dessa båda manualer uppdateras regelbundet för att följa kunskapsutvecklingen.

På samma sätt som för sjukdomar och hälsoproblem finns också en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), framtaget av WHO, för att definiera vad ett funktionshinder betyder ut ett samhällsperspektiv. ICF är en vidareutveckling av tidigare versioner där begreppet funktionshinder användes i stället för handikapp.

Det finns olika sätt att betrakta ett funktionshinder på med en viss motsättning mellan en ”medicinsk modell” och en ”social modell”. *Det medicinska synsättet* beskrivs på så sätt att man ser ett funktionshinder som ett problem hos en individ, direkt orsakat av sjukdom, skada eller andra hälsoförhållanden, och som kräver medicinsk vård och insatser för den enskilde individen. Behandlingen av funktionshindret syftar då till bot, till anpassning eller till bete-

endeförändring. *Det sociala synsättet* beskriver å andra sidan ett funktionshinder som i huvudsak ett socialt tillskapat problem och principiellt som en fråga om individens fullständiga integrering i samhället. Funktionshinder ses då inte som ett attribut som hör till personen ifråga utan snarare som en komplex samling omständigheter där många är en följd av den sociala miljön.

ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, bygger på en kombination av dessa två motstridiga modeller och försöker uppnå en syntes för att erbjuda en sammanhållen syn på hälsa utifrån ett biologiskt, ett individuellt och ett socialt perspektiv. ICF är ett komplement till ICD-10, den internationella sjukdomsklassifikationen.

Enligt detta sätt att se kan ADHD beskrivas som ett funktionshinder till följd av en skada eller störning som medför hinder eller begränsade möjligheter att utföra en aktivitet på det sätt och inom de gränser som kan anses normalt. De handikappande konsekvenserna av ett funktionshinder relaterar till såväl underlättande som hindrande faktorer som den enskilde möter i sin närmiljö. Omgivningsfaktorerna t. ex olika hjälpmedel kan inverka på olika nivåer: de kan få effekt på organnivån (kroppsfunktioner), på personnivån (aktiviteter) och på sociala nivån (delaktighet).

5. Kunskapsläget

5.1 Kunskapsläget om ADHD

I programmet utgår vi från symptombilden koncentrationssvårigheter, som kan utmynna i en ADHD-diagnos efter utredning. Men eftersom även andra diagnoser kan bli aktuella efter en utredning, antingen som enda diagnos eller som samsjuklighetsdiagnos, vill vi ge en mycket kortfattad beskrivning även av diagnoserna autism, autismspektrumstörning, Aspergers syndrom och förståndshandikapp.

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) är ett avgränsbart medicinskt och psykologiskt tillstånd där de viktigaste symptomen hos den enskilde individen är uppmärksamhetsproblem, överaktivitet och svårkontrollerad impulsivitet.

Medicinsk terminologi. Diagnosinstrument

Symptombilden uppmärksamhetsstörning, överaktivitet och svårkontrollerad impulsivitet hos barn och ungdomar har blivit föremål för en omfattande vetenskaplig dokumentation och forskning. Olika diagnostiska beteckningar har använts under åren för att beskriva barnens svårigheter. Socialstyrelsen sammanställde år 2002 en rapport och kunskapsöversikt, som författats av landets experter på området, och som på svenska sammanfattar det aktuella kunskapsläget om ADHD hos barn och vuxna. Texten har granskats av ett vetenskapligt råd bestående av företrädare för olika professioner och kunskapsområden. Nedanstående uppgifter är till största del hämtade ur denna kunskapsöversikt.

De två diagnos- och klassifikationssystem som används idag är Amerikanska Psykiatriska föreningens DSM-IV och WHO:s ICD-10, där DSM-IV alltmer kommit att användas även i Europa. I dessa diagnosmanualer finns angivet antal symptom som måste föreligga för att fylla kriterierna för en diagnos. I DSM-IV används begreppet ADHD. En undergrupp av ADHD är hyperaktivitetssyndrom med samtidig uppmärksamhetsstörning, som i ICD-10 motsvaras av beteckningen "hyperkinetic disorder" eller hyperaktivitetssyndrom. Användningen av ICD-10 med striktare diagnoskriterier ger därmed en lägre prevalenssiffra än ADHD enligt DSM-IV.

Även andra symptom av betydelse kan läggas till ADHD -diagnosen och betecknas då som samtidig sjukdom eller komorbiditet. I Sverige användes tidigare beteckningen MBD (minimal brain dysfunction) och senare DAMP (dysfunction in attention, motor and perception) för att beskriva barnets/ungdomens problematik. När MBD/DAMP diagnoserna användes fick de motoriska och perceptuella svårigheterna en mer framträdande plats än uppmärksamhetsstörningen, som i ADHD-begreppet däremot utgör huvudproblematiken.

I detta program använder vi oss av begreppet ADHD, med eller utan tilläggsdiagnoser när samtidig sjukdom föreligger, i enlighet med terminologin i Socialstyrelsen kunskapsöversikt.

Förekomst av ADHD: 2-5% hos barn i skolåldern

Siffror över hur vanligt förekommande ADHD är varierar i olika studier beroende på barnmaterialets sammansättning, vilka åldrar som studerats och vilka manualer som använt för att ställa diagnos vid den aktuella tidpunkten. I Socialstyrelsen kunskapsöversikt från år 2002,

anses att ADHD förekommer hos 2-5 % av barn i skolåldern. Enbart uppmärksamhetsstörning utan överaktivitet är vanligare (10 %). ADHD är tre till sex gånger vanligare hos pojkar än hos flickor.

Ett viktigt påpekande är, att även barn som inte fyller alla sex utan fyra-fem kriterier för ADHD kan ha kliniskt betydelsefulla symptom, utgöra en riskgrupp och ha behov av riktade åtgärder. Gruppen barn blir då betydligt större. Föräldrar och lärare ser barnet i helt olika miljöer med stora variationer på krav och förväntningar, och barnet kan ha stora problem utan att det uppfattas lika av föräldrar och lärare.

Symptombild vid ADHD: uppmärksamhetsstörning, överaktivitet och svårkontrollerad impulsivitet

I DSM-IV används termen ADHD som en samlingsbeteckning för tre undergrupper av problem:

- a) huvudsakligen uppmärksamhetsproblem
- b) huvudsakligen hyperaktivitets/impulsivitetsproblem
- c) kombination av uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitets/impulsivitetsproblem.

Uppmärksamhet består av olika delförmågor, som förmågan att upprätthålla uppmärksamhet över tid, att inte avledas av annat i omgivningen, och förmågan att skifta uppmärksamheten mellan olika aspekter av en uppgift. Uppmärksamhetssvårigheter kan också vara en följd av det impulsstyrda beteende som präglar många barn med ADHD (Barkley 1996b).

Överaktiviteten vid ADHD kan vara av motorisk eller vokal karaktär. Barnet/ ungdomen är ständigt i rörelse, kan inte sitta still eller pratar, låter eller kommenterar hela tiden. Barn med ADHD blir fortare trötta än andra barn, är beroende av motivation, har bra och dåliga dagar och är också oförutsägbara. Svårigheter att kunna anpassa aktivitetsnivån till kraven i en aktuell situation bidrar också till att barnet kan bete sig olika i olika miljöer.

Impulsiviteten kan leda till förhastade reaktioner och känslouttryck. Barnet/ungdomen väljer omedelbara lösningar och tillfredsställelser utan att inse faror och konsekvenser. Impulsiviteten har alltmer kommit att uppfattas vara det symptom, som har störst betydelse för barn/ungdomar med ADHD (Barkley 1996, SoS).

Uppmärksamhetsstörning utan hyperaktivitet, ADD, kan ofta feltolkas eller missas, särskilt hos flickor, som kanske enbart uppvisar en långsam inlärningstakt. Flickornas problem är ofta osedda och underdiagnosticerade. Cirka hälften av flickorna med ADHD har också motoriska och perceptuella problem, undviker ofta idrotten i skolan och har få fritidsintressen. Sociala svårigheter är vanliga. Sömnsvårigheter är också vanligt hos flickor med ADHD. Föräldrarna har ofta tidigt varit medvetna om problemen och svårigheterna är mer synliga i hemmet än i skolan. Flickor med ADHD är mer aggressiva än flickor i övrigt. Det som skiljer flickor och pojkar med ADHD är att pojkar har mer beteendeproblem och att flickor uppvisar mer ångest och depressioner och är i mindre grad hyperaktiva samt att flickor får hjälp senare. (Kopp SoS).

Det är viktigt att betrakta de ovan beskrivna undergrupperna som olika uttrycksformer av samma grundstörning (SoS).

Samtidig förekomst av andra problem kan vara: motoriska och perceptuella svårigheter, inlärningsproblem, dyslexi, problem med arbetsminne, sociala beteendestörningar, svårigheter i samspel med andra.

Samtidig förekomst av annan sjukdom kan vara: ångestsjukdom, depression och bipolär sjukdom (mano-depressivitet). Bipolär sjukdom utvecklas hos 10-12% av barn med ADHD. Samtidig förekomst av ADHD förekommer relativt ofta vid Asperger syndrom och Tourettes Syndrom (SoS, 2003).

Orsaksfaktorer: biologi och miljö är starkt sammankopplade

Bakomliggande orsaker är inte helt kända, men det finns vetenskapligt underlag för att säga att ett flertal faktorer ökar risken för uppkomst av ADHD. Forskare inom området är överens om att främst biologiska faktorer som ärftlighet liksom riskfaktorer under graviditet (t ex förtidig födsel, syrebristtillstånd, undernäring hos barnet, alkoholintag) och förlösning är av betydelse för uppkomsten av ADHD. Dessa biologiska faktorer i samspel med miljöfaktorer är centrala för hur problematiken senare kommer till uttryck (SoS).

Prognos

Hänvisas till kapitel 8.3: Vad leder uteblivna insatser till.

Behandling

För barn med klara funktionsnedsättande problem, som genomgått en utredning och fått en diagnos, finns behov av insatser. Detta behov ökar om det finns riskfaktorer hos barnet självt eller i omgivningen. Riskfaktorer kan vara problemets svårighetsgrad, förekomst av samtidig sjukdom som beteendeavvikelse, riskfaktorer i hemmiljön, hög grad av föräldra-stress eller riskfaktorer i förskole- och skolmiljö. För att förhindra att negativa konfliktmönster uppstår bör behandling starta tidigt, helst redan i förskoleåldern (SoS)

Det finns ett flertal vetenskapliga studier av hög kvalitet som utvärderat behandling av barn/ungdomar med ADHD, både farmakologiska och psykosociala, beteendemodifierande program samt kombinationer av båda.

Två av tre barn som behandlats med centralstimulerande medel (CS) förbättras och resultaten kan förbättras ytterligare vid byte av preparat. Hälften av barnen blir i det närmaste helt symptomfria.

Det finns inga dokumenterade skillnader mellan olika centralstimulerande medel. Det finns inga vetenskapliga belägg för beroendutveckling (SoS m.fl.). I Sverige har Läkemedelsverket presenterat svenska riktlinjer för behandling med CS. I denna anges att läkemedel alltid skall kombineras med andra stödåtgärder i förskola/skola och till föräldrarna. Läkemedel skrivs ut av specialist i barn- och ungdomspsykiatri, barnneurologi och habilitering eller barnläkare med speciell kompetens inom området

Det finns också vetenskapliga belägg för att psykosociala behandlingsprogram med beteendemodifierad inriktning, riktade till föräldrar, har effekt på ADHD symptomen (Barkley, Cunningham, Webster-Stratton, mfl). Programmen går ut på att lära föräldrar känna igen och hitta strategier för att stärka positiva beteenden samt minska negativa. Flera program utgår också från familjeorienterad teori, såsom COPE-programmet.

Enligt vissa studier ger enbart behandling med centralstimulantia lika bra resultat som behandling med centralstimulantia kombinerat med psykosociala behandlingsprogram, vad gäller kärnsymptomen vid ADHD, d v s uppmärksamhetsstörningen, impulsiviteten och hyperaktiviteten. (SoS, MTA-studien). Hos barn med ADHD och en samtidig annan diagnos, som till exempel beteendestörning, är dock behandlingseffekten större om både behandling med farmaka och psykosociala behandlingsprogram används. Det finns inga belägg för att beteendeterapi riktat direkt mot barnet/ ungdomen skulle ha någon effekt (SoS).

Det pågår också forskning för att utveckla olika kognitiva träningsprogram.

5.2 Kunskapsläget om autism, Asperger och förstånds-handikapp

Autismspektrumstörning är ett begrepp som innefattar autism, autismliknande tillstånd och Asperger syndrom.

Epidemiologiska studier i Sverige (Gillberg) har visat att autismspektrum störningar förekommer hos 1 % av barn/ungdomar. Detta innebär att det varje år i Stockholm föds omkring 250 barn som har en autismspektrumstörning.

Autism är ett allvarligt funktionshinder som beror på en medfödd eller tidigt förvärvad hjärnfunktionsstörning. Personer med autism har stora svårigheter att bearbeta och förstå information så att de får en helhet och sammanhang i sina upplevelser. De har också bristande förmåga att förstå och leva sig in i andra människors tankar, känslor och behov. Symptomen brukar delas in i tre huvudgrupper och består av: 1) svår begränsning av förmågan till ömsesidigt socialt samspel; 2) svår begränsning av förmågan till ömsesidig kommunikation; 3) svår begränsning av fantasi, lekbeteenden och intressen (DSM-IV). Autism förekommer ofta tillsammans med andra funktionshinder som utvecklingsstörning, epilepsi, syn- och hörselnedsättning. Diagnosen autism ställs efter en medicinsk och psykologisk utredning enligt diagnoskriterier från DSM-IV eller ICD-10. Svenska studier visar att 0,2 % av barn/ ungdomar har autism (Gillberg). Detta innebär i Stockholms län att cirka 50 barn per år föds med autism.

Autismliknande tillstånd är en diagnostisk term som används när flera allvarliga symptom på autism föreligger men inte alla kriterier är uppfyllda enligt DSM-IV.

Aspergers syndrom är en autismspektrumstörning hos personer med i regel normal eller hög begåvning med begränsad förmåga till socialt samspel, begränsade intressen, tvångsmässighet och speciella rutiner, verbala och ickeverbala kommunikationsproblem. Orsaken är ofullständigt känd, men ärftliga faktorer är betydelsefulla. Funktionshindret är vanligare hos pojkar än flickor. Diagnosen Asperger ställs efter en medicinsk och psykologisk utredning enligt diagnoskriterier från DSM-IV eller ICD-10.

Förståndshandikapp eller utvecklingsstörning hos en person innebär att personen har en begränsad förmåga till abstrakt tänkande. Orsakerna kan vara flera och bero på en medfödd eller tidigt förvärvad hjärnfunktionsstörning eller skada, en kromosomrubning, en ärftlig eller annan sjukdom. Graden av förståndshandikapp kan variera mycket från att personen fungerar på en mycket låg utvecklingsnivå med stort omvårdnadsbehov, till att fungera på nästan normal nivå med möjlighet att leva ett normalt socialt liv. Barn med förståndshandikapp kan reagera med utagerande beteende eller inåtvända symptom om det utsätts för alltför höga krav på prestationer från omgivningen. Klassiskt refererade svenska undersökningar tyder på att cirka knappt ett barn på 100 har en utvecklingsstörning (Hagberg), men sanno-

likt är denna siffra underskattad och ligger enligt nyare studier på en högre nivå, 1-2 % (Fennell, Landgren).

Lindrig utvecklingsstörning innebär en nedsättning av förmågan till teoretiskt tänkande och definieras med ett IQ kriterium (IQ 50-70) och med ett adaptivt kriterium. Det adaptiva kriteriet innebär att individen har betydande svårigheter att möta de krav som ställs inom minst två av områdena: kommunikation, personligt- socialt, skola/arbete, fritid, hälsa och personlig säkerhet utifrån ålder och kulturell grupp. Barn/ungdomar med lindrigt förståndshandikapp som saknar förutsättningar att nå upp till grundskolans kunskapsmål kan mottas i särskolan om föräldrar så önskar. För att säkerställa att eleven har rätt till särskola ska förutom begåvningsstestet även en pedagogisk, medicinsk och i vissa fall social utredning göras. (Källa: Skolverket, Rutiner för utredning och beslut om mottagande i den obligatoriska särskolan)

6. Barns och föräldrars erfarenheter

Riksförbundet Attention, som ombetts beskriva barns och föräldrars erfarenheter, har valt att göra detta utifrån ett konkret exempel. Man ger också förslag på förbättringar och åtgärder vad gäller insatskedjorna för ADHD, som framkommit vid samtal, möten och telefonsamtal med föräldrar som finns i Stockholmsregionen.

Riksförbundet Attention är en rikstäckande handikapporganisation för neuropsykiatriska funktionshinder som arbetar med att förbättra villkoren för barn, ungdomar och vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder. Basen i förbundet är lokala grupper och föreningar över hela landet.

Brukarerfarenheter

När Kalle var tre år kallade förskolepersonalen till ett möte med Kalles föräldrar. Under mötet berättade pedagogerna att Kalle var ett speciellt barn, att de inte mött någon som Kalle tidigare och därför inte riktigt visste hur de skulle bemöta honom. Förskolan sökte och blev beviljade pengar för att anställa en extra personal (resurs) för att se speciellt till Kalles behov. Samarbetet mellan resurspersonen, Kalle, föräldrar och övriga på förskolan fungerade väldigt bra. Föräldrarna upplevde att pedagogerna på förskolan var ett stort stöd, både för Kalle och dem själva.

När det blev dags att börja skolan insåg Kalles föräldrar att de behövde mer information om på vilket sätt Kalle var speciell, för att kunna hjälpa honom på rätt sätt. Därför gick Kalles föräldrar till vårdcentralen och fick en remiss till ett utredningsteam. Skoldagarna fungerade förhållandevis bra på grund av att Kalle även där hade en resursperson som såg till hans speciella behov. Skolresursen anställdes tack vare att Kalles svårigheter uppmärksammats redan i förskolan. Han hade alltså stöd sedan tidigare.

Trots att föräldrarna fått remiss till utredning var det väldigt långa väntetider, två år skulle det ta innan de skulle få komma till utredning. Föräldrarna vände sig då till BUP, men av olika anledningar (personalens sjukfrånvaro bland annat) dröjde det ändå cirka ett år innan basteamet blev inkopplat och en utredning kunde påbörjas. Utredningen tog cirka tio månader och slutade i diagnosen Aspergers syndrom. Då var Kalle 9 år och det hade tagit nästan tre år sedan föräldrarna först vände sig till vårdcentralen för att få remiss till en utredning.

Det var föräldrarna själva som talade om för Kalle att han ”var en Asperger-kille”. Kalle blev glad och frågade direkt hur ordet stavas. Föräldrarna hade därefter ett par möten; först med en neurolog, därefter med basteamet samt all inblandad skolpersonal. Vid det mötet deltog totalt cirka 12 – 15 personer.

Efter diagnos och möten hände – ingenting. Jo, föräldrarna hade fått ett telefonnummer i handen som gick till Autismcentrum syd. Den kontakten blev värdefull eftersom det ordnades möten och träffar med andra i samma situation, men det skedde helt på föräldrarnas initiativ.

Med anledning av ovanstående berättelse finns en del viktiga saker som vi i Attention anser att man skall tänka på när det gäller samverkan:

- Korta ner väntetiderna. Det är alldeles för lång tid att behöva vänta två år på en utredning.
- Utse en ansvarig som ser till att samverkan fungerar. Den ska också se till att möten och uppföljning sker kontinuerligt. Den ska också se till att barnet/ungdomen får den fortsatta stöd den har rätt till. Föräldrarna ska vara delaktiga hela tiden och de måste få information om vad som händer i utredningen. Gör i ordning en pärm eller ett informationspaket där man förklarar hur utredningen går till, vad som händer, vilka som är inblandade, deras olika roller, vem som gör vad och varför.
- Övergången måste fungera mycket bättre. När utredningen är klar, informera föräldrarna om vilka rättigheter de har. Det kan ske genom att varje familj får ett personligt ombud som hjälper dem den första tiden med praktiska saker. Till exempel hur man söker vårdbidrag, stöd enligt LSS etc. Första kontakten med personliga ombudet kan gärna ske vid ett hembesök. Ungefär som när man som nybliven förälder kommer hem från BB med en massa välvilja och tusen frågor. Då är det skönt att det kommer en syster från BVC som kan svara och finnas med som ett stöd.
- Se till att alla inblandade runt barnet/ungdomen har den kunskap om funktionshindret som krävs för att rätt stöd och behandling ska kunna ges. Skolpersonal vill ofta väl men har bristfälliga kunskaper om neuropsykiatriska funktionshinder och hur de ter sig i vardagen.
- Kontinuerlig fortbildning för skolpersonal och de föräldrar som önskar.
- Stödsamtal för föräldrar under utredningstiden, antingen enskilt eller i grupp. Det är en mödosam process och en omställning för hela familjen att gå igenom en utredning. Det är många frågor som dyker upp, då behöver föräldrarna tala med andra i samma situation samt kunnigt yrkesfolk.

Slutligen:

Utredning och behandling/habilitering skulle kunna ske i samma lokaler, d v s att kommun och landsting sitter på samma plats tillsammans med ansvarig samordnare. Det underlättar samverkan. Det borde även vara ett krav på att skola, npf-team (neuropsykiatriskt funktionsnedsättningsteam) samt behandling/habilitering, alla inblandade runt familjen, måste samverka.

7. Uppdrag och ansvar

En översiktlig genomgång av gällande svensk lagstiftning har gjorts inom ramen för detta program. De lagar som gäller finns redovisade i bilaga 14.1. med paragrafhänvisningar.

Skollagen

I skollagen framgår att särskilt stöd skall ges till barn som behöver det (förskola), har svårigheter i skolarbetet (grundskola) eller speciella behov av individuellt program (gymnasieskola). I skollagens kap 14 regleras skolhälsovården. I lagen står att skolhälsovård med sjuksköterska och läkare ska anordnas för alla elever. Skolhälsovårdens mål är att bevara och förbättra elevernas psykiska och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor.

Ett nytt verksamhetsområde, elevhälsa, föreslås införas i skollagen (Regeringsproposition 2001; kap 14: 2). I elevhälsan ingår omvårdnad samt medicinska, psykologiska, sociala och specialpedagogiska insatser. För verksamheten skall finnas tillgång till personal med kompetens att tillse att elevens behov kan tillgodoses (ref: Betänkande av 1999 års skollagskommitté' SOU 2002:121).

I skollagskommitténs betänkande föreslås begreppet elevvårdskonferens ersättas med beslutskonferens. Här föreslås också att en kartläggning ska föregå åtgärdsprogrammet.

Förskolan

I såväl skollag som läroplan lyfts förskolans ansvar för barn i behov av stöd. Förskolans unika möjlighet att arbeta för att utjämna skillnader i barns livsvillkor betonas och arbetet med barn i behov av stöd beskrivs som en viktig del. Det finns i förskolans styrdokument inga skrivningar kring metoder och därför inte heller krav på åtgärdsprogram eller handlingsplaner.

Förskolans verksamhet ska enligt Lpfö, förskolans läroplan, utgå från barnets erfarenheter, intressen, behov och åsikter. Barn som behöver särskilt stöd i sin utveckling ska ges den omsorg som deras speciella behov kräver.

I grundskoleförordningen och särskoleförordningen framgår att det skall finnas elevvårdskonferenser för att behandla elevvårdsfrågor, samt särskilda stödinsatser som stödundervisning, särskilt stöd till barn i behov av specialpedagogiska insatser, särskild undervisning och anpassad studiegång. Om det genom uppgifter från skolans personal, en elev, dennes vårdnadshavare eller på annat sätt har framkommit att eleven behöver särskilda stödinsatser, skall rektor se till att ett särskilt åtgärdsprogram utformas och utvärderas.

Läroplan för förskolan

I läroplanen framgår att det är förskolans uppgift att i samarbete med föräldrarna verka för att varje barn får möjlighet att utvecklas utifrån sina förutsättningar, att barn med behov av stöd skall få tillgång till detta, och att arbetslaget skall ge stimulans och stöd till barn med svårigheter av olika slag.

Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet

I denna framgår rätt till likvärdig utbildning, mål och riktlinjer för verksamheten samt rektors ansvar för barn med behov av stöd.

Läroplan för de frivilliga skolformerna

I denna framgår rätt till likvärdig utbildning, mål och riktlinjer samt rektors ansvar för barn med behov av stöd.

Socialtjänstlagen

I denna framgår att Socialnämnden skall verka för att barn växer upp under trygga och goda förhållanden, att i samarbete med hemmet främja en allsidig personlig utveckling hos barn och ungdomar, att med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdomar som visat tecken till ogynnsam utveckling och att ge skydd och stöd.

För att socialtjänsten skall få kännedom om vilka barn som behöver socialtjänstens insatser stadgas i Socialtjänstlagen kapitel 14 § 1 att alla som i sin yrkesutövning möter barn som riskerar att utvecklas negativt eller utsättas för psykisk och fysisk misshandel är skyldiga att anmäla. Anmälningsplikten innebär således att sekretessen bryts.

Lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS)

Innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och service åt tre kategorier av personer:

- 1) personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
- 2) personer med betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder som kroppslig sjukdom eller yttre våld samt
- 3) personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Hälso-och sjukvårdslagen

HSL är en målinriktad ramlag vars övergripande syfte är att säkerställa god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Med hälso- och sjukvård menas åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I 3 b§ HSL anges att landstinget skall erbjuda dem som är bosatta inom landstinget habilitering och rehabilitering.

Programgruppens slutsatser och förslag har sin utgångspunkt i ovanstående lagar.

8. Lägesbeskrivning år 2004

8.1 Förekomst

Drygt 400 000 barn under 18 år bor i Stockholms län. År 2003 föddes i länet cirka 25 000 barn och prognosen visar på en fortsatt ökning av födelsetalen med 6.3 % fram till år 2012. (Ur MPA:s årsrapport 2003). År 2003 fanns totalt i länet 91 358 barn i åldrar 0–3 år, 316 276 barn i åldrar 4–17 år (SCB). Siffran 25 000 barn/år används här för att räkna fram antalet barn per årskull i Stockholms län med nedanstående diagnoser i tabellen. Det förtjänar att påminnas om att en femtedel av Sveriges befolkning bor i Stockholms län.

De siffror som finns att tillgå vad gäller förekomsten av barn med neurologiska/neuropsykiatriska diagnoser anges i tabellen nedan, liksom antalet barn med förväntade diagnoser/årskull barn i Stockholms län, räknat på 25 000 barn.

Typ av diagnos	% av samtliga barn	Beräknat antal barn/årskull i Stockholms län (=25 000 barn)
ADHD	2-5 %	500-1250 barn
Autism	0,2 %	50 barn
Aspergers syndrom och autism-liknande tillstånd	0,8 %	200 barn
Mental retardation/utvecklingsstörning	1 %	250 barn

Ofta förekommer flera diagnoser samtidigt t ex vid autism har cirka 70 % av barnen också en utvecklingsstörning. Också barn och ungdomar med annan problematik som depression, ångestillstånd, Tourettes syndrom och sociala beteendestörningar kan visa sig ha ADHD.

Svårigheten att bedöma behovet av utredningar förstärks av att barn med enbart dyslexi eller språkstörning, barn som inte fyller alla kriterier för ADHD-diagnos, barn inom svagbegåvningsområdet och barn med psykosocial problematik remitteras för utredning.

Den sociala strukturen inom länet gör också att efterfrågan på utredning kan variera på ett sätt som inte alltid svarar mot behovet.

Sammanfattningsvis blir det svårt att utifrån ovanstående siffror teoretiskt räkna fram ett exakt utredningsbehov.

8.2 Lägesbeskrivning

Socialstyrelsen betonar i sin kunskapsöversikt att det krävs ett gemensamt förhållningssätt mellan alla berörda verksamheter inom kommunerna och landstinget i olika led i insatskedjan. Eftersom detta saknas i nuläget har programgruppen lagt fokus på att identifiera strategiskt viktiga områden såväl inom som mellan huvudmännen.

Stora variationer på förskolesidan

Specialpedagogiska institutet konstaterar i sin skrift, individuell planering för förskolebarn, att för många barn i behov av stöd saknas idag dokumenterad planering som innehåller realistiska och utvärderingsbara mål. I Skolverkets nationella utvärdering av förskolan framkommer att de vanligaste stödinsatserna är handledning/konsultation och/eller personalförstärkning i verksamheten. I enkätstudier framkommer att förskolorna upplever att omfattningen av antalet barn i behov av stöd ökar.

Studien säger också att det är värt att uppmärksamma att det är ovanligt med särskilda stödinsatser för yngre barn. Personal som arbetar med yngre barn beskriver att de ofta avvaktar innan de ansöker om extra resurser. Att definiera ett yngre barn som är i behov av stöd kräver kompetens och kunskap om små barns behov. I den nationella utvärderingen framkommer att personal anser begreppet, i behov av stöd, luddigt. Att inte alla barn får tidiga insatser kan alltså bero på brist på kunskap hos den personal som arbetar närmast barnet.

I Skolverkets nationella utvärdering 2004 av förskolan anges att det finns skäl att misstänka att de ekonomiska nedskärningarna inom förskolans område har försvårat integrationen av barn i behov av särskilt stöd i den ordinarie verksamheten. Den samlade kunskapen om betydelsen av barngruppsstorlek och personaltäthet för förskolans verksamhet tyder på att barn i behov av särskilt stöd är förlorare i stora grupper. Magnus Kihlbom framhåller också i ”Om små barns behov och utveckling” att det mest fruktbara för små barns utveckling är just vikten av goda relationer och gott samspel.

Stora variationer finns i kommunernas elevvård och kommunernas medverkan i nuvarande utredningsteam (Bas-/STUDS -teamen)¹

I skolförfattningarna från och med förskoleklass finns rätten till stöd för elever i behov av särskilt stöd reglerad, liksom rektors ansvar för att detta stöd ges och att det fattas beslut om stöd. I läroplanerna står att rektor har ett särskilt ansvar för att undervisningen och elevvårdsverksamheten utformas så att eleverna får det särskilda stöd och den hjälp de behöver.

Det finns idag ett fåtal regleringar om hur man ska arbeta och vad elevvården ska göra. Det som regleras är elevvårdskonferensens form och innehåll, att åtgärdsprogram ska upprättas för elever i behov av särskilda stödåtgärder samt vad skolhälsovården ansvarar för och ska erbjuda eleverna.

I regeringens proposition 2001/02:14, Hälsa, lärande och trygghet, föreslås ett nytt verksamhetsområde – elevhälsan. Inom elevhälsan föreslås att det skall finnas yrkesgrupper med social-, psykologisk-, medicinsk-, omvårdnads- och specialpedagogisk kompetens. Arbetet med elevhälsan bör så långt möjligt vara förebyggande och hälsofrämjande och en förskjutning ske från riskfaktorer till friskfaktorer. I det individuellt inriktade arbetet bör elevhälsan ha ett särskilt ansvar för att undanröja hinder för varje enskild elevs lärande och utveckling.

För närvarande finns dock ännu inget lagstöd för skolans elevvårdande verksamhet med undantag för bestämmelser om skolhälsovård. Elevvårdens resurser varierar starkt mellan olika kommuner och också mellan skolor.

¹ STUDS-team – STUDS står för Samverkan, Tidig Upptäckt, Diagnos och Stöd (se sid 27)

Förutom det individuellt inriktade arbetet så är det vanligt att elevvårdare arbetar med stöd till lärare och skolledning. Flera av elevvårdarna, framförallt kuratorer, psykologer och specialpedagoger, arbetar med handledning och konsultation till enskilda lärare och arbetslag. Elevvårdarna arbetar också med generella insatser som syftar till att skapa en god miljö för lärande liksom direkt hälsofrämjande insatser.

Många utredningsenheter och flera vårdspår inom landstinget

År 1995 beslutades att huvudansvaret av utredning av misstänkt DAMP/ADHD skulle ligga på barnläkarmottagningarna, komplicerad DAMP/ADHD på barnmedicinska klinikerna och misstänkt autism på BUP-klinik.

Detta har fått till följd att utredning av barn/ungdomar med misstänkt neuropsykiatrisk problematik (ADHD och/eller autismspektrumstörning) för närvarande (år 2004) sker vid något av det sextiotal utredningsteam med olika kompetens och specialinriktning inom landstinget (basteam, STUDS- team, öppenvårdsteamerna vid BUP och barnneurologiska utredningsteam vid barnklinikerna).

- skolbarn från 6-års ålder upp till 18 år med misstänkt ADHD/ADD/DAMP remitteras till bas- och STUDS- teamen.
- barn med misstanke på avvikelser inom området autismspektrumstörningar remitteras till BUPs öppenvårdsmottagningar.
- förskolebarn med misstänkt mental retardation, barn med rörelsehinder och samtidig misstänkt utvecklingsavvikelse, äldre barn med komplicerade problem inom ADHD/ADD/DAMP/Aspergerdiagnoserna och barn med andra samtidiga diagnoser som epilepsi eller olika genetiska sjukdomar remitteras till de tre klinikteamerna inom barnmedicinverksamheterna, Karolinska universitetssjukhuset (Huddinge och Solna) och Sachsska barnsjukhuset.

Dessutom är samsjukligheten vad gäller utvecklingsavvikelser hög och ungefär en tredjedel av barnen/ungdomarna får två diagnoser efter genomförd utredning. Frågor om vart remissen ska skickas blir med andra ord inte så enkla att besvara i nuläget.

Sammanfattningsvis innebär det att det i nuläget finns flera vårdspår för remisser för barn med neuropsykiatrisk problematik.

År 2004 beslutades om strukturförändringar av BUP till färre mottagningar och liknande förändringar diskuteras för den öppna barnsjukvården vilket kan komma att leda till färre utredande verksamheter.

Teamens sammansättning

Basteamerna och STUDS- teamerna är olika uppbyggda i olika delar av länet. Psykologkompetens ingår alltid liksom läkarkompetens, likaså finns tillgång till logoped, sjukgymnast- och arbetsterapeut. STUDS- teamets psykologer är i princip anställda av kommunen, basteamens psykologer av BUP, d v s landstinget. Medverkan av pedagog från kommunerna varierar i länet. Samordningsfunktionen ligger ibland hos läkaren, ibland hos psykologen, sällan som en egen yrkesfunktion. Otillräckligt med tid för samordning försvårar och försenar utredningsarbetet. Tiden är otillräcklig för ”krishjälp” till föräldrarna under och efter utredningen, liksom praktisk hjälp i att söka till exempel vårdbidrag och liknande.

I västra söderort finns en tredje modell för samverkan kring utredning och diagnostik där roller och ansvarsfördelning mellan landstinget och stadsdelarna tydliggjorts i form av en skriftlig trepartsöverenskommelse mellan stadsdelarna, vårdgivarna och beställarna.

Köer och väntetider

Väntetider för utredning, ”kötiden”, varierar i länet. Det har varit svårt att få fram siffror på kötider. I vissa områden har man enligt uppgift nästan inga köer alls, i andra områden kötider på upp till 1 ½ år och till och med längre. Kötiderna speglar inte alltid behoven i området eller kapaciteten inom det aktuella teamet. En längre kötid kan bero på en vakans i teamet, som inte gått att ersätta. Man kanske avstår från att remittera barnet/ungdomen eftersom kön är så lång, och skickar remissen till en annan utredningsenhet än den tänkta. Kötiderna kan också påverkas av andra faktorer, som att familjen får ett tidigt första besök och barnet sedan ställs i en intern kö. En lång kötid kan förstås också bero på otillräckligt med resurser avsatta för verksamheten.

Antal barn och ungdomar som utreds

I en sammanställning över utredda barn/ungdomar under åren 2001-2003 vid länets olika utredningsenheter angavs antalet per år vara cirka 850-900 (D. Edfelt). Rapporteringen från en del vårdgivare var dock ofullständig, varför siffran sannolikt är högre. Den övervägande delen av barnen/ungdomarna, cirka 80 procent, remitterades från BVC eller skolhälsovården.

De diagnoser barnen/ungdomarna erhöll efter utredningen indelades i tre diagnosgrupper: en grupp med ADHD/ADD/DAMP, en grupp med autism/ Asperger/ autismspektrumstörning samt en grupp med diagnoser som lindrig utvecklingsstörning, dyslexi, språkstörning, Tourettes syndrom och psykosocial problematik.

Av de utredda barnen/ungdomarna fick en tredjedel någon av diagnoserna ADHD/ADD/DAMP, en fjärdedel någon av autismspektrumdiagnoserna, medan knappt hälften utgjordes av de övriga diagnoserna. Det är viktigt att komma ihåg att samtidig sjukdom (komorbiditet) vid ADHD är påfallande hög. Exempel på sådana samtidiga diagnoser är psykosociala beteendestörningar, Tourettes syndrom, depression, tvångssyndrom, ångesttillstånd, autismspektrumstörning och lindrig utvecklingsstörning. Efter genomförd utredning enligt ovan fick hälften av barnen mer än en diagnos, och fler än en fjärdedel får tillägg av två diagnoser.

Kommunala insatser

De huvudsakliga insatserna sker idag i förskola och skola, fritidsverksamhet och socialtjänst.

Förskola (exempel på insatser)

- Plats i förskola
- Utökad tid i förskolan
- Handledning av specialpedagog och psykolog
- Personalförstärkning
- Nedskrivet antal barn i barngruppen
- Liten grupp – specialpedagogisk inriktning

Skola (exempel på insatser)

- Åtgärdsprogram
- Handledning av specialpedagog/psykolog/kurator
- Stödundervisning
- Personalförstärkning
- Plats i särskild undervisningsgrupp
- Anpassad studiegång
- Distansundervisning
- Uppskjuten skolplikt
- Två extra skolår ifall målen inte uppnåtts

En diagnos i sig ger ingen upplysning om vilket pedagogiskt stöd en elev behöver och får inte vara ett villkor för att eleven ska få särskilt stöd. Däremot kan diagnoser ge värdefull kunskap som skolan kan använda som en av flera utgångspunkter för att planera hur lärandet för en elev ska fungera bra. Kompletterande utredningar ger tillsammans ett underlag och förutsättningar för fortsatt utveckling av skolans stöd till eleven. Det gäller att balansera kunskapen om elevens svårigheter med dennes styrkor och möjligheter, för att undvika att hamna i ett bristtänkande, som kan leda till att skolans lärare har för låga förväntningar på eleven. (Källa: Skolverket. Att arbeta med särskilt stöd med hjälp av åtgärdsprogram Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården.)

Socialtjänst

Socialtjänstens stöd till familjer med barn med särskilda behov kan bestå av råd och stöd och bistånd gällande försörjning, bostadsansökan, familjerätt samt stöd till föräldrar med en egen problematik, t ex våld mellan föräldrar, missbruk eller psykisk sjukdom.

När det gäller insatser riktade till barnen är det mycket vanligt att föräldrarna erbjuds stöd i sitt föräldraskap genom familjesamtal, familjepedagogiska insatser eller avlastningsfamilj. Ofta arbetar socialtjänsten nätverksinriktat och försöker mobilisera andra viktiga vuxna runt barnet i syfte att bryta isolering. Socialtjänsten har möjligheter att erbjuda samarbetsamtal till separerade föräldrar som befinner sig i konflikt kring barnet.

Barn och ungdomar med omfattande vårdbehov och där samtidigt föräldrarna behöver stöd i sitt föräldraskap kan erbjudas olika former av strukturerad öppenvård som socialtjänsten ansvarar för. Vården innehåller vanligtvis individuellt stöd, miljöterapi, särskild skola eller praktik samt familjebehandling.

Om barnet inte kan bo hemma har socialtjänsten ansvaret för att barnet får den vård och omsorg det behöver antingen i familjehem eller hem för vård eller boende. I detta ingår att socialtjänsten ansvarar för att barn med särskilda behov, t ex koncentrationsstörningar, får bra skola och annan vård. (Se BUS-policyn riktlinje 5)

Landstingsinsatser år 2004

Uppskattningsvis cirka 1000 barn/ungdomar i länet med ADHD behandlas med centralstimulantia (CS). Läkemedelsverket kräver varje år in rapporter om hur många barn som behandlas och behandlingseffekten för varje enskilt barn för licensierade preparat. Barn som behandlas med centralstimulantia följs regelbundet var 3-4:e månad med medicinska kontroller, t ex blodtryck.

Föräldraundervisning med föreläsningar om ADHD erbjuds på olika håll i länet liksom föräldrautbildningar enligt COPE-modellen och Webster-Stratton.

Föreläsningar i fortbildningssyfte för personal inom landstinget som utreder barn/ungdomar med ADHD ges regelbundet.

Informationsmaterial, till exempel idébanken, Attentions faktablad mm finns vid utredningsteam.

Föreläsningdagar med nationella och internationella gästföreläsare med specialkompetens inom området finns att tillgå någon - några gånger per år genom olika arrangörer.

Inom norra länsdelen finns ett projektuppdrag att bygga upp ett kunskapscenter. Som del i detta uppdrag utvecklas för närvarande en modell gemensamt mellan BUP och kommunerna för föräldrainsformation och kunskapsöverföring till kommunens personal kring barn med ADHD. Delar av litteraturlistan i dokumentet är hämtat därifrån. Inom neuropsykiatri har också psykologer/pedagoger utvecklat en speciell bok där man med bilder och text beskriver barnet/ungdomens problematik och vad detta innebär i praktiken för barnet.

Ett motsvarande uppdrag i södra länsdelen är under uppbyggnad.

8.3 Vad leder uteblivna eller otillräckliga insatser till?

Det finns flera uppföljande långtidsstudier av individer med ADHD. Ungefär hälften av dem som har ADHD i barnaåren har kvar betydande koncentrationssvårigheter vid uppföljning i 20–25 års ålder (SoS, Beckman V). Även om problem med överaktivitet klingar av kan problem med koncentrationssvårigheter, låg självkänsla, problem med utbildning och arbetsliv finnas kvar. I en nyligen publicerad studie (Barkley R) uppgav 5 % i en självrapportering av de barndomsdiagnostiserade med ADHD att problemen fanns kvar, medan 46 % av deras föräldrar bedömde att de hade fortsatta problem. Denna diskrepens har tolkats som bristande självinsikt hos unga vuxna med ADHD. I den barndomsdiagnostiserade gruppen finner man en högre andel med antisocialt beteende.

Studier har visat att man kan urskilja tre utvecklingstrender i gruppen som får ADHD- diagnos:

- 1) en utvecklingsförsenad grupp (20–50 %), där symptomen avklingar med stigande ålder
- 2) en grupp (25–50 %) med bestående ADHD- problem i vuxen ålder
- 3) en grupp (20–40 %) med generell utvecklingsrelaterad störning som utvecklar andra psykiatriska symptom i vuxen ålder.

Risken att utveckla missbruk eller beroende är förhöjd hos ungdomar och vuxna med ADHD (Thorley, G).

För att avgöra om långtidsprognosen förändras av behandling fordras ytterligare långtidsuppföljande studier.

8.4 Områden som behöver uppmärksammas

Problem som uppstår i insatskedjan från upptäcktsnivå till utredning och insatser kan förorsaka onödigt dubbelarbete, onödigt långa väntetider och ge upphov till oklarheter för barnen/ungdomarna och deras familjer. Programgruppen har i sitt arbete gått igenom hela insatskedjan och har inte enbart lyft goda exempel utan också identifierat knäckfrågor som behöver uppmärksammas.

Innan utredning

- Personal på förskolan och inom BVC som arbetar med yngre barn avvaktar ofta länge innan barnens behov av stöd uppmärksammas.
- Elevvårdens varierande dimensionering och kompetens får konsekvenser för hur samverkan med landstinget skall utformas.
- Alltför många barn med enbart svagbegåvning utreds med frågeställningen ADHD och autismspektrumstörning.
- Barn som särskilt behöver synliggöras t ex barn i resurssvaga familjer, barn i familjer med annan kulturell bakgrund och utagerande barn och ungdomar som är svåra att motivera för utredning
- Remitteringen till landstinget har tagits upp som ett problem, eftersom det hittills funnits ”två vårdspår”, ett barnmedicinskt och ett barnpsykiatriskt. Remisskrivaren kan inte alltid utifrån symptombilden avgöra vad barnet efter utredning får för diagnos, eller har kanske också ett behov av att få barnet bedömt utifrån båda kompetenserna.

Utredning

- Kommunal medverkan i utredningsteamet
- Tillgången till utredande psykologer för barnläkare i öppenvård är alldeles för otillräckliga för förskolebarnens behov av utvecklingsbedömning, vilket bidrar till försening av utredningen och därmed försening av insatser och stöd.
- Väntetid för utredningar i landstinget är inom vissa områden oacceptabelt långa. Dokumentationen av väntetider och köer är otillfredsställande.
- Samordningsfunktionen, dvs att samordna möten för alla inblandade under och efter en utredning, att hålla kontakt med föräldrarna och svara på frågor under väntetiden, att hålla kontakt mellan kommunen och landstinget, mm är en tidskrävande uppgift, som inte fått tillräckligt avdelade resurser.
- Tiden är otillräcklig för stödsamtal och ”krishjälp” till föräldrarna under och efter utredningen, liksom praktisk hjälp i att söka till exempel vårdbidrag och liknande. Viktigt också att uppmärksamma ärftligheten, då många föräldrar har egna, liknande svårigheter som barnen/ungdomarna.

Efter utredning

- Efter att utredningen avslutats finns ofta inga tydliga riktlinjer för hur uppföljningen skall ske – vem ansvarar för vad?
- Otillräckligt med läkar- och sjukskötersketid för initiering/uppföljning av medicinering

- Resurser/kompetens för evidensbaserad psykosocial intervention med beteendemodifierande metoder finns i alltför begränsad utsträckning
- Behandlings- och stödinsatserna är otillräckliga både till den enskilda familjen och personalen runt barnen/ungdomarna vad gäller information, utbildning och handledning utifrån behoven.
- Bristande samordning såväl inom kommunen (mellan skola, socialtjänst och handikappomsorg) som inom landstinget (mellan barnpsykiatri, barnmedicin och habilitering).
- Otillräckligt med resurser på vuxensidan försvårar övergången från ungdom- till vuxenstödinsatser.

Del 2

Programgruppens slutsatser och sammanfattning

9. Programgruppens slutsatser och förslag: sammanfattning

Programgruppens förslag på samverkan runt barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter beskriver det önskvärda tillståndet framöver mot bakgrund av kunskapsläget, kartläggning, belysta områden och programgruppens samlade kunskap och erfarenhet (kap. 9 och efterföljande kapitel)

Grundläggande utgångspunkter i allt insats- och utredningsarbete är föräldrarnas och barnets/ungdomens delaktighet.

1. Barn i förskolan som behöver särskilt stöd i sin utveckling ska ges den omsorg som deras speciella behov kräver. Programgruppen anser att det krävs en **satsning på kompetensutveckling gentemot förskolans och barnhälsovårdens personal** för att de tidigare än idag skall kunna se och upptäcka dessa barn
2. Arbetslaget i skolan identifierar en elev i behov av stöd, kartlägger, upprättar åtgärdsprogram och utvärderar tillsammans med elev och förälder
3. I det fall åtgärderna inte visar sig ge resultat lyfts ärendet till en elevvårdskonferens där ett beslut fattas om att göra en **samlad kartläggning** av pedagog, läkare och psykolog. Samtliga kategorier avgör utifrån sin profession vad som ska ingå i remissen.
4. Skolhälsovården skickar in remissen till landstingets utredande team. En remiss där syftet med utredningen framgår och den samlade kartläggningen bifogas underlättar remissinstansernas bedömning och planering. Vid behov kan kompletteringar begäras in med föräldrarnas medgivande.
5. Programgruppen föreslår en **förenklad remissväg**
 - a) Barn till och med 3 år med avvikelser i sin utveckling remitteras via barnläkare för barneurologisk utredning
 - b) Barn 4–17 år remitteras till närliggande utredande team där en remissgrupp bestående av barnläkare och barnpsykiater med erfarenhet och kompetens inom området bedömer var utredningen fortsättningsvis bör äga rum.
6. Programgruppen föreslår att det ska finnas **en särskild samordningsfunktion i teamet**. Denna samordningsfunktion är nödvändig för arbetet med insänd remiss, för teamets inre arbete och för planering av själva utredningen och senare uppföljningen.
7. Programgruppen föreslår att **grundkompetenser i ett team** som utreder barn och ungdomar med neurologiska/neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser skall vara följande: **läkare med barnmedicinsk eller barnpsykiatrisk kompetens och psykolog**.
Teamet utvidgas vid behov med logoped, sjukgymnast, arbetsterapeut och specialpedagog.

Tillgång till både barnmedicinsk och barnpsykiatrisk kompetens i samma ärende skall underlättas och tillgodoses i samverkan mellan BUP och barnmedicinverksamheten.

Den instans som utreder barnet/ungdomen skall genomföra utredningen med hjälp av nödvändiga kompetenser.

8. Utredningen skall vara sammanhållen över tid och inte överstiga 4 månader
9. Programgruppen anser att det krävs **ett tillräckligt stort patientflöde** för att upprätthålla och utveckla utrednings- och behandlingskompetens. Programgruppens bedömning är att minst 30-50 utredningar per år per utredningsenhet behövs för detta.
10. Programgruppen föreslår att **patientansvarig läkare** skall utses efter avslutad utredning för uppföljning, intygsskrivande, bedömning av tillkommande symptom och eventuell mediciner, m.m.
11. ADHD liksom andra neuropsykiatriska funktionshinder med eller utan samsjuklighet medför ofta en livslång funktionsnedsättning. Programgruppen menar att ett habiliteringsperspektiv ur behandlings- och uppföljningshänseende därför är eftersträvansvärt d v s ett **tvärfackligt synsätt** med medicinskt, psykologiskt, socialt och pedagogiskt perspektiv.
12. Föreligger ett behov av insatser från flera olika verksamheter krävs ett nätverksarbete och upprättande av en samordnad plan ”barnets/ungdomens plan”, där mål, insatser och ansvarsområden tydliggörs (se BUS-policy).
13. **Stöd-, hjälp- och behandlingsinsatser skall erbjudas efter utredning** Exempel på insatser som är angelägna för alla barn/ungdomar är utbildnings- och fortbildnings program för föräldrar och personal i närmiljön för att få en ökad förståelse och kunskap om bemötande och förhållningssätt. Föräldrarna/vårdnadshavare skall också erbjudas utvärderade psykosociala behandlingsprogram med beteendemodifierad inriktning. Barnen/ungdomarna skall få tillgång till den farmakologiska behandling de behöver. Fortsatt utveckling av dessa viktiga områden är angelägna.
14. **Kompetensutveckling krävs på alla nivåer.** Kunskapsområdet om ADHD och andra neuropsykiatriska funktionshinder är under snabb utveckling och därför efterfrågas kontinuerlig kompetensutveckling på alla nivåer. För att skapa gemensamma förhållningssätt och förståelse för varandras ansvarsområden och roller bör utbildning i möjligaste mån genomföras gemensamt mellan kommunen och landstinget.
15. Kvalitetsindikatorerna för neuropsykiatriska funktionshinder bör vidareutvecklas i särskilt uppdrag.

10. Tidig upptäckt, kartläggning och remittering

Föräldrar, förskola/skola, barnavårdscentral (BVC), barnläkare/allmänläkare/ privatläkare, logoped, psykologer, socialtjänst m.fl. har alla ett ansvar att se och upptäcka barn och ungdomar som behöver särskilt stöd.

Inte alla de barn som har de symptom som utmärker ADHD behöver gå igenom en omfattande utredning. En kunnig sjuksköterska vid BVC, en skolpsykolog eller van pedagog kan känna igen svårigheterna och ge föräldrarna råd som kan vara tillräckliga. Flickornas symptom är ofta mer synliga i hemmet än i skolan vilket får till följd att de upptäcks senare. Vid en betydande funktionsnedsättning där stödåtgärder inte åstadkommit önskvärt resultat föreligger skäl för en mer omfattande utredning på specialistnivå (SoS)

Grundläggande utgångspunkter i allt insats- och utredningsarbete är föräldrarnas och barnets/ungdomens delaktighet.

10.1 Förskolebarn

I förskolan bildar omsorg och lärande en helhet med leken som grund och barnet i centrum. Det finns inga enskilda prestationsmål för barnen. Det enskilda barnets utveckling och lärande skall främjas i nära samverkan mellan förskola och hem. Arbetslaget ansvarar för att varje barn får sina behov respekterade och tillgodosedda och ger stimulans och särskilt stöd till de barn som befinner sig i svårigheter av olika slag. Personalen ska genomföra utvecklingssamtal med barnets föräldrar om barnets utveckling och lärande. Detta kan vid behov innebära samverkan t ex med BVC angående pedagogiska beskrivningar av barnet i förskolan. (Ur Läroplan för förskolan Lpfö 98, Regeringskansliet, Förskolans kvalitet i fokus för förskolepropositionen)

Vilka kan remittera?

När det gäller frågeställningar kring såväl yngre (1-3 år) som äldre (4-5 år) förskolebarn kan barnläkare, allmänläkare och privatläkare remittera för utredning. Socialtjänsten kan i undantagsfall remittera och måste då bifoga de uppgifter som inhämtats i den sociala barnavårdsutredningen från BVC, barnläkare och förskola eller andra vårdgivare som känner barnet.

Många BVC betjänas av barnläkare. Också vid de BVC där allmänläkare är konsulter skall det finnas tillgång till barnläkare som kan hjälpa till att bedöma barnet. För att få en så bra information om barnet som möjligt, är det önskvärt att man på BVC kontaktar dem som har kännedom om hur barnet fungerar i vardagslag, till exempel förskolan. Ibland har också BVC-psykolog eller logoped varit inkopplade på barnet och bidrar utifrån sin yrkesprofession med värdefull information.

Vart skall remissen skickas?

- **Förskolebarn 0–3 år** remitteras via barnläkare för barnneurologisk utredning vid barnklinik eller till en öppenvårdsmottagning som är knuten vid en barnklinik.
Barn yngre än 4 år med en påtaglig eller uttalat misstänkt utvecklingsavvikelse bör genomgå en noggrann medicinsk och neurologisk utredning, förutom en utredning av sin funktionsnedsättning. Olika genetiska sjukdomar, skador uppkomna under graviditeten, kromosomrubbingar, syndrom eller ämnesomsättningsjukdomar kan vara en bakomliggande orsak till både svår/måttlig mental retardation och/eller autism. Att kartlägga den biologiska orsaken till ett svårt funktionshinder är angeläget, både för att ge föräldrarna en förklaring och för att ge dem ärftlighetsrådgivning. Efter en snabb och sammanhållen barnneurologisk utredning bör barnet så tidigt som möjligt få tillgång till behandling.
- **Förskolebarn 4–6 år** remitteras till närliggande utredande team (i dagsläget bas-team/STUDS-team) där en remissgrupp bestående av barnläkare och barnpsykiater med erfarenhet och kompetens inom området bedömer var utredningen fortsättningsvis bör äga rum.
Avvikelse i utvecklingen efter småbarnsåren kan vara svåra att få ett grepp om innan en utredning gjorts. Barnets svårigheter behöver klargöras så att adekvata insatser kan sättas in och utvärderas i god tid före skolstart, eftersom problemen kan accentueras efter skolstarten.

Problemet med otillräckliga psykologresurser för att bedöma förskolebarnen måste lösas.

Förenklad remissväg för förskolebarn

Barn 0–3 år med avvikelser i sin utveckling remitteras via barnläkare för barnneurologisk utredning.

Barn 4–6 år remitteras till närliggande utredande team (i dagsläget bas-team/STUDS-team) där en remissgrupp bestående av barnläkare och barnpsykiater bedömer var utredningen fortsättningsvis bör äga rum.

10.2 Skolbarn

Skolan har med rektor som ytterst ansvarig, ett ansvar att tidigt identifiera och kartlägga ett barns svårigheter i skolan och planera lämpliga stödinsatser tillsammans elev och föräldrar. Rektor har också det samlade ansvaret att följa upp och utvärdera skolans arbete med elever i behov av stöd.

Att åstadkomma inlärningsförhållanden utifrån en elevs behov är i första hand ett ansvar för arbetslaget runt eleven. När man i arbetslaget identifierat ett barn med koncentrationssvårigheter genomför arbetslaget en kartläggning av barnets situation. Kartläggningen ska öka förståelsen av elevens styrkor och svårigheter samt belysa grupp- och organisationsperspektivet. Resultatet av kartläggningen dokumenteras i ett åtgärdsprogram som upprättas i

samverkan med elev och föräldrar. Resultatet av de i åtgärdsprogrammet beslutade insatserna följs upp och utvärderas tillsammans med elev och förälder. Det är av största vikt att lämpliga stödinsatser sätts in tidigt.

Ibland kan det dock vara svårt att förstå en elevs förutsättningar eller varför en elev inte når förväntad framgång. Då kan det vara nödvändigt med hjälp från skolhälsovård/elevvård och ärendet lyfts till elevvårdskonferensen/beslutskonferensen.

Vilka kan remittera?

Skolhälsovården/elevvårdens och skolans pedagogiska personal (elevhälsans) kan efter egen bedömning och/eller utredning av elev, i samråd med föräldrar, remittera till närliggande utredande team inom hälso- och sjukvården. Syftet är att närmare utreda elevens förmågor och svårigheter och få underlag för ett bättre åtgärdsprogram. En sådan remiss ska innehålla en samlad bedömning av pedagog, skolpsykolog och skolläkare. Dessa yrkeskategorier avgör utifrån sin profession i varje enskilt fall vad som ska ingå i denna bedömning samt vilka metoder som används.

Det kan även finnas andra skäl till en utredning i landstinget, till exempel att:

- Få en förklaring och/eller diagnos
- Utesluta andra diagnoser
- Få ytterligare stöd till barnet utöver det pedagogiska t ex socialt, psykologiskt och medicinskt stöd.
- Föräldrastöd

Det är naturligt att skolhälsovården fungerar som skolans kontakt med hälso- och sjukvårdens utredande team och skickar den formella remissen. Uppgifter av diagnostisk karaktär och ställningstaganden till utredningar och medicinsk behandling är, enligt Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården, i princip uppgifter för skolläkaren. Skolhälsovården har ett särskilt ansvar för att bevaka att en utredning verkligen kommer barnet till del. Det ansvaret är särskilt tydligt när en elev utretts utanför skolan så att utredningsresultat verkligen används för att påverka elevens skolsituation. En garanti för detta är att utredningens resultat, remissvaret, förs in i skolhälsovårdsjournalen och används som underlag för ett nytt åtgärdsprogram efter samtycke från elev/föräldrar. (Skolverket, Att arbeta med särskilt stöd med hjälp av åtgärdsprogram, Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården)

Föräldrarnas rätt att få sitt barn undersökt och bedömt i de fall skolans och föräldrarnas uppfattning om problemen skiljer sig åt måste värnas genom tillgång till olika remittenter.

Barnläkare, allmänläkare och privatläkare har rätt att remittera för utredning.

Socialtjänsten kan i undantagsfall remittera och måste då bifoga de uppgifter som inhämtats i den sociala barnvårdsutredningen från skola, elevvård och andra vårdgivare som känner barnet.

Vart ska remissen skickas?

Remissen skall skickas till närliggande utredande team (i dagsläget basteam/STUDS- team), där en remissgrupp bestående av barnläkare och barnpsykiater beslutar om lämpligast utredningsnivå. Detta är samma team som förskolebarnen remitteras till.

Förenklad remissväg

Barn 6–17 år remitteras till närliggande utredande team (i dagsläget basteam/ STUDS- team) där en remissgrupp bestående av barnläkare och barnpsykiater bedömer var utredningen fortsättningsvis bör äga rum.

11. Utredning och diagnostik

11.1 Utredning

Ett hälso- och sjukvårdsansvar är att utreda, diagnostisera och behandla. När en fullständig remiss inkommit till remissgruppen som består av barnläkare och barnpsykiatriker med erfarenhet och kompetens inom kunskapsområdet, beslutas om var utredningen bäst sker utifrån barnets behov. I remissgruppen bör också den person som har samordningsansvar ingå. Programgruppen föreslår att det inrättas en särskild samordningsfunktion i utredningsteamet, lämpligen en person med eget yrkesansvar, t ex psykolog.

För att få en så välgrundad diagnos som möjligt, krävs utöver det medsända underlaget som utgångspunkt dessutom följande:

- En medicinsk bedömning av läkare med barnmedicinsk eller barnpsykiatrisk kompetens, som tar upp en sjukhistoria där uppgifter om ärftlighet, graviditet och förlossning samt tidigare sjukdomar och andra sjukdomstillstånd av vikt ingår. Läkaren går också igenom hur barnet utvecklats vad gäller de mentala funktionerna som tal/språk, begreppsutveckling, beteende och uppgifter om den fin- och grovmotoriska utvecklingen samt uppgifter om syn och hörsel. Vidare gör läkaren en undersökning av barnet med allmän kroppsundersökning, bedömning av ovanstående funktioner och ombesörjer medicinska provtagningar och konsultationer av andra specialister om det behövs.
- Psykologen bedömer barnets utvecklingsnivå med hjälp av medsänt utredningsmaterial i remissen och ombesörjer kompletteringar med olika testinstrument som bedöms vara tillämpliga i det enskilda fallet. Psykologen tar också ställning till om det föreligger svårigheter med uppmärksamhet och social interaktion.
- Frågeformulär med uppgifter om barnets aktuella problem utifrån förmåga att klara olika aktiviteter och vara delaktig i olika miljöer fylls i av föräldrar, förskola och skola och används i bedömningen av barnets/ungdomens svårigheter (för exempel se bilaga).
- Logoped, sjukgymnast eller arbetsterapeut kopplas in för noggrannare bedömning av tal/språk, läs- och skrivförmåga samt grov- och finmotorik, när detta behövs. Lämpliga metoder och testinstrument väljs av den enskilde bedömaren.
- En pedagogisk bedömning som beaktar individ-, grupp- och organisationsperspektivet skall ingå i utredningen. Kommunens utredning ligger till grund för detta, men kan behöva kompletteras.

De professioner som deltagit i utredningen väger samman resultaten vid en gemensam diskussion för att försöka ringa in varje barns svårigheter. Den medicinska diagnosen baseras på DSM-IV-kriterier eller ICD-10 (se bilaga) och läkaren tar ställning till om kriterierna för någon diagnos är uppfyllda.

För barnets/ungdomens och familjens skull skall utredningen vara sammanhållen över tid, också när fler landstingskompetenser behövs, t ex både barnmedicinska och barnpsykiatriska, så att ingen ny ”kötid” uppkommer. Utredningstiden skall inte överstiga 4 månader.

Grundkompetenser i ett team som utreder barn och ungdomar med neurologiska/neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser är läkare med barnmedicinsk eller barnpsykiatrisk kompetens och psykolog. Teamet utvidgas vid behov med logoped, sjukgymnast, arbetsterapeut och specialpedagog. I komplicerade ärenden bör vid behov finnas tillgång till socialsekreterare. Tillgång till både barnmedicinsk och barnpsykiatrisk kompetens i samma ärende skall underlättas och tillgodoses.

Särskild samordningsfunktion i teamet är nödvändig, lämpligen en person med eget yrkesansvar t ex. psykolog.

Utredningen skall vara sammanhållen över tid och inte överstiga 4 månader

Ett tillräckligt stort patientflöde krävs för att upprätthålla och utveckla teamets kompetens. Programgruppens bedömning är att minst 30–50 utredningar per år behövs för detta.

11.2 Återföring av utredningens resultat

Patientansvarig utredande läkare ansvarar för att utredningen återförs till föräldrarna och barnet, separat eller gemensamt, beroende på ålder och önskemål. Då det gäller tonåringar kan det dock vara lämpligt att han eller hon är med.

Syftet med återföringen är att ge en sammanhållen förklaring till barnets svårigheter mot bakgrund av den problembeskrivning som fanns före utredningen. Diagnosen är ett namn på svårigheterna och utgör en förklaringsmodell utifrån nuvarande kunskapsläge. Föräldrarna bör få möjlighet att ställa de frågor de har angående orsak, sammanhang m.m. Många gånger är det lämpligt att utredningsresultatet återförs också till barnet/ungdomen. Om detta ska ske enbart i beskrivande termer eller om namnet på svårigheterna (diagnos) också ska nämnas är en sak som får diskuteras med föräldrarna.

Utredningsresultatet återförs på sedvanligt sätt som remissvar till den som remitterat barnet/ungdomen. Med föräldrarnas medgivande återförs därefter utredningsresultatet till förskola/skola. För skolans del beslutar skolledningen vilka personer/professioner som bör närvara från skolan när resultatet återförs. Föräldrarna kan också ha särskilda önskemål om detta.

Det är förskolans/skolans uppgift att omsätta utredningsresultatet i lämpliga stödåtgärder och lämplig pedagogik.

I de fall socialtjänsten är remittent är det socialtjänstens ansvar att omsätta utredningsresultatet i lämpliga stödåtgärder inom socialtjänstens ansvarsområde.

Patientansvarig läkare för uppföljning skall utses efter avslutad utredning för eventuell medicinering, intygsskrivande och bedömning av tillkommande symptom m.m.

12. Stöd, insatser och behandling för barn/ungdomar med ADHD

Familjer med barn som har neurologiska/neuropsykiatriska funktionsnedsättningar lever ofta under stark press som påverkar relationerna inom familjen och livet i stort. En funktionsnedsättning som ADHD kan medföra behov av olika hjälpinsatser beroende på barnets och familjens livssituation och omgivande miljö. Stöd-, hjälp- och behandlingsinsatser skall erbjudas efter utredning.

Nedan beskrivna insatser avser barn/ungdomar med ADHD. Vid samtidig annan sjukdom finns också andra behandlingsinsatser att tillgå.

För att lindra effekterna av ADHD behövs insatser riktade på tre nivåer:

- till det enskilda barnet/ungdomen och dess familj
- till personer som direkt arbetar med barnen/ungdomarna i skola, förskola, fritidsverksamhet
- mer generellt på samhällsnivå

Grundläggande information till alla föräldrar/närstående

Introduktionsutbildning till föräldrar och närstående ska erbjudas alla efter utredning. Kunskap om vad barnets funktionsnedsättning innebär, vägledning om bemötande och förhållningssätt i vardagen, förebygger risken för att barnets beteende stör samspelet mellan barn och föräldrar samt minskar risken för en negativ utveckling för barnet.

Den grundläggande introduktionsutbildningen ska ge:

- fördjupad information och kunskap om funktionsnedsättningen
- rådgivning, vägledning och stöd i vardagens bemötande och förhållningssätt
- information om samhällets stödinsatser
- samarbete med förskola och skola
- medicinering och annan behandling

Kompletterande stödinsatser till vissa barn och ungdomar

En del barn och ungdomar och deras familjer kan behöva mer individuellt riktade habiliterande insatser och stöd som främjar utvecklingen av olika förmågor och självkänsla.

Exempel på olika sådana insatser är:

- kartläggning av individuella svårigheter och planering av insatser
- stöd vid anpassning av aktiviteter och miljö
- information, kunskapsförmedling genom konsultation/handledning till personal i barnets närmiljö
- information, vägledning och stöd i grupp tillsammans med andra barn/ungdomar
- förskrivning av individuella hjälpmedel och inträning av dessa
- vägledning och stöd till föräldrar och andra närstående

- föräldraträningsgrupper
- intygsskrivning

Medicinering

Farmakologisk behandling för barn som fått diagnosen ADHD kan vid behov erbjudas vissa barn, se nedan.

Kompletterande barn- och ungdomspsykiatriska insatser till vissa barn och ungdomar

Många barn och ungdomar kan få tillkommande psykiska svårigheter och behöva barnpsykiatriska insatser.

Samverkan med personal i närmiljön

För att uppnå goda levnadsvillkor behövs många gånger insatser från flera verksamhets- och kompetensområden, där samsyn om mål, strategier och förhållningssätt ställer krav på samplanering och samordning. Ett nätverksarbete och samordnad plan, en barnets/ungdomens plan (jmf BUS-policyn Riktlinje 3) ska då upprättas. Syftet är att ge barn, föräldrar och personal en beskrivning av barnets/ ungdomens situation och en överblick över mål, insatser och ansvarsfördelning. Både kommunen och landstinget har skyldighet att medverka till att en plan upprättas i samverkan med barn och föräldrar.

Specialpedagogiska Institutet

På den övergripande nivån finns Specialpedagogiska Institutet, en rikstäckande myndighet för statens samlade stöd i specialpedagogiska frågor, där rådgivare inom området neuropsykiatriska funktionshinder är en resurs för kommunerna (www.sit.se).

12.1 Informationsmaterial och utbildning/fortbildning

Föreläsningar och informationsträffar för barnets/ungdomens familj och den personal som arbetar med barnet har visat sig ha en direkt behandlingseffekt, eftersom det ökar förståelsen för individens problematik (Barkley). En sådan utbildning/fortbildning kan innehålla föreläsningar för både föräldrar och personal med medicinsk information, pedagogisk information, psykologiska aspekter, hjälpmedelsinformation, samhällsinformation om lagstadgade rättigheter enligt socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS) samt information om vårdbidrag från Försäkringskassan, information om föräldraföreningar mm. Dessutom innebär sådana träffar en värdefull möjlighet för föräldrar att träffa varandra och utbyta erfarenheter. Till denna typ av utbildning och information bör även föräldrar till barn/ ungdomar utan diagnos men med symptom av ADHD karaktär kunna få tillträde. Detta förutsätter ett gemensamt ansvar och samverkan mellan kommunen och landstinget. Informationsmaterial, litteraturhänvisningar och webbaserade hänvisningar m m ska finnas samlat lättåtkomligt i broschyrer eller stenciler vid utredningsteamerna eller vid ett kunskapscentrum, så att alla kan ta del av den mängd litteratur som finns och utvecklats vad gäller behandling och stödinsatser.

12.2 Insatser och förhållningssätt

Både i förskolan, skolan och hemmet är det nödvändigt att hjälpa barnet/ungdomen, som har svårt att få grepp om tillvaron med en tydlig struktur, dagliga rutiner, hjälp att hålla ordning och organisera skolarbetet. För att undvika att barnet/ungdomen blir onödigt distraherad skall man undvika alltför rörig miljö, och man kan anpassa klassrummet och anpassa barnets placering i rummet. Struktur av samma karaktär behövs också i hemmet.

Det är viktigt med tydliga, raka, kortfattade instruktioner, eventuellt förstärkt med ett tydligt kroppsspråk och ögonkontakt. Instruktionerna kan behöva upprepas.

Det är viktigt med ett positivt förhållningssätt t ex genom uppmuntran, beröm och belöning. Barnet/ungdomen behöver få realistiska mål anpassat till sina förutsättningar och med anpassade hemuppgifter och prov till vad barnet klarar av.

Uppmärksamhet kan leda till att barnet fortsätter med ett önskat beteende. Ibland kan det därför vara klokt att ignorera ett olämpligt beteende. Barnet märker då att det inte lönar sig och man slipper onödiga och påfrestande bråk.

Man behöver förutse och planera för problemsituationer, ”att ligga steget före”, och att försöka upprätthålla barnets intresse. (Hellström A m fl)

Ställningstagande till behov av specialpedagogiska insatser inom ramen för ett åtgärdsprogram görs i samråd med föräldrar.

12.3 Farmakologisk behandling

Det finns starka vetenskapliga belägg för att läkemedel ger symptomlindring (SoS). Farmakologisk behandling reserveras för barn som blivit utredda och fått diagnosen ADHD. I Sverige används idag huvudsakligen två olika typer av läkemedel vid ADHD, dels centralstimulerande läkemedel (methylphenidate eller amfetamin), dels icke centralstimulerande (atomoxetin).

Verkningsmekanismer

Methylphenidate verkar genom att blockera återupptaget av framförallt dopamin men även i viss mån noradrenalin i synapsen (nervcellernas kontaktytor med varandra). Det stimulerar också frisättningen från den presynaptiska cellen. Amfetamin verkar genom att blockera återupptaget av dopamin i synapsen.

Atomoxetin verkar genom att blockera återupptaget av noradrenalin i synapsen.

Läkemedel - centralstimulantia

Methylphenidate och Amfetamin

Studier visar att 75-90 % av barn som behandlas med methylphenidate/amfetamin svarar på behandlingen. Bäst effekt har medicineringen på barnets beteende, lite sämre på uppmärksamhetsproblemen, medan effekten på barnets kognitiva förmåga är liten. Det betyder att

man inte kan förvänta sig att de barn som har genuina inlärningssvårigheter blir hjälpta av medicinering i detta avseende. Däremot kan medicineringen förbättra barnens beteende och uppmärksamhet så att andra specialpedagogiska insatser får bättre effekt.

Medicinsk läkemedelsbehandling kan användas på barn från 6 års ålder. Yngre förskolebarn kan ibland behöva medicinering men brukar svara sämre på behandling. För dessa barn är det extra viktigt att andra (evidensbaserade) pedagogiska insatser kommer till stånd.

Kortverkande mediciner

Methylphenidate

T. Ritalin 10 mg

Verkningstid 3½ - 4 timmar.

Dosering: 10–50 mg (max 60 mg) dagligen, vanligen uppdelat på 2–3 doser

Dosen utprovas individuellt.

Amfetamin

T. Amfetamin 5 mg

T. Metamin 5 mg

Verkningstid ca 4 timmar

Dosering 5-25 mg dagligen, vanligen uppdelat på 1-2 doser.

Dosen utprovas individuellt.

Långverkande mediciner

Methylphenidate

T. Ritalin SR 20 mg

Verkningstid ca 8 timmar

Dosen utprovas individuellt. Används ibland tillsammans med kortverkande Ritalin

T. Concerta 18 mg, 36 mg och 54 mg

Verkningstid ca 12 timmar

Dosering: 1 tablett dagligen

Noggrann titrering och uppföljning av all medicinering leder till bättre behandlingsresultat.

Biverkningar är i allmänhet milda och övergående. Exempel på biverkningar är sömnsvårigheter, minskad aptit och dålig viktuppgång, magont, huvudvärk, yrsel.

Vid utvärdering av behandling med centralstimulantia har man inte funnit någon ökad risk för tillvänjning eller missbruk (SoS).

Läkemedel - icke centralstimulantia

Av barn som behandlas med atomoxetin förbättras cirka 70 %. Medicinen har främst effekt på beteende och uppmärksamhet, däremot vet man inte ännu om det finns någon effekt på kognition och inläring. Till skillnad från centralstimulantia tar det 1–2 veckor innan medi-

inen har effekt och ytterligare förbättringar kan förväntas inom 2 månader. Atomoxetin har också visat effekt på tics och sömnsvårigheter.

T. Strattera 10 mg, 25 mg, 40 mg och 60 mg

Verkningstid 24 timmar

Dosering 0,5 mg/kg/dygn 1:a veckan, därefter 1,2 mg/kg/dygn

Biverkningar är i allmänhet milda och övergående. Exempel på biverkningar är sämre aptit, illamående, kräkningar, trötthet, yrsel.

Förskrivningsregler

För Ritalin, Ritalin SR, Amfetamin och Metamin söker behandlande läkare licens från Läkemiddelsverket (LKV). Många kliniker har så kallad kliniklicens för namngivna läkare.

Concerta kan förskrivas utan licens av barnpsykiatriker och barnneurologer.

Strattera är ännu ej godkänt i Sverige. Individuell ansökan måste göras för varje patient till LKV.

12.4 Föräldraträningsgrupper

Det finns vetenskapliga belägg för att psykosociala behandlingsprogram med beteendemodifierad inriktning, riktade till föräldrar och/eller lärare, har effekt på ADHD symptomen (Barkley, Cunningham, Webster-Stratton, mfl). Programmen går ut på att lära föräldrar förstå orsakerna till sitt barns beteende, hjälpa dem att identifiera faktorer i familjen som kan bidra till problemen, hjälpa dem känna igen hur barnet reagerar i stress- och kravsituationer, samt hjälpa dem känna igen och hitta strategier för att stärka positiva beteenden samt minska negativa (Barkley 1997 d). Enligt Cunninghams behandlingsprogram måste man utgå från föräldrarnas egna lösningar och uppfattningar om vanliga problem och sina egna roller i dessa och hjälpa föräldrarna hitta egna lösningar. Flera program utgår också från en familjeorienterad teori, såsom COPE-programmet (Community parent education programme), eftersom hela familjen berörs av ett barn med ADHD-problematik. Föräldrautbildningsprogrammen omfattar c:a 10-talet gruppträffar med utbildade ledare och uppföljande möten efter avslutat program. Långtidseffekterna av behandlingsprogram enligt ovan är otillräckliga och fortsatt forskning och utvärdering behövs.

12.5 Hjälpmedel

Den fysiska miljön och omgivningens bemötande, attityder och kunskap spelar en stor roll för att barn med ADHD ska utveckla sina förmågor på bästa sätt och få en ökad självkänsla. Detta är särskilt viktigt i olika inlärningssituationer i skolan för att hitta bra arbetssätt, men det är också betydelsefullt i andra vardagsmiljöer.

Hjälpmedel kan minska effekterna av barnets funktionshinder och bidra till att utveckla nya förmågor och ge förutsättningar för delaktighet med andra. Att påverka omgivningen handlar också om att påverka attityder genom information och kunskapsförmedling samt att utforma den fysiska miljön, tydlig och avgränsad. Ett bra stöd kan vara olika kommunikations hjälpmedel och begåvningsstödjande hjälpmedel s.k. kognitiva hjälpmedel. Olika tekniska produkter som till exempel tids hjälpmedel eller handdator kan underlätta planering och att passa tider. Personligt utformade program för inlärning bidrar till ökad känsla av att förstå och kunna kontrollera vad som händer.

12.6 Sociala rättigheter

Barn och ungdomar med ADHD som har ett ökat behov av tillsyn och stöd från föräldrarna kan söka vårdbidrag från Försäkringskassan, som prövar om detta kan erhållas.

Barn och ungdomar med behov av stöd har rätt att ansöka om insatser från socialtjänsten som prövar om detta kan erhållas.

Barn och ungdomar med omfattande behov av stöd och service kan ansöka om LSS-insatser hos kommunen som prövar om detta kan erhållas.

12.7 Konsultation och utbildning

Det utredande teamet har ansvar för att förmedla kunskap om barnet/ungdomen till dennes närmiljö.

Detta kan ske genom konsultation och handledning till dem som finns runt de utredda barnen. Ökad utbildning/fortbildning behövs även på en mer allmän nivå till alla som arbetar med barn/ungdomar, där samarbete mellan kommunen och landstinget kan ge en gemensam kunskapsbas med goda förutsättningar att ge barnen bäst stöd.

Arbetsgivaren har ett ansvar för utbildning av sin egen personal.

Handledning för enskilda barn liksom för barn i grupp med ADHD-problematik bör praktiskt och ekonomiskt förtydligas.

Då barnen/ungdomarna är många måste man utarbeta överenskommelser om konsultationer, utbildning och handledning för personer i individens närmiljö.

Specialpedagogiska Institutet har rådgivare inom området neuropsykiatriska funktionshinder, och är en resurs för kommunerna.

13. Kvalitetsarbete och uppföljning

Kvalitetsarbete i förskola och skola

Målstyrning förutsätter att de nationella målen tolkas på kommunal och lokal nivå. Förskolans verksamhet ska planeras, genomföras, utvärderas och utvecklas i förhållande till de uppställda målen i läroplanen. I förskolans uppdrag betonas att barn som tillfälligt eller varaktigt behöver mer stöd än andra ska få detta stöd utformat med hänsyn till egna behov och förutsättningar. Det är viktigt att förskolan håller en hög kvalitet och att verksamheten följs upp. Därför införs kvalitetsredovisningar i förskolan i den nya förskolepropositionen. Syftet är att förbättra och utveckla verksamheten.

I skolan från och med förskoleklass skall varje individ ges möjligheter att utifrån sina förutsättningar nå målen för skolans verksamhet. Basen för verksamhetens utveckling är uppföljning och utvärdering av elevernas resultat i förhållande till uppsatta mål samt analys av orsaker till graden av måluppfyllelse.

För alla elever i behov av stöd ska skolan upprätta ett åtgärdsprogram tillsammans med elev och föräldrar. En väsentlig del av arbetet med åtgärdsprogram är uppföljning och utvärdering av insatserna. Hur åtgärdsprogrammen dokumenteras, spelar stor roll för uppföljning och utvärdering av programmet. Intressant är vilka iakttagelser föräldrar, elever och lärare gör rörande sin och de övrigas del av arbetet med åtgärdsprogram.

Skolor är liksom landsting och kommuner skyldiga att årligen upprätta skriftliga kvalitetsredovisningar som ett led i den kontinuerliga uppföljningen och utvärderingen. Måluppfyllelse och likvärdighet är centrala begrepp vid bedömningen av en skolas kvalitet. I Skolverkets allmänna råd om kvalitetsredovisning framhålls att en god värdemätare på en skolas kvalitet är hur skolan lyckas med undervisningen för elever i behov av särskilt stöd. Om alla elever har fått det stöd de behöver för att utifrån sina förutsättningar nå målen, är detta en stark indikation på hög kvalitet. Att förverkliga detta kan ses som en målsättning att sträva mot och en utgångspunkt för utvecklingsarbetet. Men de skolor som från början vet och planerar för att eleverna är olika, har olika förutsättningar och intressen och drar in elever, föräldrar och omgivning i arbetet är på god väg.

Kvaliteten i stödet, däribland förmågan att differentiera i undervisningen utifrån olika elevers förutsättningar och behov, är alltså avgörande för framgång. Undersökningar visar att det är lätt att hamna i rutiner, så att stödinsatserna tenderar att se ungefär likadana ut oavsett diagnos, pedagogisk kartläggning och analys. Det kan t ex vara undervisning i liten grupp, medan behoven enligt föräldrar och elever kan vara långt mer varierande.

När det gäller kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling omfattas skolhälsovården idag av det kvalitetssäkringssystem som vårdgivare och verksamhetschefer ansvarar för inom hälso- och sjukvårdssektorn. Föreskriften om kvalitetssystem omfattar bland annat skolhälsovårdens resurser, rutiner och metoder och har därtill vittgående konsekvenser för hela verksamhetens organisation och ledning. Utifrån kvalitetssystemet ska skolläkare och skolsköterskor medverka i systematiskt, fortlöpande och dokumenterat kvalitetsutvecklingsarbete. I ”Från dubbla spår till Elevhälsa (SOU 2000:19) konstaterar man att det i kartläggningen och intervjuer i kommunerna inte givits intryck av att detta arbete kommit särskilt långt. I och med att det

nu, sedan augusti 2004 finns nationella riktlinjer för skolhälsovården så finns det troligen bättre förutsättningar att utveckla detta arbete. Dessa riktlinjer kommer snart att behöva uppdateras, bland annat på grund av Skollagskommitténs betänkande (SOU 2002:121) och pågående revisionsarbete med Socialstyrelsens kvalitetsföreskrifter (SOSFS 1996:24) Källa : Skolverket, att arbeta med särskilt stöd med hjälp av åtgärdsprogram Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården

Kvalitetsarbete i landstinget

I Socialstyrelsens föreskrift om system för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i sjukvården (SOSFS 1996:24) sägs att ”all hälso- och sjukvård skall omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheterna”. Syftet med en systematisk kvalitetsutveckling med fokus på patienternas behov och förväntningar är att det är en ständigt pågående process för att kontinuerligt förbättra verksamhetens förmåga att skapa värde för dem man är till för och deras närstående. Ansvarig för att det finns ändamålsenligt kvalitetssystem är verksamhetschef och all hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka genom ett systematiskt, fortlöpande och dokumenterat kvalitetsarbete.

Kvalitetssystemet ska bl.a. innehålla rutiner för:

- samverkan och samarbete
- metoder för diagnostik
- vård och omhändertagande
- kompetens
- försörjning och teknik
- risk- och avvikelshantering

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsarbete syftar till att främja kvalitetsutvecklingen inom hälso-och sjukvården. Användning och utveckling av kvalitetsindikatorer är ett sådant sätt.

I Medicinskt Programarbete från 2004, ”Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer”, anges sex olika kvalitetsområden som man ur hälso- och sjukvårdsperspektiv kan betrakta som kvalitet och kvalitetsutveckling:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- säker vård
- patientfokuserad vård
- effektiv vård
- jämlik vård
- vård i rimlig tid.

Olika intressenters behov av kvalitetsindikatorer kan belysas för:

- vårdkonsumenten vad gäller bemötande, tillgänglighet och behandlingsresultat
- patienter och närstående en detaljerad information om den specifika sjukdomen man har eller är i riskzonen för
- ledningsansvariga för verksamheterna för information om verksamhetens resultat och följsamhet gentemot regionala och lokala vårdprogram

- de anställda för egenkontroll, motivation och arbetsglädje
- sjukvårdshuvudmännen som ansvariga för befolkningens hälsa och rättvis fördelning av vården, där mått som speglar livslängd, sjuklighet i befolkningen och upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet är sådana kvalitetsmått
- staten utifrån övergripande ansvar för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet

Kvalitetsindikatorer brukar struktureras i tre olika typer av mått:

- strukturmått, som speglar förutsättningar för god hälso- och sjukvård, och som har med organisationen att göra, t ex kompetens, bemanning, utrustning och dokumentation
- processmått, som speglar vad som görs i en vårdprocess, t ex tid från diagnos till åtgärd, insatt behandling, upprättad behandlingsplan, stöd till patientens lärande
- resultatmått, som kan delas upp i korta/snabba mått eller långa/tröga mått (t ex sårinfektioner efter operationer resp 5 års överlevnad av bröstcancer).

Programgruppen ser behovet av att utveckla kvalitetsindikatorer avseende barn/ungdomar med ADHD. Nedan anges tänkbara exempel:

Strukturella kvalitetsindikatorer kan vara följande:

- Remissgruppens sammansättning och kompetens
- Bemanning och kompetens i utredningsteam
- Dokumentation av antal utredningar/år i relation till befolkningen
- Dokumentation av de diagnoser barnen får
- Uppföljning och återföring
- Tidsinsatser för utbildning/fortbildning/handledning för föräldrar och personal
- Dokumentation av åtgärdsprogram
- Dokumentation av antal ”barnets plan”
- Redovisning av tolksamtal

Processindikatorer kan vara följande:

- Antal inkomna ofullständiga remisser,
- Väntetider från remiss till utredning,
- Utredningstidens längd,
- Tidsförlopp mellan utredning och insatta åtgärder,
- Tidsförlopp till uppföljande återbesök
- Utvärdering av samverkan mellan olika organisationer
- Antalet föräldrakurser och deltagare

Resultatindikatorer kan vara

- Antal barn med olika diagnoser
- Skolprestationernas förändring,
- Livskvalitetsmått för föräldrar/barn,

- Uppföljning av läkemedelsanvändning
- Delaktighetsundersökningar
- Utvärdering av föräldrautbildning/personalutbildning/handledning
- Utvärdering av tillgänglighet i vården.

14. Referenslitteratur

som programgruppen tagit del av eller citerat

ADHD hos barn och vuxna. Socialstyrelsens kunskapsöversikt. ISBN 91-7201-656-6 Förkortats SoS i löpande text.

ADHD/DAMP- en uppdatering, Vanna Beckman, red. Studentlitteratur 2004. ISBN 91-44-03532-2.

Barkley R (1998a) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2 edition New York : Guilford Press

Barkley R (1996b) Behavioral inhibition, sustained attention and executive function: Constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin 121:65-94

Sandell, Drog – och riskbeteenden hos Stockholmsungdomar. Resultat från 2002 års drogvaninventering i grundskolans årskurs 9 och gymnasiet år 2. FOU - rapport 2003:2. Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten, 104 64 Stockholm.)

Fernell E. Mild mental retardation in school children in a Swedish suburbans municipaöity: prevalence and diagnostic aspects. Acta Paediatr 1996;85:584-8

Gillberg (1981). Neuropsychiatric aspects of perceptual, motor and attention deficits in seven-year-old Swedish children. Avhandling. Uppsala Universitet, Uppsala

Gillberg (1992) Autism och autismliknande tillstånd. Natur och kultur, Borås 1993

Hagberg B, Hagberg G, Lewerth A, Lindberg U. Mild mental retardation in Swedish school children. I Prevalence. Acta Paediatrica Scand 1981;70:441-4.

Kadesjö B (2000), Neuropsychiatric and neurodevelopmental disorders in a young school-age population. Epidemiology and comorbidity in a school health perspective. Avhandling., Göteborgs Universitet, Göteborg.

Kadesjö B. Barn med koncentrationssvårigheter. 1992, Almqvist & Wiksell.

Kopp S, ADHD hos barn och vuxna. Socialstyrelsens kunskapsöversikt, Kap 12.

Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, Gillberg C (1996). ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/neuropsychiatric disorders in six-year-old children. Epidemiology and comorbidity. Dev Med Child Neurol 38:891-906

Lundgren M, Persson B. Barn och unga i riskzonen. Samverkan och förebyggande arbete. Svenska Kommunförbundet. Okt 2003.

Nyberg L, Lindberg L Utagerande förskolebarn-hur kan de hjälpas. Rapport 2003:7. Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk hälsa.

ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, 2002.
<http://www3.who.int>.

Pia Lindblad, Karin Mjönes, Pia Risholm Mothander. Sårbara barn. Ett metodutvecklingsprojekt. Stockolms Läns Landsting. ISSN 1404-8353

Gunilla Gerland. Det är bara att fråga. Om Asperger och högfungerande autism. 1997, Bokförlaget Cura AB, ISBN 91-972641-8-0

Margareta Liljeqvist. Bryt upp reviren. Om samarbete runt barn med neuropsykiatriska funktionshinder. Svenska kommunförbundet och Landstinget., Edita Norstedts Tryckeri, Stockholm 2002.

Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar . Program för Landstinget i Uppsala län.

Skolverket, Rutiner för utredning och beslut om mottagande i den obligatoriska särskolan

Från dubbla spår till elevhälsa (SOU 2000:19)

Skolverkets: Att arbeta med särskilt stöd med hjälp av åtgärdsprogram

Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården

15. Bilagor

Bilaga 15.1 Lagstiftning

Lagar som gäller:

Skollag

- Förskoleverksamhet och skolbarnomsorg -
- Förskoleklassen - Särskilt stöd ska ges till barn som behöver det (2b kap 1 §)
- Grundskolan – Särskilt stöd ska ges till barn som har svårigheter i skolarbetet (4 kap 1 §)
- Gymnasieskolan – Ett individuellt program kan möta elevers speciella behov (5 kap 4b §)

Grundskoleförordningen

- För behandling av elevvårdsfrågor skall det finnas en elevvårdskonferens (3kap 3§)
- Särskilda stödinsatser (5 kap)
- Stödundervisning (4 §)
- Särskilt stöd skall ges till elever med behov av specialpedagogiska insatser (5 §)
- Särskild undervisning (6-9 §§)
- Anpassad studiegång (10 §)

Gymnasieförordningen

Läroplan för förskolan

- Förskolans uppgift innebär att i samarbete med föräldrarna verka för att varje barn får möjlighet att utvecklas efter sina förutsättningar
- Barn som tillfälligt eller varaktigt behöver mer stöd än andra skall få detta stöd utformat med hänsyn till egna behov och förutsättningar
- Arbetslaget skall ge stimulans och särskilt stöd till de barn som befinner sig i svårigheter av olika slag.

Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet

En likvärdig utbildning

Mål och riktlinjer

Kunskaper

- alla som arbetar i skolan skall uppmärksamma och hjälpa elever i behov av särskilt stöd
- Läraren skal stimulera, handleda och ge särskilt stöd till elever som har svårigheter

Övergång och samverkan

- Läraren skall utveckla samarbetet mellan förskoleklass, skola och fritidshem, utbyta kunskaper och erfarenheter med personalen i förskolan och i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan samt i samarbetet särskilt uppmärksamma elever i behov av särskilt stöd

Rektors ansvar

- undervisningen och elevvårdsverksamheten utformas så att eleverna får det särskilda stöd och den hjälp de behöver
- kontakt upprättas mellan skola och hem om det uppstår problem eller svårigheter för eleven i skolan
- resursfördelningen och stödåtgärderna anpassas till den värdering av elevernas utveckling som lärare gör

Läroplan för de frivilliga skolformerna

En likvärdig utbildning

Mål och riktlinjer

Kunskaper

- alla som arbetar i skolan skall uppmärksamma och hjälpa elever i behov av särskilt stöd
- Läraren skal stimulera, handleda och ge särskilt stöd till elever som har svårigheter

Rektors ansvar

- undervisningen och elevvårdsverksamheten utformas så att eleverna får det särskilda stöd och den hjälp de behöver
- kontakt upprättas mellan skola och hem om det uppstår problem eller svårigheter för eleven i skolan
- resursfördelningen och stödåtgärderna anpassas till den värdering av elevernas utveckling som lärare gör

Socialtjänstlagen

Socialnämnden skall (5 kap, 1§)

- verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden
- i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlig utveckling hos barn och ungdom,
- med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling
- i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdom som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och uppfostran utanför det egna hemmet

Handläggning av ärenden (11 kap)

Lagen och stöd och service till funktionshindrade (LSS)

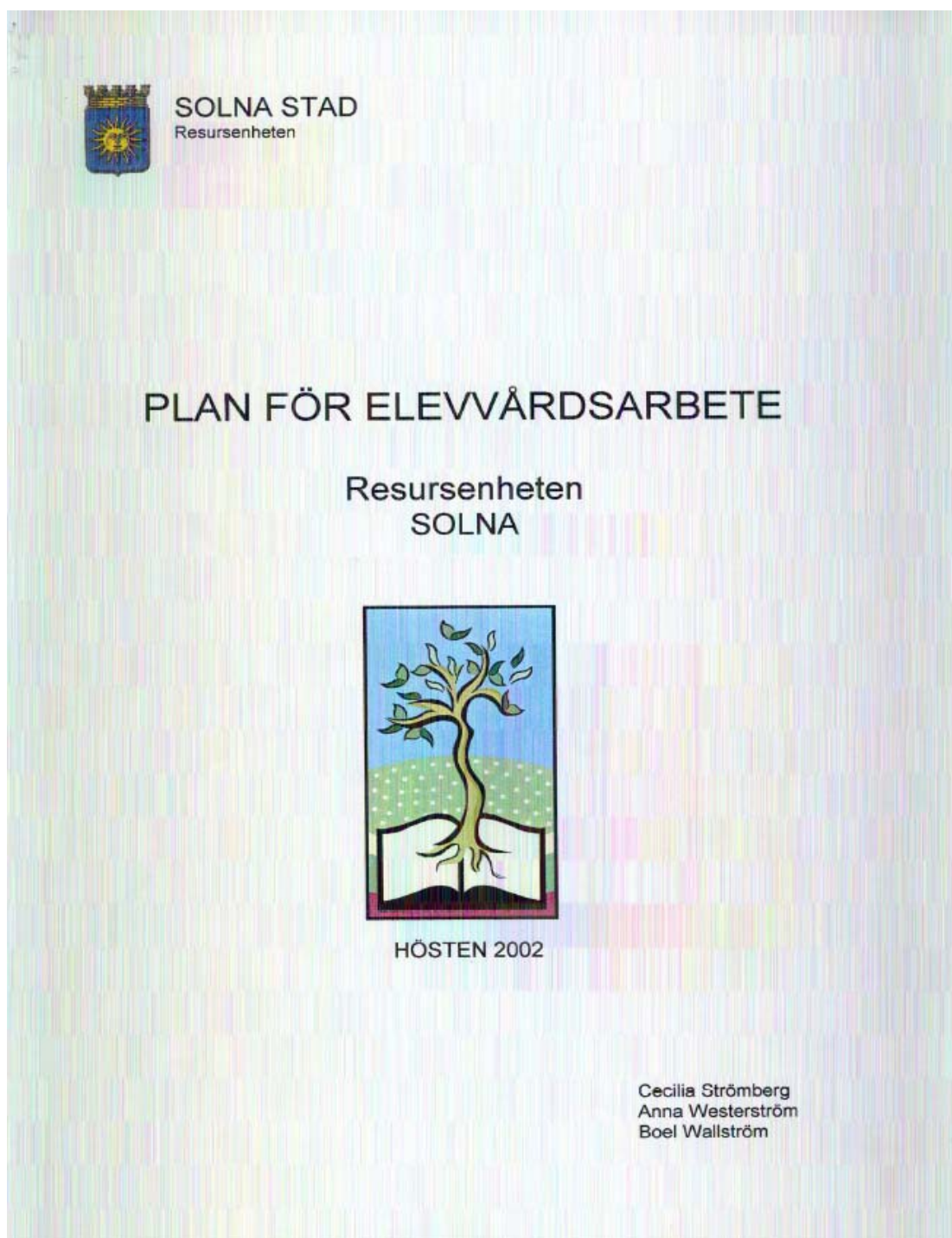
Denna lag innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och service åt personer

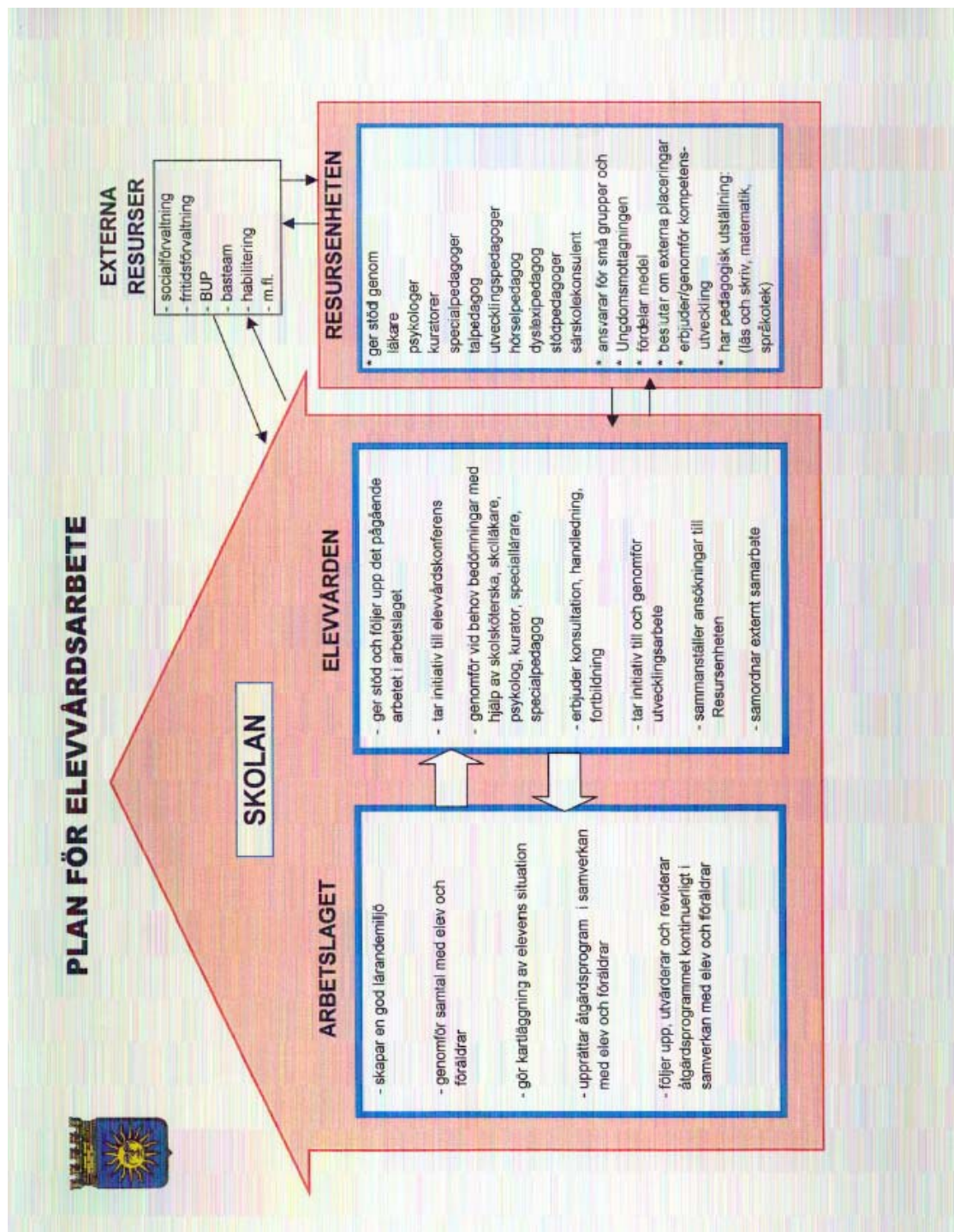
1. med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre vård eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Bilaga 15.2

Plan för elevvårdsarbete







SOLNA STAD

Resursenheten
Cecilia Strömberg
Boel Wallström
Anna Westerström

2002-08-01

Kartläggning

Läraren/arbetslaget befinner sig ofta i en krävande situation där det kan vara svårt att få utrymme för hela sin pedagogiska kompetens. I mötet med elever i behov av särskilt stöd kan detta bli extra tydligt. En kartläggning av nuläget kan vara ett verksamt redskap i arbetet runt eleven.

Kartläggningen syftar till att tydliggöra både elevens starka sidor och svårigheter samt vilka yttre faktorer som påverkar eleven. Kartläggningen ger möjligheter att se mönster och samband och att få en överblick av elevens hela situation.

I vissa fall kan det räcka med kartläggningen för att se en lösning och för att svårigheterna ska minska eller upphöra helt. Vid andra tillfällen finns behov av att gå vidare och göra ett åtgärdsprogram. Då ska kartläggningen ligga till grund för åtgärdsprogrammet.

Som hjälp vid kartläggningen av eleven kan man använda sig av följande arbetsgång:

1. Beskriv situationer som fungerar bra för eleven.
2. Beskriv situationer som fungerar mindre bra för eleven.
3. Formulera elevens starka sidor och svårigheter så tydligt som möjligt.
Som hjälp kan du använda bifogad checklista.
4. Klargör om det finns något arbetssätt/bemötande som gör att problemet minskar alternativt ökar.
Exempelvis typ av arbetsuppgift – fri eller styrd? Grad av struktur?
Individuellt arbete eller i grupp? Bestämt, tydligt bemötande, kompromissande eller i dialog?
5. Klargör om det finns något i organisationen/miljön runt eleven som gör att problemet minskar eller ökar.
Exempelvis gruppstorlek, gruppsammansättning, gruppklimat, bemanning, lokaler. Är det någon skillnad i situationen på fritidshemmet/fritiden och i skolan?
6. Går det att se något mönster och samband bakom elevens beteende i olika situationer?
7. Sammanfatta kartläggningen.

Elevvårdspersonal kan vid behov bidra med handledning/konsultation vid kartläggningen.



SOLNA STAD

Resursenheten
Cecilia Strömberg
Boel Wallström
Anna Westerström

2002-08-01

Checklista vid kartläggning

Inläring utifrån målen i de olika ämnena

Språk, tal

Kommunikation, samspel

Grovmotorik, finmotorik

Skapande, kreativitet, fantasi

Koncentration

Emotionellt fungerande (t.ex. glädje, ilska, blyghet, osäkerhet)

Relation till barn och vuxna

Mobbad, mobbar

Hög frånvaro, skolk

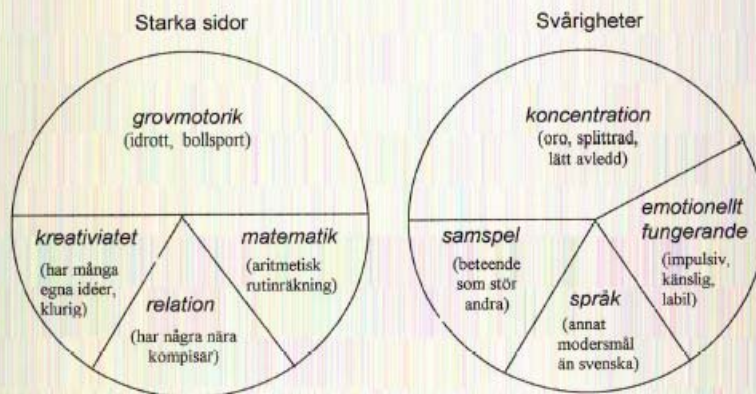
Asocialt beteende (t.ex. snatteri, missbruk)

Hälsa, social situation (t.ex. funktionshinder, förälders sjukdom)

*Observera att uppgifter som rör enskild elevs personliga förhållanden är be-
lagda med sekretess och bör hanteras och förvaras enligt gällande lagstift-
ning.*

Det gäller att balansera kunskapen om elevens svårigheter med
hans/hennes styrkor och möjligheter, för att undvika att hamna i ett bristtän-
kande som kan leda till för låga förväntningar på eleven.

För att tydliggöra både elevens starka sidor och svårigheter samt i vilken
grad dessa påverkar eleven kan man försöka att åskådliggöra detta i ett cir-
keldiagram. *Så här kan det se ut:*





SOLNA STAD

Resursenheten
Cecilia Strömberg
Boel Wallström
Anna Westerström

2002-08-01

Åtgärdsprogram

När det har framkommit att en elev behöver särskilda stödåtgärder skall ett åtgärdsprogram upprättas. Utarbetande av åtgärdsprogrammet skall ske i samverkan med föräldrar och barn. Rektor är ytterst ansvarig. (Grundskoleförordningen 5 kap.)

Åtgärdsprogrammet ska innehålla uppgifter om vilka insatser som ska göras och av vem, vilka mål man vill nå samt när uppföljning av insatserna ska ske och vem som ansvarar. Programmet ska omfatta elevens hela situation och innebär därigenom att hela organisationen av skolverksamheten berörs.

Ett åtgärdsprogram kan upprättas utifrån faserna kartläggning, analys av kartläggning, fastställande av mål, planering, genomförande, uppföljning och utvärdering. Som hjälp kan följande arbetsgång användas.

1. Sammanfatta och analysera kartläggningen.
Fokusera på elevens starka sidor och hur man kan bygga på det som fungerar bra och förstärka det. Beskriv även i vilka situationer eleven behöver stöd.
2. Formulera tydliga mål och konkreta, utvärderingsbara delmål.
3. Beskriv vilka åtgärder/metoder som behövs för att målen ska uppnås.
Exempel på åtgärder/metoder kan vara
 - att fastställa hur samarbetet skolan – hemmet ska se ut, t.ex. utökade utvecklingssamtal
 - arbete för elevens delaktighet i förändringsarbetet
 - förändring av bemötande och förhållningssätt gentemot eleven
 - utveckling av det sociala samspelet
 - förändring av arbetssätt och rutiner, kan gälla det pedagogiska arbetet både med den enskilda eleven och med elevgruppen/klassen
 - anpassning av den fysiska och sociala miljön
 - extra stödresurser
 - externa kontakter, t.ex. socialförvaltning, fritidsförvaltning, BUP, bas-team, habilitering m.fl.
4. Klargör arbetsfördelning och ansvar. Ange vem som gör vad (pedagog, elev, föräldrar).
5. Bestäm uppföljning/utvärdering/datum för nästa möte.
Ange tydligt vem som ansvarar.

Aktuell information om åtgärdsprogram finns i skolverkets skrift "Att arbeta med särskilt stöd med hjälp av åtgärdsprogram", 2001 (beställningsnummer: 01:668).

Bilaga 15.3

Diagnoskriterier

Diagnoskriterierna enligt DSM-IV

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (ADHD)

A. Antingen (1) eller (2):

- (1) minst sex av följande symptom på ouppmärksamhet skall ha förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Ouppmärksamhet

- (a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter
- (b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
- (c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- (d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller andra arbetsuppgifter (beror inte på trots eller att personen inte förstår instruktionerna)
- (e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- (f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t ex skolarbete eller läxor)
- (g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t ex leksaker, läxmateriel, pennor, böcker eller verktyg)
- (h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- (i) är ofta glömsk i det dagliga livet

- (2) minst sex av följande symptom på hyperaktivitet-impulsivitet skall ha förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Hyperaktivitet

- (a) har svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still
- (b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund
- (c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan detta vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- (d) har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- (e) verkar ofta vara ”på språng” eller ”gå på högvarv”
- (f) pratar ofta överdrivet mycket

Impulsivitet

- (g) Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- (h) Har ofta svårt att vänta på sin tur
- (i) Avbryter eller inkräntkar ofta på andra (t ex kastar sig in i andras samtal och lekar)

- B. Vissa funktionshinderande symptom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet skall ha förelegat före sju års ålder.
- C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symptomen föreligger i minst två miljöer (t ex i skolan/arbetet och i hemmet).
- D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.
- E. Symptomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t ex förstämningssyndrom eller personlighetsstörning).

Koderna nedan baseras på form av störning enligt DSM IV och ICD 10:

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, i kombination [314.01 ;F90.0]: Båda kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna.

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, huvudsakligen bristande uppmärksamhet [314.00; F98.8]: Kriterium A 1 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2.

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet [314.01; F90.0]: Kriterium A 2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1.

Störd utveckling av koordinationsförmågan (DCD)

[315.4; F82]

- A. Prestationen i vardagliga aktiviteter som kräver koordinationsförmåga ligger klart under den förväntade nivån för personer i samma ålder och med motsvarande intelligensnivå. Störningen tar sig uttryck i påtagligt försenad motorisk utveckling (t ex krypa, sitta), att personen tappar saker, är klumpig, är dålig på sporter eller har dålig handstil
- B. Störningen enligt kriterium A försvårar i hög grad skolarbetet och vardagliga aktiviteter
- C. Störningen beror inte på somatisk sjukdom/skada (t ex CP eller muskelsjukdom) och fyller inte kriterierna för någon genomgripande störning i utvecklingen.
- D. Om mental retardation finns i bilden är de motoriska svårigheterna mer uttalade än förväntat.

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Följande är hämtat ur Socialstyrelsens systematiska förteckning

Hyperaktivitetsstörningar

Perturbationes hyperkineticae [F 90]

En grupp störningar som karaktäriseras av tidig debut (vanligtvis under de första fem levnadsåren), bristande uthållighet i aktiviteter som kräver kognitiva funktioner och en tendens att växla mellan olika aktiviteter utan att slutföra någon av dem, tillsammans med desorganiserad, oplanerad och överdriven aktivitet. Tillståndet kan vara förenat med andra abnormiteter. Hyperaktiva barn är ofta vårdslösa och impulsiva, de råkar lätt ut för olyckor och hamnar ofta i disciplinproblem p g a tanklöshet då det gäller att följa normer och regler snarare än på grund av trots. I förhållande till vuxna är de ofta socialt ohämmade, med brist på normal försiktighet och blyghet. De är inte populära bland barn och blir ofta isolerade. Kognitiva störningar ses ofta och specifika störningar i den motoriska och språkliga utvecklingen är vanliga. Sekundära komplikationer omfattar socialt beteende och dålig självkänsla.

Utesluter:

Förstämningssyndrom [affektiva syndrom] (F30-F39)

Genomgripande utvecklingsstörningar (F84.-)

Schizofreni (F20.-)

Ångestsyndrom (F41.)

Aktivitets-och uppmärksamhetsstörning [F90.0]

Attention deficit and hyperactivity disorder [ADHD]

Dysfunction of attention, motor control and perception [DAMP] Uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet

Utesluter:

Hyperaktiv beteendestörning [F90.1]

Hyperaktiv beteendestörning [F90.1]

Hyperaktiv störning förenad med beteenderubbning

Andra specificerade hyperaktivitetsstörningar [F90.8]

Hyperaktivitetsstörning, ospecificerad [F90.9]

Hyperaktiv reaktion under barndom och ungdomstid

Hyperaktivitetssyndrom UNS

Minimal brain dysfunction [MBD]

Andra specificerade beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid [F98.8]

Bilaga 15.4

Förslag på remisser

Remiss till Lidingö Basteam

Namn: pers.nr:.....

Adress:

Förskola/skola:

Sammanboende föräldrar: Ja Nej Gemensam vårdnad: Ja Nej

Mor: pers.nr:.....

Adress:
(om annan än ovan)

Tel.nr bost: arb: mobil:.....

Far: pers.nr:.....

Adress:
(om annan än ovan)

Tel.nr bost: arb: mobil:.....

Remissen sänds i samförstånd med föräldrarna. Tillstånd har beviljats att inhämta uppgifter från BVC och/eller skolhälsovård.

Hereditet:

.....

Psykosocialt:

.....

Graviditet/neonatalperiod:

.....

Spädbarnsåret:

.....

Talutveckling:

.....

Ev. tidigare logopedkontakt:

Hänthet: Höger Vänster

Grovmotorik:

.....

Finmotorik:

.....

Socialt samspel:

.....

Syntest:..... **Hörseltest:**.....

Tidigare sjukdomar/utredningar:

.....

Medicinsk bedömning/utredning:

.....

Pedagogbedömning:

.....

Psykologbedömning:

.....

Annat:

.....

.....

Diagnos/frågeställning:

.....

.....

Föräldrarna önskar diagnos: Ja Nej

.....
Ort och datum

.....
Namn befattning



Samverkan för Tidig Upptäckt Diagnos och Stödinsatser

**REMISS till
STUDS-teamet
Botkyrka södra och Salem**

Remissadress: STUDS-teamet
Neuroped. sekt., B 68
Huddinge sjukhus
141 86 Huddinge

Remissdatum:	FÖR INTERNT BRUK
Remitterande läkare/psykolog:	Ankomstdatum:
Remitterande instans:	Personnr:
Adress:	Namn:
Tel:	Adress:
Fax:	Hemtel:
Mammas namn:	Ev. annan adress (än ovan) till någon förälder:
Tel dagtid:	Namn:
Pappas namn:	Adress:
Tel dagtid:	Hemtel:
Frågeställning:	
Remisstext:	

VÄND

Forts remisstext:

MEDFÖLJANDE HANDLINGAR (markera vad som bifogas remissen):

Obligatoriska

- Läkarmedömning
- Psykologbedömning
- Pedagogisk kartläggning
- Senaste synundersökning
- Senaste hörselundersökning

I förekommande fall

- Arbetsterapeutbedömning
- Logopedbedömning
- Sjukgymnastbedömning

Elevvårdskonferensens / BVC-teamets samlade bedömning:

Vi önskar hjälp med:

Förskola / Skola:

Adress:

Tel:

Fax:

Rektor / Förskolechef:

Klasslärare / Förskollärare:

Ansvarig Specialpedagog / Speciallärare:

STUDS-pedagog:

Informerat om att STUDS-teamet är ett utredningsteam sammansatt av yrkespersoner från olika verksamheter i ett samarbete mellan landsting och kommun.

(Från landstinget ingår personer från barnläkarmottagning/ barnklinik, foniatrisk klinik, habiliteringscenter och PBU-mottagning. Från kommunen ingår psykolog och specialpedagog).

Barnets namn
Pers nr

Ovanstående barn är aktuellt för utredning hos oss. För utredningsarbetet är det mycket värdefullt att få aktuell information om hur barnet fungerar i vardagslivet. Vi är därför tacksamma att Du/Ni tar er tid med detta formulär och så fort som möjligt återsänder det till oss. **Adressen finns längst ner på sidan.**

Frågor om barns beteende, enl. DSM IV.

Här nedan följer några påståenden.
Efter varje påstående finns 4 olika svarsalternativ.
Markera med X det svarsalternativ som stämmer bäst.

Grad av överensstämmelse

Påstående:	Grad av överensstämmelse			
	Stämmer inte	Stämmer i viss mån	Stämmer ganska mycket	Stämmer väldigt mycket
1. Är ofta uppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten i uppgifter eller lekar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har ofta svårt att följa instruktioner och misslyckas med att slutföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (inte p.g.a. trots eller att barnet inte förstår instruktionerna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Undviker, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t ex skolarbete eller läxor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t ex leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Är ofta lättstörd av yttre stimuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Är ofta glömsk i det dagliga livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BarnNU
 Övr

Grad av överensstämmelse

	Stämmer inte	Stämmer i viss mån	Stämmer ganska mycket	Stämmer väldigt mycket
Påstående:				
10. Har ofta svårt att vara stilla med händer och fötter eller kan inte sitta still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där man förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan detta vara begränsat till en känsla av rastlöshet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högvarv"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pratar ofta överdrivet mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har ofta svårt att vänta på sin tur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t ex kastar sig in i andras samtal eller lekar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ifyllt av.

Datum.

HUDDINGE UNIVERSITETSSJUKHUS

BARNENS SJUKHUS
/Sektionen för Barnneurologi och Rehabilitering
/Barnneurologiska utredningsteamet

* Föräldrar
* Skola / förskola

Barnets namn
Pers nr

Ovanstående barn är aktuellt för utredning hos oss. För utredningsarbetet är det mycket värdefullt att få aktuell information om hur barnet fungerar i vardagslivet. Vi är därför tacksamma att Du/Ni tar er tid med detta formulär och så fort som möjligt återsänder det till oss. **Adressen finns längst ner på sidan.**

Frågor om barns beteende, enl. Ehler/Gillberg.

Efter varje påstående finns 3 svarsalternativ:
Sätt för varje påstående ett X för det alternativ som stämmer bäst.
Han/hon skiljer sig från andra barn i hans/hennes ålder på följande sätt:

	Stämmer inte	Stämmer i viss mån	Stämmer definitivt
1. Ger ett lillgammalt intryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Betraktas som en "professor" av de andra barnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lever något i sin egen värld med begränsade, egenartade intressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har mycket lätt för att lära sig stora mängder fakta utantill men har svårare att redogöra för mening och sammanhang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tolkar dubbeltydiga och metaforiska uttryck bokstavligt (missuppfattar t.ex. uttryck som "hoppa över kaffet")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Talar på ett formellt, omständligt, gammeldags, eller "robotliknande" sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hittar på egna ord och uttryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har annorlunda röst eller tal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Uttrycker ofrivilligt ljud, harklingar, grymtningar, smackningar, läten eller skrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Är förvånansvärt bra på vissa saker och förvånansvärt dålig på andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Talar och uttrycker sig obehindrat men kan inte anpassa sig till situationen eller till olika lyssnares behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Saknar empati (inlevelseförmåga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gör naiva och pinsamma påpekanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BarnNU
 Övr

Huddinge Universitetssjukhus AB, Barnens sjukhus, 141 86 Stockholm.
Sektionen för Barnneurologi och Rehabilitering, BarnNU-teamet, B66
Telefon 08-585 81475 (sekr). Fax: 08-585 87444



	Stämmer inte	Stämmer i viss mån	Stämmer definitivt
14. Har avvikande blickkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vill umgås med klasskamrater men vet inte hur man gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kan vara tillsammans med de andra barnen men bara på sina egna villkor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har ingen "bästis"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Saknar sunt förnuft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Är dålig i lagspel, ingen känsla för lagarbete, har egna regler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Har klumpiga, dåligt samordnade, otympliga, aviga rörelser eller gester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Har ofrivilliga ansikts- eller kroppsrörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Har svårigheter att fullfölja enkla vardagssysslor p.g.a. tvångsmässig upprepning av vissa handlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Har speciella rutiner som inte går att ändra på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Fäster sig vid föremål på ett egenartat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mobbas av de andra barnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Har påtagligt ovanliga ansiktsuttryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Har påtagligt ovanliga kroppsställningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Han/hon skiljer sig även på följande sätt:
.
.
.
.
.

Ifyllt av
Datum

HUDDINGE UNIVERSITETSSJUKHUS

BARNENS SJUKHUS
/Sektionen för Barnneurologi och Rehabilitering
Barnneurologiska utredningsteamet

.....
Datum

.....
.....
Barnets namn och personnr

Till dig som förälder

För att kunna göra en så bra och rättvisande bedömning som möjligt, behöver vi veta hur ditt barn fungerar i olika vardagssituationer. Vi brukar försöka ta reda på hur det är i skolan, genom att ställa några skriftliga frågor till skolpersonalen. Om du inte har något emot det, ber vi att du lämnar detta brev med frågorna till barnets lärare. Ring gärna och fråga om du undrar över något.

Till läraren

Vi har just nu kontakt med ovanstående barn för utredning i vårt team. För oss skulle det vara mycket värdefullt, att få aktuell information om barnets situation i skolan. Vi är tacksamma om du, gärna i samarbete med andra i skolan som känner barnet, vill svara på de bifogade frågorna (kort eller långt avgör du själv).

I och med att du får detta brev, har föräldrarna gett tillstånd till att vi frågar och du svarar.

Vi är tacksamma om vi kan få din beskrivning före den /

Adress: se nedan.

Efter vår utredning diskuterar vi resultatet med föräldrarna. Vi försöker sedan alltid att se till, att även ni andra som bidragit till utredningsresultatet får veta något om hur det gick. Det kan ske i en samarbetskonferens, eller via skriftligt material.

Med vänlig hälsning
BarnNU-teamet genom

.....
Namn

.....
Tel-nr



15. Är barnet vetgirigt (vill utöka eller skaffa nya kunskaper)? Hur visas det, i så fall?
16. Kan barnet se saker och ting från ett annat perspektiv än sitt eget? Finns inlevelseförmåga? Kan barnet tolka en social situation rätt?
17. Är barnet uttrycksfullt i kroppsspråk och mimik, eller är det svårt att "läsa av" vad han/hon tycker och känner? Uppfattar ni att barnet är annorlunda i detta avseende än andra barn i samma ålder?
18. Hur reagerar barnet på krav, eller i situationer där det inte kan få sin vilja igenom?
19. Hur reagerar barnet på förändringar? Behöver man förbereda barnet noga för att det ska gå bra?
20. Hur samspelar barnet med andra barn? Finns det intresse för det? Finns det ömsesidighet i kontakten?
21. Hur fungerar barnet vid gemensamma lekar/aktiviteter? Hur är det på rasterna?
22. Hur är barnets finmotoriska förmåga? Är det några finmotoriska aktiviteter som barnet är särskilt roat av? Tycker barnet om slöjd?
23. Hur är barnets grovmotoriska förmåga?
24. Har barnet ofrivilliga ljud, harklingar, grymtningar, smackningar eller andra läten?
25. Har barnet ofrivilliga ansikts- eller kroppsrörelser (t.ex. blinkningar, grimaser, huvudskakningar, handviftningar)?
26. Om det finns problem: Vad är det största problemet med barnet just nu?
27. Är det något mer du tycker vi behöver veta om barnets situation i skolan?
28. Har någon individuell utvecklingsplan (åtgärdsprogram/handlingsplan) för barnet utarbetats inom förskola/skola före utredning?

HUDDINGE UNIVERSITETSSJUKHUS

BARNENS SJUKHUS
/Sektionen för Barnneurologi och Rehabilitering
/Barnneurologiska utredningsteamet

.....
Datum

.....
Barnets namn och personnr

Till dig som förälder

För att kunna göra en så bra och rättvisande bedömning som möjligt, behöver vi veta hur ditt barn fungerar i olika vardagssituationer. Vi brukar försöka ta reda på hur det är i förskolan, genom att ställa några skriftliga frågor till förskolepersonalen. Om du inte har något emot det, ber vi att du lämnar detta brev med frågorna till barnets förskollärare. Ring gärna och fråga om du undrar över något.

Till förskolläraren

Vi har just nu kontakt med ovanstående barn för utredning i vårt team. För oss skulle det vara mycket värdefullt, att få aktuell information om barnets situation i förskolan. Vi är tacksamma om du, gärna i samarbete med andra i förskolan som känner barnet, vill svara på de bifogade frågorna (kort eller långt avgör du själv).

I och med att du får detta brev, har föräldrarna gett tillstånd till att vi frågar och du svarar.

Vi är tacksamma om vi kan få din beskrivning före den /

Adress: se nedan.

Efter vår utredning diskuterar vi resultatet med föräldrarna. Vi försöker sedan alltid att se till, att även ni andra som bidragit till utredningsresultatet får veta något om hur det gick. Det kan ske i en samarbetskonferens, eller via skriftligt material.

Med vänlig hälsning
BarnNU-teamet genom

.....
Namn

.....
Tel-nr





Frågor till Barnets Daghem/Förskola

Barnets namn:
Förskolans namn:
adress:

Antal barn i gruppen:

tel:

Datum för ifyllandet:

Namn på den/dem som svarat på frågorna:

Det räcker att Du anger frågans nr när Du svarar. (Bifoga detta papper med Dina svar.)

1. På vilka områden fungerar barnet ungefär som andra i motsvarande ålder?
2. Vilka är barnets starka sidor?
3. Finns det områden där det är problem - i så fall vilka? På vilket sätt är det problem?
4. Hur kommunicerar barnet: Används ord och meningar? Om inte: hur förmedlar sig barnet? Vad kommunicerar han/hon om (egna önskningar, tankar, frågor ...)?
5. Uppfattar ni barnets tal- och språkutveckling som åldersadekvat? Förstår barnet vad man säger? Kan andra barn och utomstående förstå?
6. Är barnet uttrycksfullt i kroppsspråk och mimik, eller är det svårt att "läsa av" vad han/hon tycker och känner? Uppfattar ni att barnet är annorlunda i detta avseende än andra barn i samma ålder?
7. Kan barnet på ett åldersadekvat sätt förklara/återberätta (saga, film, händelser) så att ni förstår trots att ni inte varit med?
8. Hur är inlärningsförmågan jämfört med jämnåriga? Vad är lätt/svårt? Vilken hjälp ger ni för att inläringen ska underlättas?
9. Hur reagerar barnet på krav, eller i situationer där det inte kan få sin vilja igenom?
10. Reaktionen på förändringar: följer viljelöst med, accepterar under protest, gör kraftigt motstånd, eller ...? Anpassar sig barnet som man kan förvänta enligt åldern? Behöver förberedas noga om det ska gå bra?
11. Hur fungerar samspelet med andra barn? Är det här barnet intresserat? Är kontakten ömsesidig?
12. Hur fungerar barnet i grupp vid gemensamma lekar/aktiviteter?
13. Vad är roligt att leka med? Hur leker barnet?

Vänd



14. Är barnet vetgirigt (vill utöka eller skaffa nya kunskaper)? Hur visas det?
15. Hur självständigt är barnet i sådana situationer som av- och påklädning, måltider, samt toalettbesök?
16. Hur är koncentrationsförmågan?
17. Beskriv den finmotoriska förmågan? Är det några aktiviteter barnet är särskilt roat av?
18. Beskriv den grovmotoriska förmågan?
19. Finns intresse för att lägga pussel, bygga med Lego, etc.?
20. Har barnet ofrivilliga ljud, såsom harklingar, grymtningar, smackningar eller andra läten?
21. Har barnet ofrivilliga ansikts- eller kroppsörelser, såsom blinkningar, grimaser, huvudskakningar, handviftningar?
22. Om barnet själv får välja: vilka aktiviteter är mest intressanta?
23. Om det finns problem: vad är största problemet just nu?
24. Är det något mer du tycker vi behöver veta om barnets situation i förskolan?

Bilaga 15.5

Informationsmaterial

Nedanstående är sammanställt av:

Anna Christina Strömberg, Specialpedagog. Neuropsykiatriska Enheten, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm. Aug 2004

Litteratur - Skrivet av föräldrar

”Lycklig varannan onsdag”

Mammor med barn med DAMP berättar. Boëthius (1998) Cura

”Att handskas med Emil”

Hur det är att vara mamma till ett barn med DAMP. Gravander (1999). Gravander-Widerlöf

”Sofias egen bok” ”Sofia vuxen med sitt MBD”.

Mamma berättar i två böcker om sin dotter som får diagnosen MBD och hur livet gestaltar sig för Sofia och omgivningen. Tikkanen (1998). Trevi

”Ensam på krokig väg”

Aktuell bok som vill rikta uppmärksamheten på de problem vuxna/äldre med neuropsykiatriska svårigheter möter. Det är 10 olika studier som bygger på 15 års intervjumaterial. Lindqvist (2004) 278 s. Kalmar kommun, Fax 0480-45 30 30.

Skrivet för barn

”Varför vill ingen leka med Dennis”

Första delen är ritad och berättad av en mamma till ett barn med DAMP/ADHD och är riktad till barnet, kamraterna och syskonen. Andra delen är tips och råd till föräldrar och andra vuxna i barnets omgivning.

Bengtner, Iwarsson (2000) 71 s. Säve Fax: 031-26 62 30

”Kalle Vrångeback och Stålfia”

En barnbok som på ett humoristiskt sätt som beskriver vardagssvårigheter för ett barn med DAMP och dess familj. Sjöstrand (2002). Rabén & Sjögren

”Vem är jag?”

Boken som ger hjälp till en god självbild och ökad empatisk förmåga.

Det är textsidor och arbetsblad för barnet, tankar från barn/ungdomar och dataprogram. Andersson, Olsson (2003) 92 s. Fax 0431-805 33

Nedanstående är för alla neuropsykiatriska funktionshinder

”Sociala berättelser, seriesamtal”

Visar på ett pedagogiskt arbetssätt som syftar till att ge personer med neuropsykiatriska funktionshinder bättre självinsikt och hitta strategier för att klara olika situationer. Andersson (2000) 65 s.

Fax 0431-805 33

”Vägledning”

Fortsättning på förra boken och ger förslag på pedagogiskt arbetssätt för anhöriga och personal.

Andersson (2002) 194 s. Fax 0431-805 33

”Vem är jag?”

Boken som ger hjälp till en god självbild och ökad empatisk förmåga. Det är textsidor och arbetsblad för barnet, tankar från barn/ungdomar och dataprogram. Andersson, Olsson (2003) 92 s. Fax 0431-805 33

”När tålamodsburken rinner över”

Boken lär ut hur man genom att ritprata eller sociala berättelser kan klara ut vad som hänt eller lära in nytt beteende. Lundkvist (2003). www.sit.se

Böcker om hur man handhar utagerande barn/ungdomar

”ART – Aggression replacement training”

En multimodal metod för att ge aggressiva barn och ungdomar sociala alternativ. Goldstein (2000) 370 s

”Prepareprogrammet”

är en utvidgning av ART (se ovan) och lär ut en bred uppsättning av sociala kompetenser till barn och ungdomar. Målet är att minska aggressivitet, stress och social inkompetens. Mycket praktiska tips (övningar) där olika delar kan användas utifrån elevens behov (preventivt och i direkt behandling). Goldstein (2003) 844 s. KM-förlaget och Bornelings

”Explosiva barn”

Visar på ett nytt sätt att förstå och handha barn som har svårt att klara motgångar /förändringar. Praktiskt hur man löser problemen tillsammans, ignorerar eller bestämmer som vuxen. Greene (2003) 284 s. Cura

Rapport

”Inkluderande undervisning och goda exempel”

Rapport från projekt med samma namn som bedrivs under ledning av European Agency. Projektet samlar erfarenhet från 17 länder för att utveckla kunskaper om inkluderande undervisning i Europa. Beställ kostnadsfritt från adele.lindfors@sit.se
Originalrapporterna finns på www.european-agency.org

Allmänt om ADHD

”ADHD/DAMP – En uppdatering”

Sammanfattning av läget inom ADHD/DAMP-forskningen idag. Unik översikt över behandlingsmetoder för svenska förhållanden. Olika författare sammanställt av Beckman (2004) 151 s. Studentlitteratur.

”ADHD”

En neuropsykiatrisk förklaring av:

- * vad koncentrationsförmåga innefattar
- * hur olika svårigheter yttrar sig
- * en översikt över olika stöd- och behandlingsåtgärder. Duvner (1998) 136 s. Liber

”Att stödja barn med DAMP”

- * teoretisk bakgrund till de olika svårigheterna
- * tips på neuropedagogik för lärare och föräldrar. Freltofte (1998) 133 s. Natur och Kultur

”Ett barn i varje klass om DAMP MBD ADHD”

En lättfattlig bok (dock några år gammal) som förklarar olika begrepp, symtom, behandling och bra fallbeskrivningar.
Gillberg (1996) 223 s Cura

”Om de bara kunde skärpa sig!”

Boken är skriven av en norsk specialpedagog och är skriven för föräldrar och pedagoger. Beskriver vad är DAMP, AD/HD och Tourettes syndrom och ger förslag hur man ska göra för att barnen ska fungera bättre.

Iglum (1999) 232 s. Studentlitteratur

”ADHD hos barn och vuxna”

Bred kunskapsöversikt om ADHD, som tar upp riktlinjer för utredning och behandling av barn och vuxna med ADHD. Finns även i kortversion 2004. Kadesjö B (2002) 285 s. Socialstyrelsen

Fax 08-779 96 97

”Barn med koncentrationssvårigheter”

Tar upp vad koncentrationssvårigheter innebär och hur det påverkar barns utveckling. Exempel på vad vi kan göra hemma och i skolan för att underlätta. Kadesjö (2001) 280 s. Liber AB

”Flickor med AD/HD”

Ger en översikt över hur vi hittar flickor med AD/HD och för att synliggöra flickorna. Nadeau (2002) 260 s

Studentlitteratur

”De otroliga åren”

Denna bok presenterar en metod genom vilken föräldrar kan minska barnens beteendeproblem. Det är praktisk handledning med exempel på vardagliga problemsituationer och förslag på hur de kan hanteras. Personal har också glädje av denna bok. Webster-Stratton (2004) 248 s. Palmkrons förlag, fax 046-13 95 05

”Lekfulla Metoder – allvarligt funktionshinder”

Innehåller idéskisser till metoder i bemötande/förhållningssätt till barn med AD/HD. Boken ger förklaringar vad AD/HD innebär och studiematerial till föräldrar och skolpersonal. Wirkberg (2001)

113 s WiLu. Struktur och metod Tfn 018-60 33

Bilaga 15.6

Länkar

Nedanstående är sammanställt av:

Anna Christina Strömberg, Specialpedagog. Neuropsykiatriska Enheten, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm. Aug 2004

Svenska Internetadresser

www.welcome.to/neuronatet

På neuronätet kan du läsa om de flesta neuropsykiatriska funktionshinder.

www.wilu.se

Hemsidans syfte är att vara ett forum för information/frågor/tips/stöd kring neuropsykiatriska funktionshinder hos barn och ungdomar.

www.attention-riks.nu

Riksförbundet Attention är en intresseorganisation för barn, ungdomar och vuxna med ADHD ,men även föräldrar och professionella. Användbar information finns om det mesta angående neuropsykiatriska funktionshinder.

www.rbu.se

RBU – Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar har en sektion för personer med AD/HD, DAMP.

www.agrenska.org

Ågrenska bedriver verksamhet för barn och familjer med funktionshinder av olika slag. Har bra nyhetsbrev.

www.sos.se

Socialstyrelsen. Där finns kunskapsdokument om bl a ADHD.

www.skolmyndigheter.nu

Gemensam sida för Skolverket (ansvarar främst för utbildningsinspektion, nationell uppföljning och utvärdering)och Myndigheten för skolutveckling (ska stödja lokal verksamhetsutveckling i förskola, skola och vuxenutbildning).

www.sit.se

Specialpedagogiska Institutet är en rikstäckande myndighet för statens samlade stöd i specialpedagogiska frågor och en kunskapsresurs för barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder.

Utländska Internetadresser

En del av nedanstående adresser är kommersiella och var därför skeptisk till en del förslag/behandlingar.

www.chadd.org

CHADD är en icke vinstdrivande organisation för barn och vuxna med AD/HD i USA. Mycket användbar.

Ger också ut en mycket bra tidning, Attention!

www.additudemag.com

ADDitude är en tidning i USA som också är för personer med ADHD och för personal som är intresserade av ADHD.

www.ncgiadd.org

”The National Center for Gender Issues and ADHD” arbetar med frågor angående kvinnor och ADHD.

www.addvance.com

Information om kvinnor med ADHD.

www.adhdinf.com

www.adhdnews.com

Båda vänder sig till föräldrar, skola och informerar om ADHD och vad man kan göra.

www.nasjkomp.no

”Nasjonal Kompetensenhet for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi” finns i Oslo.

www.allkindsofminds.org

All kinds of minds är ett icke vinstdrivande institut för att öka förståelsen för olika typer av inlärningssvårigheter och vad man kan göra åt detta.

www.aggressionreplacementtraining.com

På denna nätadress finns ICART som är en organisation som arbetar med och utvärderar ART(multimodalmetod för att ge aggressiva barn/ungdomar sociala alternativ.)Se litteraturlistan.

www.add.org

Attention deficit disorder associations (ADDA) är för och om vuxna med ADHD.

www.nmha.org

”National Mental Health Association” (NMHA) är USA:s största icke vinstdrivande organisation om mental hälsa/sjukdom av alla slag.

www.nichcy.org

”National Information Center for Children and Youth with Disabilities”. USA:s skoldepartement står som ansvarig.

www.ldanatl.org

”Learning Disabilities Association of America” (LDA). Information och tips på hur man kan göra med olika typer av inlärningssvårigheter.

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa

ISBN 91_85209_41_31

**Stockholms läns landsting**

FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00