



VÅRDPROGRAM VID ADHD HOS BARN OCH UNGDOMAR

Version 2

Dokumenttyp Vårdprogram	Dokumentnamn Vårdprogram vid ADHD hos barn och ungdomar, version 2
Utfärdande PE Närsjukvården i Östergötland	Giltigt från och med 2011-03-01
Utfärdande enheter Länopsykiatri, Barn- och ungdomspsykiatri samt Barn- och ungdomshabiliteringen i Östergötland	Giltigt till och med 2014-03-01
Huvudförfattare Eva Wasteson, verksamhetschef	Ansvariga och godkänt av Gerd Sandgren Lundström, Närsjukvårdsdirektör NSV Martin Strömstedt, Närsjukvårdsdirektör NSÖ Henrich Wilander, Närsjukvårdsdirektör NSC
Huvudredaktör Marianne Helgesson, verksamhetsutvecklare	Ansvarig för revidering Rita Berggren, verksamhetschef
	Diarienummer NSV 69/2011

Revisionshistorik

Utgåva nr	Giltig från och med	Godkänd av
1	2001-10	Rita Berggren, enhetschef Gunilla Jarkman Björn, cheföverläkare Ulla Lindskog, verksamhetschef Eva Wasteson, verksamhetschef

Innehållsförteckning

MEDVERKANDE I VÅRDPROGRAMMET	1
ARBETSGRUPP	1
REFERENSGRUPP.....	1
FÖRKORTNINGAR	2
INLEDNING	3
BARN MED PSYKISKA PROBLEM I ETT SAMMANHANG	3
SVÅRIGHETER VID DIAGNOSTISERING AV PSYKISK OHÄLSA HOS BARN	3
HISTORIK.....	4
ALLMÄN BESKRIVNING	4
NÅGRA POSITIVA ASPEKTER AV ADHD.....	5
BAKGRUND	6
TEORIER OM ORSAKER.....	6
<i>Hereditet</i>	6
<i>Miljöfaktorer</i>	6
PROGNOS	7
PREVALENS	7
DIAGNOSTIK	7
DIFFERENTIALDIAGNOS OCH SAMTIDIGA PROBLEM	8
FLICKOR MED ADHD	9
<i>Bakgrund</i>	9
<i>Förekomst</i>	9
<i>Symptombild</i>	10
TILLSTÅNDETS INNEBÖRD FÖR PATIENT OCH ANHÖRIGA	10
UTREDNING	11
VILKA BARN SKA UTREDAS?.....	11
UTREDNINGENS INNEHÅLL	11
STEG 1 BASUTREDNING	11
STEG 2 FÖRDJUPAD UTREDNING	12
ANAMNES	13
UTREDARNAS OLIKA DELAR I BASUTREDNING OCH FÖRDJUPAD UTREDNING	13
<i>Psykologisk utredning</i>	13
<i>Pedagogisk utredning</i>	15
<i>Medicinsk utredning</i>	16
<i>Arbetsterapeutisk utredning</i>	17
<i>Social kartläggning</i>	18
<i>Sjukgymnastisk utredning</i>	18
<i>Logopedisk utredning</i>	19
UTLÅTANDE	19
ÅTERFÖRANDE AV UTREDNINGSRISULTAT	20
STÖD OCH BEHANDLING	20
GENERELLT OM PSYKOLOGISK OCH FARMAKOLOGISK BEHANDLING	21
INSATSER RIKTADE TILL BARNET/UNGDOMEN	21

<i>Behandling/träning av motoriska färdigheter</i>	22
<i>Farmakologisk behandling</i>	22
INSATSER RIKTADE TILL FAMILJEN	22
<i>Information</i>	22
<i>Råd till föräldrar</i>	23
<i>Stödkontakt</i>	23
<i>Föräldrautbildning i beteendeariktade behandlingstekniker</i>	23
<i>Intresseförening</i>	23
INSATSER RIKTADE TILL FÖRSKOLA OCH SKOLA	23
<i>Råd till pedagogen</i>	24
<i>Handledning</i>	24
<i>Åtgärdsprogram/individuell utvecklings- och studieplan</i>	25
<i>Specialundervisning</i>	25
<i>Elevassistent/resursperson</i>	25
<i>Struktur i vardagen</i>	25
HJÄLPMEDEL	26
SAMHÄLLETS STÖD	26
<i>Bidrag och stödformer som söks via Försäkringskassan</i>	26
<i>Barnomsorg - förskola/fritidshem</i>	27
<i>Socialtjänstlagen, SoL</i>	27
FARMAKOLOGISK BEHANDLING	27
<i>Biverkningar</i>	28
BILAGA 1	29
EXEMPEL PÅ BEDÖMNING AV BARNETS FUNKTIONER I OLIKA MILJÖER	29
<i>Tidsuppfattning</i>	30
<i>Uppmärksamhet och koncentration</i>	30
<i>Verbal/ickeverbal kommunikation</i>	30
<i>Övriga skolfärdigheter</i>	30
BILAGA 2	31
SCREENINGINSTRUMENT OCH TESTMATERIAL	31
BILAGA 3	38
ANAMNES	38
BILAGA 4	41
MEDICINSK UTREDNING	41
<i>NEUROMOTORISK UNDERSÖKNING</i>	42
BILAGA 5	50
BEHANDLINGSMETODER OCH TRÄNINGSPROGRAM	50
BILAGA 6	52
FARMAKOLOGISK BEHANDLING	52
<i>Val av preparat</i>	53
<i>Referenser</i>	58
BILAGA 7	59
RÅD TILL FÖRÄLDRAR	59
BELÖNINGSSYSTEM	61

FÖREBYGGA PROBLEM.....	61
BILAGA 8	63
KOGNITIVT STÖD OCH HJÄLPMEDEL	63
BILAGA 9	64
PREVALENS	64
<i>Uppskattat antal barn/ungdomar med svår ADHD- problematik i Östergötland (1 %)</i>	64
<i>Uppskattat antal barn/ungdomar med ADHD problematik i Östergötland (5 %).</i>	65
BILAGA 10	66
LITTERATURTIPS.....	66
BILAGA 11	68
LÄNKAR	68
BILAGA 12	70
DIAGNOSKRITERIER FÖR ADHD	70

Medverkande i vårdprogrammet

Arbetsgrupp

Huvudansvarig: Eva Wasteson, verksamhetschef, leg psykolog, leg psykoterapeut
Neuropsykiatriska länsteamet, Länspsykiatri i Östergötland

Författare: Barnneuropsykiatriska länsteamet, Länspsykiatri i Östergötland:
Marianne Adamzon, specialpedagog
Karin Gelander, leg arbetsterapeut
Arne Grundström, leg psykolog
Birgitta Sundmark, specialist i barn- och ungdomsneurologi med
habilitering
Eva Wasteson, leg psykolog

Referensgrupp

Eva Bjuvmar, leg arbetsterapeut, NP-teamet för barn i centrala Östergötland
Andreas Björklind, leg psykolog, Barn- och Familjepsykologiskt Centrum
Ann Fristedt, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Linköpings kommun
Britt-Marie Gustafsson, specialpedagog, BUH, Närsjukvården i västra Östergötland
Per Gustafsson, docent i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, BUP-kliniken
och NP-teamet för barn i centrala Östergötland
Wanda Hall, leg sjukgymnast, BUH, Närsjukvården i centrala Östergötland
Daniela Hammarlund, leg läkare, Elevhälsan, Norrköpings kommun
Hjördis Holmén, socionom och verksamhetschef, Barn- och Familjepsykologiskt
Centrum
Anna-Maria Lago, leg psykolog, BUP, Mjölby
Rolf Lagré, leg psykolog, NP-teamet för barn i östra Östergötland
Ann Lindström, kurator, BUH och NP-teamet för barn i centrala Östergötland
Anna Lönegren, leg psykolog, Barnhälsovården i Östergötland
Anneli March, specialpedagog, NP-teamet för barn i östra Östergötland
Ariana Pizzignacco, specialpedagog, Linköpings kommun
Anna Tjäder, leg psykolog, BUH, Närsjukvården i västra Östergötland

Förkortningar

ADD	Uppmärksamhetsstörning
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BUH	Barn- och ungdomshabilitering
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
CD	Uppförandestörning (Conduct Disorder)
CNS	Centrala nervsystemet
DAMP	Dysfunction of Attention, Motor Control and Perception
DCD	Developmental Coordination Disorder
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th revision
EEG	Elektroencefalografi
FAS	Fetalt alkoholsyndrom
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MBD	Minimal Brain Damage
MRT	Magnetresonanstomografi (magnetkameraundersökning)
NP	Neuropsykiatri
ODD	Trotssyndrom (Oppositional Defiant Disorder)

Inledning

Detta är ett vårdprogram för barn och ungdomar med uppmärksamhets- och aktivitetsproblematik skrivet med inriktning mot barnhälsovård, skolhälsovård, barnhabilitering, barnpsykiatri och specialiserad neuropsykiatri. Innehållet är framtaget i samarbete mellan Barnneuropsykiatriska länsteamet och en referensgrupp.

I vårdprogrammet beskrivs teorier, utredningsgång och behandlingsmöjligheter. I ett avslutande avsnitt finns ett antal bilagor. Målsättningen är att vårdprogrammet ska kunna vara användbart inom olika verksamheter och underlätta samarbete till gagn för de barn det gäller, liksom för deras föräldrar och syskon.

Barn med psykiska problem i ett sammanhang

Barn är i hög grad beroende av den sociala miljö de lever i. För mindre barn utgör familjen den helt dominerande miljön. Med förskola och skola tillkommer lärare och annan personal som betydelsefulla vuxna och när barnet närmar sig tonåren börjar kamratgruppen att få ökad betydelse, men relationen till familjen intar en särställning på grund av den känslomässiga och tidsmässiga dominansen avseende både den tid man tillbringar tillsammans varje dag och relationens långa varaktighet, för de flesta hela livet.

För att kunna förstå och bedöma psykiska problem hos barn behövs fördjupade kunskaper och färdigheter ifråga om barns utveckling och psykopatologi. Man undersöker det växande barnet och hur dess kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och sociala utveckling påverkas av konstitution, sjukdomstillstånd, föräldrarnas hälsa och sociala anpassning samt faktorer som hänför sig till nätverket/samhällssituationen. Kunskapsområdet innefattar alltså betydelsen av störningar i relationen mellan barn och föräldrar från tidigaste uppväxtår till längre fram i livet, reaktioner på svåra traumatiska upplevelser samt psykiska följder av biologiska och neurologiska faktorer. Men även miljöns inverkan på barns uppväxtvillkor liksom socialpsykologiska betingelser, t.ex. betydelsen av separationer tidigt i livet, uppmärksammas.

När man gör en utredning/kartläggning av barnet är det viktigt att den görs utifrån olika perspektiv för att ge en rättvisande helhetsbild av barnets situation och förutsättningar. Det är också viktigt att man vid behandling beaktar behovet av insatser inom de olika perspektiven.

- Organisationsperspektivet ger en beskrivning av barnets skolmiljö/förskolemiljö, arbetsformer och arbetsmetoder
- Grupperspektivet belyser barnets sociala nätverk, familjen och kamrater
- Individperspektivet beskriver individens förutsättningar, utveckling och behov.

Svårigheter vid diagnostisering av psykisk ohälsa hos barn

Vid epidemiologiska studier av barns psykiska hälsa har man genomgående funnit att tydligt avgränsade symptombilder, som de beskrivs t.ex. i DSM-systemet, är ovanliga. Inte sällan växlar symptom bilden och är oklar både för barnet/ungdomen och för omgivningen. En förklaring är att barn, som befinner sig i ständig utveckling och inte är

färdigformade som personer, har en helt annan kapacitet att förändras än vad vuxna har. Barn utvecklas utifrån individuella förutsättningar i samspel med livsmiljön, vilket gör att man kan ha gott hopp om en gynnsam prognos när livsomständigheterna kan förändras till det bättre. Å andra sidan finns också en risk för felutveckling, dvs. att barnet utvecklar strategier anpassade för en problematisk livssituation och senare kan få svårt att släppa de strategierna, även om de inte längre är användbara.

Historik

Under 1930-talet fann man att barn med hjärnskador, t.ex. efter hjärninflammation, utan att ha större fokalneurologiska tecken kunde ha störningar i uppmärksamhet, hyper- eller hypoaktivitet, motoriska koordinationssvårigheter och perceptionssvårigheter. Begreppet MBD (Minimal Brain Damage) myntades. Så småningom upptäckte man att barn kunde ha dessa störningar utan kända eller anatomiskt påvisbara hjärnskador. Man började tala om dysfunktion istället för hjärnskada och för att tydligare ange vari dysfunktionen bestod lanserades begreppet DAMP (Dysfunction of Attention, Motor control and Perception). Utanför Norden har man mer beskrivit dysfunktionen av uppmärksamhet, aktivitets- och impuls kontroll för sig som ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) och de motoriska störningarna för sig som DCD (Developmental Coordination Disorder). I dag används genomgående begreppet ADHD.

Allmän beskrivning

En stor del av de barn som kommer till barnpsykiatrien uppvisar ett stort utagerande beteende. De har koncentrationssvårigheter och bristande kontroll av t.ex. aggressiva impulser, bristande följsamhet mot sociala normer och regler. En del av dessa barn har funktionsstörningar i de delar av hjärnan som styr uppmärksamhet, planering, impuls kontroll mm., dvs. tillhör barn med ADHD eller andra neuropsykiatriska funktionshinder (t.ex. autismspektrumstörningar eller Tourettes syndrom). Beteendet kan dock även ha sitt ursprung i svårigheter i den tidiga anknytningen pga. bristande omvårdnad och/eller traumatiska upplevelser samt bristande gränssättning och inkonsekvent uppfostran. Det kan också vara en reaktion på samspel i familjen här och nu. Barn med ADHD kan naturligtvis växa upp i en optimal miljö som till stor del kompenserar för deras svårigheter, eller i sammanhang som snarare förstärker svårigheterna eller orsakar andra känslomässiga problem. Mot bakgrund av detta är det angeläget att både biologiska och psykosociala förhållanden utreds på ett tillfredsställande sätt.

Redan under spädbarnsåret skiljer sig många barn som får diagnosen ADHD från andra barn. Ofta är barnen ovanligt mycket vakna, ibland föreligger istället alltför stort sömnbehov. Många barn uppfattas som skrikiga och svårtröstade under de första levnadsmånaderna. En del är alltför glupska. Cirka 70% av barnen är tidigt aktiva eller snarast överaktiva medan resterande 30% är underaktiva.

De överaktiva barnen har oftast en tidig gångdebut, 8-10 månaders ålder, medan de mer passiva barnen börjar gå först vid 15-18 månader. Från och med två års ålder och upp genom förskoleåren uppvisar både de överaktiva och de underaktiva barnen samma beteenden med svårigheter att lyssna och att leka målinriktat.

I förskoleåldern märks barnens svårigheter att leka med jämnåriga. Oftast hamnar de utanför gemenskapen eller söker sig till yngre barn. Konfliktsituationer, aggressionsutbrott och/eller täta humörsvängningar är vanligt förekommande. Risken för farliga olycksfall är större än för andra barn. En sen språkutveckling kan vara ett tecken på ADHD.

Från och med skolstarten blir de inlärningsmässiga konsekvenserna av funktionsnedsättningen framträdande. Visserligen kan läs- och skrivsvårigheter hos barn och ungdomar ha många olika bakgrunder, men en viktig bakgrund är ADHD. Framförallt i skolåldern är det mycket vanligt att barn med ADHD utvecklar läs- och skrivsvårigheter. Räknesvårigheter förekommer också ofta.

Barnen har ofta svårt att sitta stilla hela lektionstimmar och att följa instruktioner. Många kan inte komma igång med uppgifter på egen hand och hinner inte med i den vanliga arbetstakten. Ofta upplever barnet med ADHD sig själv som dum eller annorlunda och en låg självkänsla utvecklas tidigt. Förekomst av depression och beteendevikelser är i stor utsträckning att betrakta som sekundära till den avvikande självupfattningen och den låga självkänslan. En nedsatt förmåga till ömsesidig social interaktion är också vanlig. Åtminstone delvis måste detta ses som en konsekvens av att barnet biologiskt inte är moget att motsvara omgivningens (och sina egna) krav. Med tidiga och adekvata insatser kan barnets problem avsevärt minska och en positiv utveckling främjas.

Flickor med ADHD uppvisar en något annorlunda symptombild än pojkar. Flickor har mer uppmärksamhetsproblem och har en annorlunda överaktivitet. Då deras svårigheter är mindre iögonenfallande och tar sig andra uttryck uppmärksammas de inte i lika stor utsträckning som pojkarna. Många uppmärksammas först i tonåren och då framförallt pga. ångest, depression, ätstörning, självskadebeteende, hög frånvaro och försämrade skolresultat.

Några positiva aspekter av ADHD

De diagnostiska kriterierna för ADHD fokuserar på de negativa aspekterna, men det finns även positiva aspekter hos personer med ADHD såsom:

- charmerande personlighet
- kreativitet
- god människokännedom
- sinne för humor
- förmåga att snabbt förstå det viktiga
- flexibilitet
- intuition
- känslighet för den närmaste omgivningen
- entusiasm, passion
- förmåga att glömma bort sina misstag
- förmåga att försöka göra bättre ifrån sig nästa gång
- villighet att ta risker.

Bakgrund

Teorier om orsaker

Bred internationell forskning ligger i dag till grund för kunskapen om ADHD; om orsaksfaktorer, hur symptomen kommer till uttryck och dess kliniska kännetecken, diagnostik och behandling. 2002 utgav Socialstyrelsen kunskapsöversikten "ADHD hos barn och vuxna" vilken ger en omfattande beskrivning av aktuellt kunskapsläge. 2004 utkom sammanfattningen "Kort om ADHD hos barn och vuxna". Tillsammans med nya vetenskapliga rön utgör detta underlaget för föreliggande vårdprogram.

ADHD räknas som en utvecklingsrelaterad kognitiv funktionsstörning som yttrar sig i uttalade koncentrationssvårigheter, motorisk oro, rastlöshet och impulsivitet. Symptomen debuterar tidigt i barndomen och finns ofta kvar upp genom uppväxten och i många fall också i vuxenlivet.

Molekylärgenetiska teorier är under framväxt och två gener associerade med dopaminfunktion, som antas vara av betydelse för hyperaktivitet, är av intresse. Sex olika forskargrupper har replikerat dessa fynd.

Psykologiska teorier behövs för att förstå de psykologiska processer och funktioner som sådana neurologiskt betingade störningar ger upphov till, t.ex. hur barnet uppfattar och hanterar sin verklighet, hur det tänker och fungerar i olika vardagssituationer samt hur samspelet med omgivningen gestaltar sig för barnet. Den kognitiva funktionsnivån ska totalt sett ligga inom normala gränser om man ska få diagnosen ADHD, men ofta har barnen en ojämn profil med vissa funktioner på normal eller hög nivå och andra på låg eller mycket låg nivå.

Hereditet

I flera studier har man konstaterat högre förekomst av neuropsykologiska svårigheter i släkten hos barn med ADHD än i kontrollgrupper. Tvillingstudier, t.ex. norska ADHD-studien, har verifierat betydelsen av ärftliga faktorer. Uppskattningar av graden av ärftlighet varierar dock i olika studier (0.4-0.98). Sannolikt är en ärftlighet omkring 0.7 mest rimlig, vilket pekar mot att även andra faktorer är av betydelse.

Miljöfaktorer

Förutom ärftlighet anses olika fysiska miljöfaktorer kunna påverka uppkomsten av ADHD. Dessa är framförallt komplikationer under graviditet och födsel, konsumtion av tobak och alkohol hos modern under graviditet samt påverkan av infektioner eller toxiner under de första levnadsåren hos barnet.

Barn med ADHD visar i vissa studier en tendens att vara överrepresenterade i familjer med lägre socioekonomisk status samt i högre grad leva i dysfunktionella familjer (Barkley, 2006). Vidare visar anknytningsforskning på hur otrygga anknytningsmönster riskerar att bidra till utvecklande av utagerande beteende som kan observeras bl.a. hos vissa barn med ADHD. Detta är dock resultat som måste nyanseras både vad det gäller hur dessa studier genomförts samt vad resultaten möjligtvis kan säga om verkligheten vad det gäller orsak och verkan.

De skillnader som kan ses i prevalens av ADHD beroende på socialgruppstillhörighet tenderar att försvinna när kontroll för komorbida tillstånd som exempelvis trotsyndrom

(ODD), uppförandestörning (CD) och språklig förmåga görs. Detta gäller även för anknytningsmönster och utagerande beteende. Resultaten är även känsliga för hur utredningen och skattningen av symptomen har gått till (Barkley, 2006). Antalet bedömare (ex. föräldrar, lärare, kliniker) påverkar resultaten på så sätt att när flera bedömare måste vara överens för diagnosättning jämnas skillnader mellan socialgruppstillhörighet ut. ADHD är en diagnos baserad på observerat beteende. Liknande beteende kan bl.a. iakttas hos barn med viss form av omsorgssvikt, otrygg anknytning, emotionella störningar och PTSD. Det är därför viktigt att i en utredning beakta olika möjliga förklaringar till symptomen.

Sociala faktorer orsakar inte på egen hand ADHD. Det är ett neuro-psykiatriskt tillstånd och funktionshinder. Barn med ADHD är en heterogen grupp där skillnader mellan individerna är lika stora som hos övriga befolkningen. Det innebär att problemen visar sig på olika sätt och påverkas olika av den sociala miljön. Det är däremot så att dessa barn har en förhöjd sårbarhet för en miljö som inte är konsekvent i sitt bemötande av barnen eller inte förstår de speciella problem som barnen kan ha på grund av funktionshindret och speciella sätt som de fungerar på kognitivt. Därmed kan det beteende, som till exempel föräldrar och personal i förskola och skola bemöter barnet med, samverka med barnets grundläggande problematik och påverka hur väl barnet kan hantera sina problem och hur dessa utvecklas med tiden. Likaså kan bemötandet från omgivning påverka om eventuella komorbida tillstånd och följdproblem associerade med ADHD utvecklas samt graden av allvarlighet i dessa.

Det är även problematiskt att uttala sig om dysfunktionella familjer och orsaker utefter studier som genomförts med tvärsnittsmetod när barnet har haft problemet en längre tid. Föräldrarnas och familjens beteende kan då mycket väl vara format av att ha hanterat ett barn med speciellt uppträdande. Vad som då har orsakat vad är väldigt svårt att säga något om. För att kunna göra detta krävs vanligen longitudinella studier vilka är få bl.a. beroende på att diagnosen ADHD är relativt ny.

Prognos

Barn med enbart ADHD har förhållandevis god prognos att klara sig i livet. Om barnet har perceptionsstörningar och motoriska svårigheter är prognosen sämre. Prognosen påverkas av om barnets svårigheter upptäcks tidigt och om barnet får tidiga och adekvata insatser.

Prevalens

Enligt många undersökningar uppskattas prevalensen för ADHD hos barn och ungdomar vara 3-5%. Prevalensen för barn och ungdomar med svår ADHD beräknas vara 1%. Den skattade förekomsten i länets 13 kommuner ses i bilaga 9 sid. 64.

Diagnostik

Efter det att en utredning gjorts ställs diagnos enligt diagnoskriterier från DSM-IV-TR eller ICD-10. Se bilaga 12 sid. 70.

Differentialdiagnos och samtidiga problem

Ett flertal såväl kroppsliga som psykiska sjukdomar/funktionsavvikelser kan ge symptom som liknar ADHD och utgör därmed differentialdiagnoser som är viktiga att beakta. Barn med ADHD har dessutom mycket ofta även andra funktionsnedsättningar, diagnoser och/eller beteendeproblem (komorbiditet).

För att få underlag för att värdera om barnets symptom bättre förklaras av någon annan diagnos (differentialdiagnos) respektive om någon annan diagnos eller problemområde föreligger samtidigt måste intervjuer, frågeformulär, observationer och tester ha sådan utformning att de analyserar detta. Som komplement till angivna frågeformulär kan det vara lämpligt att använda specifika frågeformulär som hjälpmedel för att kartlägga symptom på autism, depression, ångest, tvång etc. om tecken på detta framkommer. Om barnets symptom bättre förklaras av utvecklingsstörning, autismspektrumstörning eller annan psykisk störning (som ångest eller depression) ska inte ADHD-diagnos sättas som huvuddiagnos. Sådana störningar kan finnas samtidigt med ADHD som komorbiditet.

ADHD med i huvudsak uppmärksamhetsstörning (även kallad ADD i ICD-10) kräver ofta mer omfattande differentialdiagnostiska överväganden än ADHD med överaktivitet för att utesluta att t.ex. lindrig utvecklingsstörning, språkstörning, ångest/depression, PTSD, sömnstörning eller att en allvarligt belastande psykosocial situation är orsaken till beskrivna koncentrationssvårigheter.

Följande tillstånd ska övervägas som differentialdiagnos såväl som komorbiditet:

- *Specifika inlärningssvårigheter*
Förekomst av läs- och räkningsvårigheter hos ett barn med ADHD förstärker skolproblemen.
- *Ticstillstånd inklusive Tourettes syndrom*
Det är vanligt med tics av varierande typ och intensitet vid ADHD. Barn med Tourettes syndrom har mycket ofta ADHD.
- *Tvång och tvångssyndrom*
Det är vanligt med tvång av varierande typ och intensitet vid ADHD. Även till synes oskyldiga tvång kan ha betydelse för att barnets beteende blir svårbegripligt.
- *Trotssyndrom (ODD) och Uppförandestörning (CD)*
- *Autismspektrumtillstånd*
ADHD eller ADHD-symptom förekommer ofta samtidigt med autismspektrumstörning. På motsvarande sätt är det mycket vanligt med sociala interaktionssvårigheter vid ADHD. Båda aspekterna har stor betydelse för inriktning av stöd liksom för den prognostiska värderingen. För att kartlägga detta kan utredningen behöva kompletteras med frågeformulär som ASSQ eller fördjupad intervju (ADI, DISCO). V.g. se sid. 31!
- *Utvecklingsstörning*
Det förekommer relativt ofta att barn med lindrig utvecklingsstörning missuppfattas ha ADHD.
- *Låg prestation*
hos ett barn med ADHD har prognostiskt stor betydelse, t.ex. för möjligheten att klara inlärningskraven i skolan.
- *Motoriska koordinationssvårigheter (DCD)*
- *Psykiatriska diagnoser*

- såsom ångest, depression, bipolär sjukdom, ätstörning och självdestruktivitet.
- *Specifika medicinska sjukdomar*
hypo-/hyperthyreos, epilepsi och biverkning av medicinering. Neurometabola sjukdomar kan i ett inledningsskede ge beteendeproblem som ger misstanke om ADHD.
 - *Förekomst av specifika genetiska eller andra syndrom*
22q-11-deletions syndrom (CATCH-22), Fragil-X (inte minst premutation), FAS (fetalt alkoholsyndrom) och neurofibromatos m.fl.
 - *Syn-/hörselnedsättning*
Syn- och hörselnedsättningar har stor betydelse för ett barns sätt att fungera och syn/hörsel ska undersökas frikostigt. Förekomst av hörselnedsättning hos ett barn med ADHD innebär en extra belastning för framförallt skolsituationen och måste uteslutas.

Flickor med ADHD

Bakgrund

Diagnoskriterierna för ADHD är utvecklade för pojkar. Flickors symptom på ADHD stämmer ofta inte överens med uppfattningen om hur barn med ADHD beter sig. Detta medför att flickor med den problematiken inte upptäcks lika lätt och därför är underdiagnostiserade. Konsekvensen blir att dessa flickor inte får tillgång till det stöd de behöver.

Flickprojektet i Göteborg undersökte flickor med ADHD och påvisade att de flesta föräldrar som deltog i projektet tidigt varit medvetna om sina döttrars svårigheter, men att de flesta flickorna fick sin diagnos sent, efter 11 års ålder. Många av flickorna uppfyllde kriterierna för flera diagnoser och hade en betydligt sänkt funktionsnivå.

Flickor med ADHD uppmärksammades på allvar första gången 1994 i samband med en konferens i USA om könsskillnader vid ADHD. Ett resultat av denna konferens blev en betoning på att skattningsskalor normerade efter kön bör utvecklas vid diagnostisering av ADHD.

Förekomst

Flertalet studier visar en förekomst av ADHD hos flickor som varierar mellan 2 och 5%. Detta är dock inte helt klarlagt, utan mer forskning behövs. Förekomst av ADHD varierar inte nämnvärt mellan olika åldrar hos flickorna, medan förekomsten hos pojkar minskar vartefter de blir äldre.

Vissa studier rapporterar att ADHD är två till tre gånger vanligare hos pojkar än hos flickor. En hypotes är att flickor behöver en högre familjär genetisk belastning för att symptomen ska framträda. En annan hypotes är att flickor är mindre utvecklingsmässigt sårbara än pojkar. Ytterligare en möjlig orsak är att flickors symptom inte stämmer överens med omgivningens uppfattning om hur barn med ADHD beter sig.

Förekomst av ADHD varierar också beroende på vem som skattat symptomen. Jämfört med föräldrar bedömer lärare att färre flickor har ADHD. Ännu tydligare är det för gruppen som huvudsakligen har uppmärksamhetsproblem. Där upptäckte lärarna fyra gånger fler pojkar än flickor, medan föräldrarna fann lika många flickor som pojkar med

ADHD.

Symptombild

I vissa studier tycks pojkar uppvisa fler symptom på ADHD och de har mer beteendestörningar (trotssyndrom och uppförandestörning). Flickor uppvisar oftare dessa symptom i hemmet. Flickor förefaller oftare ha ADHD som karakteriseras av uppmärksamhetsproblem och som är svårare för omgivningen att upptäcka.

Sviktande skolprestationer kan vara det mest uttalade tecknet på ADHD hos flickor. Det är viktigt att flickor, som får svårigheter att klara skolarbetet, utreds med avseende på ADHD och att de får tillräckligt med stöd för sina svårigheter.

Flickor med ADHD har lika stora svårigheter med kamratrelationer som pojkar, dock är deras beteende mindre aggressivt. Flickor med ADHD har svårare att fungera i grupp, har färre kamrater, är mindre omtäckta och oftare utstötta från kamratkretsen än flickor utan ADHD. Verbal aggressivitet kan vara en bidragande orsak till de konflikter flickorna hamnar i. De har också ofta en lägre självkänsla både i jämförelse med flickor utan ADHD och med pojkar med ADHD.

Flickor med ADHD har oftare ångest och depression än pojkar. Flickor söker i högre grad hjälp för depression i tonåren än vad pojkar gör. Underliggande orsak har i flera fall visat sig vara skolsvårigheter. Risken är stor att det under de akuta problemen finns en eventuell ADHD-problematik som inte blivit upptäckt. Som komplement till instrument för att ställa diagnosen ADHD visar flera studier att man behöver utreda förekomst av tilläggsproblematik, exempelvis depression och ångest. Det finns en befarad ökad risk för missbruk och rökning hos flickor med ADHD. Även detta manar till tidig diagnostik av flickor med denna problematik.

Tillståndets innebörd för patient och anhöriga

Att leva med, fostra och ta hand om ett barn med ADHD innebär en stor påfrestning och ställer höga krav på föräldrar och syskon. Utifrån denna bakgrund är det lätt att förstå att föräldrar till ett barn med ADHD ofta upplever en hög stressnivå.

Som familj har man behov av en förstående och lojal omgivning som kan utgöra ett stödjande nätverk. Det är inte ovanligt att familjer har svårt att behålla vänner pga. både att barnet betar sig besvärligt och att föräldrarna är uttröttade. Man kan behöva stöd i att stå upp för sitt barn inför släktingar och vänner och få dem att förstå att barnet inte rår för sina svårigheter lika lite som man som förälder gör det. Här behövs stöd i föräldrollen och verktyg för att hjälpa barnet att fungera bättre i vardagen. Föräldrautbildning bör därför, i kombination med andra insatser, ha en given plats i interventionsprogram för barn med ADHD.

Om barnet får sina svårigheter igenkända tidigt, om det möts av en förstående och stödjande omgivning samt får adekvat behandling har det goda chanser att klara sig bra i samhället i vuxen ålder. Om det har goda kompensatoriska förmågor, kan handskas med sina svårigheter och får möjlighet att använda sina personlighetsdrag som en tillgång ökar chanserna ytterligare.

Utredning

Vilka barn ska utredas?

Om ett barn har problem som allvarligt hindrar det i dess vardagsfunktion, i samvaron med familjen och i kamratkontakter, eller om problemen hindrar att barnets förutsättningar kommer till sin rätt t.ex. i förskola/skola och fritidsaktiviteter bör en utredning göras. Likaså bör en utredning göras om man vid en screening hittat tecken på utvecklingsavvikelse, som kan tala för neuropsykiatrisk problematik. Endast i undantagsfall sätts diagnosen ADHD på förskolebarn.

Utredningens innehåll

Utredningen ska innehålla en bedömning av kognition, motorik, språk, kommunikation, samspel, uppmärksamhet, perception, fantasi och beteenderepertoar. För att ge en allsidig belysning bör utredningen genomföras av ett multiprofessionellt team, där olika yrkesföreträdare bedömer relevanta variabler utifrån sitt kunskapsområde. En utredning måste innefatta såväl funktionsbedömning som medicinsk bedömning och kartläggning av barnets styrkor. Utredningen ska mynna ut i en funktionsbeskrivning/diagnos och leda till rekommendationer beträffande fortsatt stöd och behandling.

Det viktigaste för det stora flertalet barn är att problemen uppmärksammas tidigt och åtgärdas, i samarbete med föräldrarna, i den skola eller förskola där barnet går. Målet är att motverka aktivitetsbegränsning och ge barnet bästa möjliga delaktighet i det dagliga livet.

Diagnoserna är inga självändamål, utan de ska tjäna som underlag för att föreslå bästa tänkbara stödinsatser, inte minst i förskola och skola. Med hänsyn till den utbredda komorbiditeten behöver utredningen till en början ha en bred ansats för att så småningom inriktas mot en viss diagnos.

Barnneuropsykiatriska länsteamet har tagit fram en modell för utredning på olika nivåer.

Steg 1 Basutredning

I skolan och förskolan görs en basutredning som innehåller fyra delar:

- psykologisk utredning
- pedagogisk utredning
- medicinsk utredning
- social kartläggning.

När man gör en kartläggning av barnets funktioner och utveckling är anamnesen mycket viktig för den vidare utredningen av specifika funktioner. Kartläggningen resulterar i en funktionsbeskrivning av barnet, där barnets både starka och svaga sidor beskrivs.

Nedanstående variabler bör bedömas i en kartläggning/utredning av barnets funktioner. Detta betyder inte att varje variabel behöver testas. Barnets starka och svaga sidor avgör vilka variabler man behöver undersöka närmare.

- Aktivitet
- Beteenden
- Emotionell utveckling
- Exekutiva funktioner
- Fin- och grovmotorik
- Impulskontroll
- Kognitiv förmåga
- Kognitiv aktivitet
- Lek och samspel
- Läs- och skrivutveckling
- Matematisk förmåga
- Minne
- Missbruk
- Motivation
- Motorisk aktivitet
- Perception
- Psykiska symptom
- Social utveckling
- Social interaktion
- Somatisk/neurologisk/psykisk status
- Strategi, planering, flexibilitet
- Syn och hörsel
- Sömn och matvanor
- Tal- och språkutveckling
- Tidsuppfattning
- Uppmärksamhet och koncentration
- Verbal/ickeverbal kommunikation
- Övriga skolfärdigheter

För exempel, var god se bilaga 1 (sid. 29).

Psykologisk utredning ska bestå av en beskrivning av barnets allmänskognitiva förmåga. Resultaten av begåvningsstesten ger anvisningar om hur den fortsatta utredningen ska läggas upp och om det finns problemområden som behöver belysas ytterligare. Utredningen bör även innehålla en bedömning av kontaktförmågan.

Pedagogisk utredning ska kartlägga barnets svårigheter och styrkor. Hur är barnets förmåga gällande koncentration, aktivitetsreglering, inlärning, kommunikation och samspel? Ligger barnet på en åldersadekvat utvecklingsnivå?

Medicinsk utredning ska omfatta en läkarundersökning där även syn och hörsel kontrolleras. Syftet med denna utredning är att konstatera om barnet har neurologiska avvikelser eller om det finns andra medicinska orsaker som förklarar symptomen.

Social kartläggning ska innehålla en beskrivning av barnets sociala situation. Vid behov görs en mera omfattande utredning.

I bilaga 2 (sid. 31) finns förslag på screening- och testmaterial

Utredningsresultaten sammanställs. Barnets starka och svaga sidor beskrivs. Stödinsatser föreslås och ev. ställs en diagnos.

Steg 2 Fördjupad utredning

En grundlig basutredning kan ibland räcka för att ställa diagnos. För en mer omfattande utredning remitteras barnet till ett specialistteam för neuropsykiatrisk utredning. Vid den fördjupade utredningen bedöms samma variabler som vid en basutredning, men med ett vidare perspektiv och med komplettering av andra instrument och andra yrkeskategorier.

Ur differentialdiagnostisk synpunkt bör den fördjupade utredningen även fokusera och belysa andra neuropsykiatriska tillstånd och komorbiditet.

Anamnes

En omsorgsfull anamnes ligger till grund både för en basutredning och en fördjupad utredning. Alla som deltar i utredningen av barnet bidrar till att anamnesen blir fyllig och heltäckande. Frågeformuläret ”Nordiskt formulär för utredning av barns utveckling och beteende, 5-15” (sid. 34) kan användas av både föräldrar och lärare och ger en bra bakgrundsinformation. Ett annat bra verktyg är en strukturerad intervju (t.ex. Lagerheim-Sturm).

Anamnesen ska innehålla frågor om:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| – Allmänna regleringssvårigheter | – Social situation |
| – Beteenden och intressen | – Tal och språkutveckling |
| – Dygnsrytm | – Tidigare och nuvarande sjukdomar |
| – Förlossning och nyföddhetsperiod | – Tillväxt, kroppslig utveckling, nutrition |
| – Graviditet | – Trauma |
| – Kommunikation och socialt samspel | – Uppfödningssproblem |
| – Motorik inkl. koordination | – Utveckling |
| – Perception | – Ärftlighet |
| – Psykiska symptom | |

Se vidare bilaga 3 (sid. 38) för exempel.

Utredarnas olika delar i basutredning och fördjupad utredning

Psykologisk utredning

Psykologen gör alltid en bedömning av den kognitiva förmågan och beroende av barnets ålder används WPPSI-III eller WISC-IV (WAIS-III alt. WAIS-III NI). Vid utredning där autism, utvecklingsstörning och/eller specifika språksvårigheter finns med i frågeställningen kan WNV (Wechsler Nonverbal Scale of Ability) vara mycket användbart, och kanske ge mera information än andra Wechslerskalor som är verbalt laddade, då det inte ställer några krav på receptiv språkförståelse eller expressiva språkfärdigheter. WAIS-III kan också kompletteras med WMS-III (Wechsler Memory Scale-III) för bedömning av inlärnings- och minnesfunktioner.

För bedömning av aktuell utvecklingsnivå hos yngre barn är Merrill-Palmer Scales of Development - Revised att rekommendera. Det kognitiva testbatteriet är utformat så att man erhåller ett generellt utvecklingsindex som speglar ett barns allmänna kognitiva utvecklingsnivå. För att kunna bedöma barnets utveckling inom olika områden är batteriet indelat i tre domäner: Kognition, Finmotorik och Receptivt språk. Dessutom finns tre tilläggsskalor som återger barnets förmågor inom funktionsområdena Minne, Bearbetningshastighet och Visuomotorik. Det kognitiva testbatteriet är konstruerat utifrån principen att barnet inte behöver besvara uppgifterna verbalt utan visar sina förmågor genom att exempelvis aktivera leksaker eller peka på stimulusbilder.

Ravens Matriser och Leiter-R ställer heller inga krav på barnets expressiva språkliga färdigheter och kan i vissa situationer också vara lämpliga att använda. Leiter-R, och då Uppmärksamhet-Minne, är lämpligt att använda i en ADHD-utredning. För bedömning av just språkliga funktioner används de deltest som ingår i verbal funktion på WISC-IV och WPPSI-III. Kompletteringar kan göras med deltest ur NEPSY, domän Språkliga funktioner. NEPSY kan användas i en ADHD-utredning och framförallt deltesten i

domän Uppmärksamhet och Exekutiva funktioner.

För bedömning av exekutiva funktioner är D-KEFS (Delis-Kaplan Executive Function System) ett användbart instrument. D-KEFS är en uppsättning test avsedda att mäta exekutivt fungerande hos barn och vuxna. Några exempel är Trail Making Test som mäter kognitiv flexibilitet, Ordspråk som avser att mäta förmågan att tänka metaforiskt och abstrakt samt Tornet som mäter förmågan till planering och problemlösning. Frågeställning och utvecklingsnivå får avgöra vilket eller vilka deltest som används.

För bedömning av minnesfunktioner kan återigen delar av NEPSY användas (Minne för ansikten, Minne för berättelser, Minne för namn, Minne för ordlista, Repetition av meningar). I WISC-IV finns deltesten Sifferrepetition, Bokstavs-siffer-serier och Aritmetik. Det sistnämnda är ett bättre arbetsminnestest jämfört med tidigare WISC-III. Vanligt i kliniska sammanhang är också RCFT (Rey Complex Figure Test and Recognition Trial).

I dag är frågeställningarna i samband med utredningar ofta komplexa och flera diagnoser kanske utreds samtidigt. Därför omnämns här också andra test som primärt inte används vid en ADHD-utredning.

”Jag tycker jag är” heter en självskattningsskala som finns i två versioner för barn och ungdomar i åldern 10-16 år. Skalan används inom skola, barn- och ungdomshabilitering liksom barn- och ungdomspsykiatri som hjälp vid diagnostisering eller som underlag för terapeutiska samtal.

I många typer av utredningar ställs krav på en bedömning av adaptiva färdigheter. Adaptiva färdigheter kan sägas vara den repertoar av begreppsmässiga, sociala och praktiska färdigheter som människor lär sig för att kunna fungera i vardagen. Hur väl ett barn eller en ungdom utvecklat dessa förmågor har stor betydelse för hans eller hennes fungerande, och ger ett värdefullt tillskott i utredningar av mental retardation liksom i olika typer av barnpsykiatriska utredningar. Information från skattningsskalorna är också användbar såväl inom den vanliga skolverksamheten som inom särskolan.

ABAS-II (Adaptive Behavior Assessment System-II) ger, via föräldrars och lärares/förskollärares skattningar, information om ett barns eller ungdoms funktionsnivå avseende följande skalor: Kommunikation, Samhällsdelaktighet, Kunskapstillämpning, Hem-/Skolbeteende, Hälsa och säkerhet, Fritid, Självomsorg, Självstyrning och Relationsförmåga. De nio skalorna sammanfattas till tre olika färdighetsområden; Kognitiva färdigheter, Sociala färdigheter och Praktiska färdigheter. Dessutom finns ett övergripande mått avseende Generell Adaptiv Färdighet.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II) används för bedömning av grad av depression samt förändringar i depressionstillstånd. Inventoriet innehåller 21 grupper av symptom och attityder vilka skattas på en fyrgradig skala från 0–3 i termer av svårighetsgrad. BDI-II utvärderar såväl fysiologiska som kognitiva symptom på depression. Resultatet tolkas i relation till framtagna gränsvärden.

Beck Ungdomsskalor används för bedömning av emotionell och social problematik hos barn och ungdomar. Varje skala består av 20 påståenden, vilka skattas på en fyrgradig skala. De olika skalorna är: Ängest, Depression, Ilska, Normbrytande beteende och

Självbild. En prövning av den diskriminerande validiteten mellan olika kliniska grupper och normgrupp visade att skalan IIska signifikant bidrar till prediktionen av diagnosen ADHD.

BRIEF är användbart för utvärdering av barn och ungdomar (5-18 år) med ett brett spektrum av utvecklingsrelaterade och förvärvade neurologiska skador såsom inlärningssvårigheter, uppmärksamhetsstörningar, traumatisk hjärnskada, genomgripande utvecklingsstörningar, depressioner samt andra utvecklingsmässiga, neurologiska, psykiatriska och medicinska tillstånd. Utvärdering görs i två bredare Index: Beteende Reglerings Index (BRI) och Metakognitions Index (MI) samt ett överordnat index; Global Exekutiv Funktion (GEF). Två av skalorna, Arbetsminne och Inhibition, är kliniskt användbara för differentiering av diagnostiska undergrupper inom gruppen uppmärksamhetsstörningar (ADHD med och utan hyperaktivitet). BRIEF administreras enkelt på endast 10-15 minuter och poängsätts på 15-20 minuter.

QB-test och CPT är datoriserade uppmärksamhetstest.

Andra förekommande bedömningsformulär för barn och föräldrar är naturligtvis också användbara i utredningen. Se bilaga 2, sid. 31!

Pedagogisk utredning

Specialpedagog, eller annan pedagog, kartlägger och bedömer barnets beteende samt dess funktionella och inlärningsmässiga förmåga i skolmiljön. I bedömningen ska bl.a. följande aspekter ingå:

- koncentration
- uppmärksamhet
- aktivitetsreglering
- motorik
- impulsivitet
- socialt samspel
- språk och kommunikation
- exekutiva funktioner.

Bedömningen görs främst genom observationer vilka vid behov kompletteras med tester och screening samt genom frågeformulär och intervjuer med lärare och annan personal i förskola och skola. Man bör även undersöka den miljö som barnet vistas i. Hänsyn tas till barnets ålder för fokus vid observationer och val av testmaterial.

Vid bedömning av *koncentration och uppmärksamhet* observerar man om barnet kan fokusera på sina arbetsuppgifter, om det kan påbörja, genomföra och slutföra uppgifter, om det är lättstört, om det kan återuppta en uppgift efter avbrott, om det kan ta instruktioner i grupp och/eller enskilt och om det kan lyssna på vad någon berättar.

För att bedöma *aktivitetsreglering och impulsivitet* observeras om barnet kan sitta stilla och vänta på sin tur, om det kan hejda sig eller om det reagerar omedelbart på impulser, om det rör sig eller pratar mer än andra barn eller om det tvärtemot är oföretagsamt och underaktivt.

För att bedöma barnets förmåga till *socialt samspel* observerar man hur barnet fungerar

i grupp, om det visar intresse för andra barn samt söker och upprätthåller kontakt med jämnåriga samt om det behärskar turtagning och impulsivitet.

Den *språkliga utvecklingen och kommunikativa förmågan* bedöms genom observationer av om barnet förstår mening och sammanhang, kan föra ett samtal, klarar att svara på frågor samt läser, stavar och skriver på en åldersadekvat nivå.

Barnets *matematiska förmåga* bedöms exempelvis genom dess förståelse av matematiska begrepp och behärskning av räknesätt.

När det gäller de *exekutiva funktionerna* bör man uppmärksamma om barnet kan planera och organisera sitt arbete, kan påbörja genomföra och avsluta uppgifter, klarar att se helheter och sammanhang och om det har tidsuppfattning.

För ytterligare exempel på bedömningsvariabler se bilaga 1 sid. 29!

Nedan följer exempel på frågeformulär, tester och screeninginstrument som kan användas vid pedagogisk bedömning:

- Specialpedagogisk diagnos, Eve Mandre
- Nordiskt formulär för utredning av barns utveckling och beteende, 5-15 år
- Conners Teacher's Rating Scale (CTRS)
- Tidig registrering av språkutveckling (TRAS)
- Test for Reception of Grammar (T.R.O.G.)
- Test of Visual Perceptual Skills 4-13 år och 12-19 år (TVPS-R)
- Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA)
- Språkligt impressivt test (SIT).

Andra förekommande bedömningsformulär är naturligtvis också användbara i utredningen. Se bilaga 2, sid. 31!

Medicinsk utredning

En utredning ska undersöka möjliga etiologiska faktorer såsom ärftlighet, perinatale skadefaktorer, följder av medicinska tillstånd samt syndrom.

I anamnesen ska kartläggning av hereditet, förhållanden under graviditet, perinatale förhållanden, sjukdomar under uppväxten, psykomotorisk utveckling och familjeförhållanden alltid ingå. Vidare ska en basal undersökning av barnets allmänsomatiska status, inkl. hjärtstatus, längd, vikt, huvudomfång, syn och hörsel göras liksom bedömning av utseende, förekomst av stigmata och ”minor neurological signs” som tecken på något bakomliggande syndrom eller neurologisk skada.

Beroende på vad som i övrigt framkommit kan följande undersökningsmoment komma ifråga:

- EEG vid misstanke om absenser eller andra epilepsimanifestationer liksom vid starka fluktuationer i beteende och kognitiv funktionsnivå.
- Kromosomundersökning/riktad genanalys vid påtagliga avvikelser i utseende för att utesluta t.ex. könskromosomavvikelser, 22q11-syndrom samt pre- och fullmutation av Fragil-X.

- CNS-undersökning som MRT av hjärnan vid misstanke om specifik CNS-sjukdom.
- Blod- och urintester vid misstanke om hormonella och/eller neurometabola sjukdomar.

Se även bilaga 4 sid. 41!

Arbetsterapeutisk utredning

Bedömningen ska omfatta barnets aktivitetsförmåga inom områdena personlig vård, boende, skola/arbete och fritid. Bedömning av *aktivitetsförmåga* innefattar kartläggning barnets motoriska, kognitiva och sociala färdigheter under utförande av dagliga aktiviteter i olika miljöer. Dagliga aktiviteter innefattar exempelvis att utföra personlig hygien, på- och avklädning, planera, organisera, göra mellanmål och städa rummet. Främsta syftet med bedömning och delaktighet i diagnostisering är att främja barnets och de närståendes förståelse för ADHD, dess konsekvenser och barnets möjligheter att fungera så bra som möjligt i vardagen.

Bedömning av aktivitetsförmåga eller en specifik färdighet sker både med hjälp av strukturerade och icke-strukturerade metoder; exempelvis observation av barnet i aktivitet, intervju med barnet, närstående och skolpersonal, självskattningsformulär och specifika bedömningsinstrument/test. Val av metod sker utifrån barnets ålder och möjlighet att delta i en bedömningssituation.

Bedömningen utgör grunden för val av behandlingsinsats, vilken kan ske såväl individuellt som i grupp för barn eller närstående. Bedömningen kan också tydliggöra behov av anpassningar i hem- och/eller skolmiljö. Den arbetsterapeutiska bedömningen ingår även som ett moment i teamets samlade utredning för diagnostisering.

Nedan följer förteckning över aktuella kartlägnings- och bedömningsinstrument:

- *Aktivitet och delaktighet (ICF)*
 - Aktivitet i dagliga livet, barnversion (ADL-Taxomin)
 - Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
 - Pediatric Evaluation Disability and Inventory (PEDI)
 - The Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS)
- *Kroppsfunktioner (ICF)*
 - The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)
 - Assessment of Motor and Process Skills, skoluppgifter (Skol-AMPS)
 - The Perceive, Recall, Plan and Perform System (PRPP)
 - Kartläggning av tidsuppfattning hos barn respektive ung (KaTid)
 - Bruininks Oseretsky Test
 - Bedömning av handfunktionen avseende motorik, känsel och syn (HABBAH).
- *Ungdomar/unga vuxna*
 - Bedömning av delaktighet i aktivitet (BDA), (OCAIRS-S)
 - Min mening
 - Model of Human Occupation (MOHOST)
 - The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS-S)

Andra förekommande bedömningsformulär är naturligtvis också användbara i utredningen. Se bilaga 2 sid. 31.

Social kartläggning

Utifrån fördjupade föräldrantervjuer kartläggs barnets och familjens aktuella psykosociala situation. Kartläggningen ska bl.a. inkludera:

- familjesituation/familjens struktur
- boende
- nätverk
- ekonomi
- aktuell stress i familjen
- föräldrarnas utbildning/arbete
- ev. migrationsbakgrund
- fritidsaktiviteter.

I den sociala kartläggningen ingår även uppgifter om familjebakgrund och familjesituation under barnets uppväxt och i samband med graviditet och förlossning samt för utredningen viktiga händelser bakåt i tiden. Det bör även framgå hur föräldrar, syskon och övriga i nätverket påverkas av barnets svårigheter. Föräldrantervjun innehåller även frågor gällande barnet; exempelvis relationer till kamrater, syskon, föräldrar och andra vuxna, förmåga att ta hand om sina fysiska behov, förmåga till inläring, arbete och lek, förmåga att hantera påfrestande händelser och förändringar i rutiner, utveckling av självkänsla och självförtroende samt humör och humörskiftningar.

Den sociala kartläggningen sker med hjälp av:

- Olika intervjumetoder och skattningsmaterial
- Hembesök som underlättar observation av barnets fungerande i van miljö och även kartläggning av relationer och samspel samt att kunna identifiera eventuella psykosociala missförhållanden.

Sjukgymnastisk utredning

I den sjukgymnastiska utredningen ingår en motorisk bedömning för att bestämma utvecklingsnivå samt skilja ut om det rör sig enbart om omogen motorik eller avvikande motorik, som i sig är ett större hinder för barnet i vardagen. En kroppsfunktionsbedömning görs för att kartlägga muskeltonus, muskelstyrka, ledrörlighet, kropps-konstitution, kroppshållning, kroppsuppfattning, spänningsbalans, sitt- och arbetsställning. Sjukgymnasten ansvarar även för att ta fram underlag för att bedöma om kriterierna för den motoriska diagnosen DCD, störd utveckling av koordinationsförmågan uppfylls.

Syftena med utredningen är:

- *Information* - att försöka ge en förklaring till vad barnets motoriska tillkortakommande, klumpigheten, beror på
- *Motorisk stimulans* – att ge råd till omgivande personer om hur man kan hjälpa barnet att lyckas bättre motoriskt i vardagen
- *Motorisk inläring* – att ge strategier för att stärka den motoriska utvecklingen
- *Förebyggande* – att ge ökad kunskap på längre sikt för att förhindra sekundära kroppsliga symptom senare i livet.

Rekommenderade bedömningsinstrument:

- Movement ABC
- Movement ABC-2

- Bruininks-Oseretskys Test of Motor Proficiency (BOT-2)
- Pediatrisk Evaluation Disability and Inventory (PEDI)
- Miller Assessment For Preschoolers (MAP)
- Peabody Developmental Motor Scales (PDMS-2).

Litteratur:

Sudgren D, Chambers M. Children with developmental coordination disorder. 2005.

Logopedisk utredning

Logopedens bedömning ingår som en del av teamets gemensamma utredning, vare sig utredningen gäller diagnossättning eller funktionsbedömning. Det övergripande syftet är att bedöma barnets tal, språk och kommunikation samt läs- och skrivförmåga. Bedömningen görs utifrån form, innehåll och användning.

- **Form**
Bedömning av munmotorik, uttal, talrytm, ordmobilisering, grammatik, berättandeförmåga och skrift. Den innefattar i förekommande fall även barnets alternativa kompletterande kommunikation (AKK) t.ex. tecken och/eller bilder.
- **Innehåll**
Bedömning av begrepp och ordförråd samt förståelse för talat språk och skrift. Vid bedömning av förståelsen skiljer man mellan situationsförståelse och språkförståelse.
- **Användning**
Bedömning av hur barnet använder sitt språk i samspel med andra, t.ex. att föra dialog och hålla tråden. Det görs även en bedömning av icke-verbal kommunikation och röst.

Nedan följer ett urval av test som används:

- Reynell Developmental Language Scales III.
- Test for Reception of Grammar (TROG)
- Språkligt impressivt test (SIT)
- Standardiserat grammatiktest för åldrarna 3-6 år (GRAMBA)
- Ringstedts modellmeningar
- Ordracet, ett bedömningsmaterial för att mäta snabb automatisk benämningsförmåga
- Nya Nelli, instrument för neurolingvistisk bedömning.
- Illinois Test of Psycholinguistic Abilities, fonemtest (ITPA)
- Stockholms oralmotoriska bedömningsprotokoll (STORM)
- Ordäsning, avkodning och förståelse (OLAF)
- Diagnostiskt material avsett att användas i screeningsyfte (DLS)
- Bedömning görs även av spontantal och språkanvändning i samtalssituationen.

Andra förekommande bedömningsformulär är naturligtvis också användbara i utredningen. Se bilaga 2 sid. 31.

Utlåtande

Utlåtandet är en sammanvägning och sammanställning av de bedömningar som utredarna gjort grundat på information från anamnes, skattningsskalor, tester, frågeformulär

och medicinska undersökningar. Utlåtandet ska innehålla utredningens alla delar och vara ett för hela teamet gemensamt dokument.

Teamets sammanlagda bedömning resulterar eventuellt i en diagnos, men i vilket fall görs en funktionsbeskrivning där barnets starka och svaga sidor beskrivs. Utlåtandet bör begränsas och vara skrivet så att föräldrar, och eventuellt andra lekmän, kan tillgodogöra sig innehållet. Utlåtandet bör rekommendera insatser och vem som ansvarar för att dessa kommer till stånd. Det ska också i utlåtandet framgå när en uppföljning av gjord utredning ska ske.

Återförande av utredningsresultat

Utredningsresultaten ska innehålla:

- diagnostisk bedömning och det underlag man har för att ställa diagnosen/diagnoser-na
- beskrivning av barnets funktionsnivå inom berörda utvecklingsområden
- beskrivning av förekomst av komorbiditet/samtidiga problem
- analys av betydelsefulla risk- och skyddsfaktorer i hem- och förskole-/skolmiljö som kan ha betydelse för fortsatt problemutveckling och behandlingsinriktning.

Utredningsresultaten ska återföras till barnets föräldrar och barnet självt samt som regel till förskole-/skolpersonal. Återföringen ska förklara den diagnostiska bedömningen samt ge en grund för behandlingsplanering. Presentationen av utredningsresultaten är en viktig del av utredningen och ställer krav på att utredarna kan knyta an till lyssnarens (förälderns, barnets respektive pedagogens) problemupplevelse och konkretisera utredningsresultaten. Återförandet ska innehålla:

- Muntlig information om utredningsresultat inklusive diagnos samt en beskrivning av barnets resurser och behov för att förklara rekommendationer avseende bemötande och åtgärder.
- Skriftligt utlåtande som föräldrar kan använda i kontakter med andra berörda
- Relevant informationsmaterial såsom litteraturförslag, broschyrer, internetlänkar och information om intresseföreningar
- Riktad information till barnet.

Återförandet av utredningen ska sammanfattningsvis ge underlag för att planera utformningen av stödinsatser.

Stöd och behandling

Insatser vid ADHD syftar till:

- Att öka kunskapen om ADHD och förståelsen för barnet hos viktiga personer i dess omgivning så att det kan mötas av rimliga krav och ett utvecklande förhållningssätt
- Att minska ADHD-symptomen och eventuella samtidiga problem
- Att förhindra tillkommande problem
- Att öka barnets funktionsnivå t.ex. vad gäller inlärning och förmåga till samvaro med kamrater

- Att hjälpa barnet att själv förstå och hantera sina svårigheter
- Att barn och familj får de sociala stödinsatser de har behov av.

Generellt om psykologisk och farmakologisk behandling

Trots den väldokumenterade effekten av farmakologisk behandling av barn och unga med ADHD finns det flera skäl att undersöka effekten av psykologiska behandlingsformer som komplement eller alternativ till den farmakologiska. Den farmakologiska behandlingen är verksam på merparten av barnen/ungdomarna, men omkring 20% av dem får inte någon effekt av medicinering. Därtill kommer de som på grund av biverkningar inte uppnår önskad effekt av medicinering.

Den farmakologiska behandlingen kan ha god effekt på kärnsymptomen, men barn har ofta även andra svårigheter som den farmakologiska behandlingen inte påverkar i tillräckligt hög grad och där det behövs andra insatser. Det kan handla om språkliga svårigheter, inlärningssvårigheter, ängslighet och brister i det sociala samspelet. Dessutom är det möjligt för barn med lindrigare ADHD att behandlas med enbart psykologiska och pedagogiska metoder. De bäst dokumenterade psykologiska behandlingsmetoderna för barn med ADHD är de med beteendeterapeutisk inriktning. I det här sammanhanget avses beteendeterapi, föräldrautbildning, social färdighetsträning, kognitiv träning och anpassning av hem- och skolmiljö för att bemöta barnets svårigheter. Kombinationen av farmakologisk behandling och beteendeinriktad behandling betecknas i litteraturen som multimodal behandling. Multimodal behandling har visat sig vara särskilt indikerad vid medelsvår till svår ADHD.

Insatser riktade till barnet/ungdomen

Insatser riktade till barnet/ungdomen innefattar:

- Information till barnet
- Psykosociala interventioner
- Social färdighetsträning
- Kognitiv träning
- Beteendeorienterad behandling
- Medicinering.

Information till det barn som varit med om en utredning ska alltid ske, naturligtvis med anpassning till barnets utvecklingsnivå. I första hand ska information ges om vad utredningen har visat och de diagnostiska överväganden som gjorts. På sikt är barnets egen förståelse för sitt sätt att fungera förutsättningen för att det ska kunna hitta strategier att möta svåra situationer i sin vardag. I ungdomsåren har en del personer behov av att själv utveckla strategier för att möta påfrestningar i sin vardag och det finns behov av att vårdgivare utvecklar metoder för att stödja detta.

Det kanske viktigaste av alla insatser till barnet är att ge den struktur och förutsägbarhet som personer med ADHD behöver. Det handlar om att skapa en ADHD-vänlig miljö med realistiska krav och förväntningar. Det handlar om en tydlig och stödjande kommunikation, att ge uppmuntran och beröm, att sätta gränser och att hantera problemsituationer genom planering. De psykosociala interventionerna syftar till att anpassa omgivningen till barnets problematik. Stöd till omgivningen utifrån en analys av det specifika barnets styrkor och tillkortakommanden är mycket viktigt.

I dag finns utvärderade pedagogiska metoder där alla elever i skolan får möjlighet att förstå och hantera egna och andras känslor på ett bra sätt. Eleverna får träning i att lösa problem och konflikter. De får också redskap att fatta vettiga beslut och träning i att överblicka konsekvenserna av olika handlingar. Nedan ges exempel på metoder alt. program.

- Aggression Replacement Training (ART)
- Lions Quest
- Minneslek
- Musikterapi
- RoboMemo
- Social emotionell träning (SET)
- SMART
- STEG-VIS

Mycket talar för att insatser för barn och ungdomar med ADHD måste vara multimodala, dvs. bestå av en kombination av olika behandlingar.

Neurokognitiv behandling, då främst arbetsminnesträning och neurofeedback är metoder som, liksom medicinering, inriktas på att ge barnet själv bättre förutsättningar att hantera sina svårigheter.

Barn med ADHD kan också ha andra problem, t.ex. trots och aggressivitet, internaliserade problem som ångest och depressioner, inlärningssvårigheter och motoriska problem. Beteendeorienterad behandling som KBT är i dag första linjens insats vid ångest och depression medan också andra psykoterapiformer är aktuella vid t.ex. dålig självbild och sviktande självkänsla. Insatser av arbetsterapeut och sjukgymnast bör rekommenderas vid motoriska problem.

För exempel på behandlingsmetoder och träningsprogram, var god se bilaga 5 sid. 50.

Behandling/träning av motoriska färdigheter

Det är inte självklart att barn med ADHD/DCD lär sig nya motoriska aktiviteter genom att bara titta på hur andra barn gör. Barnen behöver lära sig väl valda motoriska uppgifter och hela aktiviteter, som kombineras med strategier för motorisk inläring. Studier har visat att just denna typ av träning som benämns uppgiftsorienterad gör att barnet har störst möjlighet att lyckas med sina försök. Grunden för metoden är att hjärnan och kroppen organiserar sina resurser bäst då en motorisk uppgift utförs i sin helhet och i sitt rätta sammanhang. Utifrån ett konkret mål görs barnet delaktigt i att planera den motoriska handlingen för att sedan genomföra och utvärdera den. Den motoriska inläringssituationen kan även användas som hjälpmedel att förbättra andra aspekter av barnets utveckling såsom självkontroll, samarbetsförmåga och självtillit.

Farmakologisk behandling

För farmakologisk behandling, var god se bilaga 6 sid. 52.

Insatser riktade till familjen

Information

Resultatet av utredningen återförs till familjen. Delarna sammanfattas i en helhetsbe-

dömning inklusive en funktionsbeskrivning av barnet, vilket eventuellt leder till en diagnos. Den information föräldrarna får bör vara så allsidig, klar och entydig som möjligt. Barnets styrkor, resurser och svårigheter beskrivs, gärna med konkreta exempel. Man bör även diskutera bakomliggande orsaker till barnets svårigheter, dess utvecklingsmöjligheter och behandling. Eftersom erfarenheten har visat att det ofta är svårt att ta emot mycket information vid ett enstaka tillfälle och många frågor väcks bör föräldrarna och familjen få möjlighet till uppföljande samtal.

Råd till föräldrar

Var god se bilaga 7 sid. 59!

Stödkontakt

Det ska finnas beredskap hos behandlarna att ta hand om den kris som kan uppkomma efter att diagnos har meddelats föräldrar och barn. Även om stöd i gruppform är värdefullt, är det viktigt att ta hänsyn till de enskilda familjernas förutsättningar och behov i utformandet av stödet. Det är inte ovanligt att en eller båda föräldrarna själva har svårigheter av neuropsykologisk art, vilket kräver anpassning i bemötandet.

Föräldrautbildning i beteendearikade behandlingstekniker

Uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet och impulsivt beteende, vilket karaktäriserar barn med ADHD, leder ofta till negativ uppmärksamhet från omgivningen. Föräldrarna är ofta belastade till följd av barnets beteende och konflikterna i familjen, vilket kan leda till icke-funktionella uppfostringsstrategier och störningar i föräldra-/barnrelationen. Det är därför viktigt att föräldrarna stärks och tränas i att:

- identifiera och påverka de faktorer som utlöser och vidmakthåller barnets oönskade beteende
- belöna önskvärt beteende med t.ex. positiv uppmärksamhet
- reducera icke önskvärt beteende med hjälp av negativa konsekvenser.

Syftet med föräldraträningen är att åstadkomma en positiv relation mellan barnet och föräldrarna samt att reducera familjekonflikterna och den belastning som barnets beteende kan innebära för familjen. Föräldrarnas resurser och engagemang ska riktas mot beteendearikad behandling i barnets egen hemmiljö. Exempel på beteendearikade behandlingsprogram med fokus på föräldrarnas kompetens är COPE, KOMET och Strategi. Se bilaga 5 sid. 50!

Intresseförening

Riksförbundet Attention (www.attention-riks.se)

Attention är en intresseorganisation för personer med ADHD och andra kognitiva funktionsnedsättningar. Förbundet arbetar för att barn, ungdomar och vuxna med de aktuella funktionsnedsättningarna ska få det stöd och den hjälp som de behöver samt bli bemötta med respekt. Informationsmaterial, utbildningar, olika utvecklingsprojekt samt råd och tips tillhör förbundets utbud. Lokalföreningarna kan utgöra forum för erfarenhetsutbyte mellan personer med ADHD och deras närstående.

Insatser riktade till förskola och skola

Förskola eller skola informeras om utredning och ev. diagnos i samförstånd med familjen. En allmän information ges om diagnosen ADHD. En genomgång görs av barnets styrkor och tillkortakommanden och vilka stödåtgärder som kommer att behövas

för att barnet ska fungera i enlighet med sina resurser. Alla i nätverket runt barnet måste arbeta för ett gemensamt förhållningssätt och ett gott samarbete.

Barn med ADHD kan ha svårigheter med:

- ”vänta”- situationer
- förändringar
- valsituationer
- ostrukturerade lektioner
- att planera, genomföra och slutföra arbeten
- uthållighet
- krav- och stressituationer
- problemlösning
- motivation
- tidsplanering
- att minnas
- att läsa och stava.

Barn med ADHD mår ofta bra av en tydliggörande och konkret pedagogik och en klar återkommande struktur i sin vardag. De behöver mycket yttre stöd och visuella ledtrådar för att kompensera bristen på inifrånstyrning och förmågan att själv planera sitt handlande. De behöver, med hänsyn till deras ofta begränsade uthållighet, tydliga avgränsade arbetsuppgifter, korta arbetspass och möjlighet att få röra på sig. Instruktioner bör vara kortfattade och riktade direkt till barnet. Väsentligt är att öka barnets motivation och därför krävs tät, återkommande positiv feedback i form av uppmuntran och bekräftelse.

Förskolan och skolan behöver ha effektiva strategier för att anpassa undervisningen och bemöta barnets ibland svårhanterliga beteende.

Råd till pedagogen

- Sätt upp tydliga mål
- Anpassa arbeten och uppgifter till vad barnet klarar, även läxor
- Ta vara på och uppmuntra barnets intressen och starka sidor
- Skapa struktur i vardagen genom t.ex. dagsschema, arbetsschema, rastschema.
- Hjälp barnet att hålla ordning exempelvis genom att märka upp med färger, lägga i mappar.
- Tänk över placeringen i klassrummet
- Använd kort och konkret kommunikation. Tala om vad barnet ska göra, inte vad det inte ska göra. Använd inte frågor som påståenden.
- Ge barnet korta arbetspass med en tydlig början och slut
- Planera för problemsituationer. Identifiera situationer som är svåra och underlätta för barnet genom att förbereda det; ge visuella ledtrådar, påminn före. Var vaksam och ligg steget före.
- Uppmuntra och förstärk önskvärt beteende. Ignorera mindre förseelser om det är möjligt.
- Använd hjälpmedel vid behov, t.ex. tidshjälpmedel, talböcker, dator och Alfa-Smart.

Handledning

Barn med ADHD kräver många gånger mycket av den pedagogiska personalen varför de behöver kunskap och tillgång till handledning. Denna ska ges till alla som arbetar

nära barnet så att bemötandet blir så likartat som möjligt.

Åtgärdsprogram/individuell utvecklings- och studieplan

Om en elev i grundskolan behöver särskilda stödåtgärder ska rektor se till att ett åtgärdsprogram utarbetas. Vid utarbetandet av programmet bör samråd ske med eleven och elevens vårdnadshavare. Åtgärdsprogram är ett stöd för elever att själva delta i beslut om undervisningen samtidigt som dokumentet är ett pedagogiskt redskap för lärare. Ett bra åtgärdsprogram bör vara både kort- och långsiktigt, lyfta fram barnets/ elevens starka sidor samt ha tydliga och utvärderingsbara mål. Åtgärdsprogrammet bygger på en pedagogisk kartläggning av elevens hela situation utifrån organisations-, grupp- och individnivå.

Varje elev i grundskolan ska ha en individuell utvecklingsplan. Utvecklingsplanen ska vara framåtsyftande och utgöra ett aktivt verktyg i elevens lärandeprocess. Den ska utgå från elevens förmågor, intressen och starka sidor. Skolan ska sträva efter att varje elev utvecklar sitt eget sätt att lära. Åtgärdsprogram respektive individuell studieplan och individuell utvecklingsplan är således pedagogiska utvecklingsprogram för att elever ska kunna tillgodogöra sig undervisningen på det sätt som de har behov av och rätt till. Viktigt är att eleven står i centrum och inte betraktas som ett problem.

En individuell studieplan ska upprättas för varje elev i gymnasieskolan. I planen ska stå vilket program och vilka kurser eleven valt. Det ska också framgå om eleven följer ett fullständigt, utökat eller reducerat program.

Specialundervisning

Skolan erbjuder specialundervisning till barn som har svårt att nå målen. Många barn med ADHD har läs- och skrivsvårigheter och bör erbjudas specialundervisning. Då denna ofta bedrivs i liten grupp eller enskilt, fungerar den dessutom som stimuli-reduktion jämfört med klassundervisning och bidrar till att barnet bättre orkar genomföra hela skoldagen. Specialläraren kan också handleda övriga lärare så att pedagogiken anpassas till barnets behov.

Elevassistent/resursperson

En assistent kan i många fall innebära en stor hjälp för barn med ADHD. Det är viktigt att assistenten ses som en del av ett genomtänkt program för det enskilda barnet, där olika insatser riktas mot ett gemensamt mål. Stöd och handledning till assistenten bör vara en självklar del av den totala stödsatsen.

Struktur i vardagen

Barn med ADHD har svårt att få grepp om tillvaron och har därför behov av en tydlig struktur i vardagen. Många barn med ADHD far illa i en kaotisk och stressig miljö. För att inte förvärra barnets problem kan det vara extra viktigt att försöka skapa en lugn och avstressande miljö. Barnet mår oftast bäst i en miljö där ordning och reda råder, där saker har sina bestämda platser och där inte alltför många störande ljud- och synintryck splittrar och förvirrar barnet. Undvik för mycket aktiviteter och om möjligt jäkt. För barn med ADHD är det extra viktigt att dagen har en fast struktur med återkommande rutiner på bestämda tider. Förutsägbarheten skapar trygghet och gör att barnet lättare får grepp om sin tillvaro.

Eftersom barnen ofta har svårt att komma ihåg vad som gäller och se strukturer ”inne i

huvudet” är det ofta till stor hjälp att åskådliggöra vad som ska hända under veckan eller dagen i form av tydliga visuella scheman. Schemat sätts upp på lämplig plats där barnet ser det. Det kan gärna även följa med barnet under dagen.

Barn med ADHD har mycket svårt att ta till sig budskap som är mångtydiga, vaga eller långgrandiga. Ansträng dig därför att vara rak, enkel och entydig när du pratar med barnet, i synnerhet om du ger det en uppmaning. Förvissa dig om att barnet lyssnar och ge kortfattade uppmaningar steg för steg.

Många barn med ADHD är extremt stresskänsliga och mycket av deras beteende kan vara uttryck för just stress. Några exempel på situationer som kan framkalla stress är:

- en rörig miljö
- för höga krav
- tidsbrist
- tjat och starka reaktioner på barnets beteende
- för många intryck som barnet inte kan sortera
- plötsliga förändringar
- ostrukturerade situationer
- för mycket aktiviteter
- sitta stilla
- vänta.

På grund av sina svårigheter får barn med ADHD ofta problem med att leva upp till vardagslivets krav och omgivningens förväntningar när det gäller exempelvis:

- organisation och planering
- tidsuppfattning
- att uppfatta meddelanden och instruktioner
- att orientera sig och att hitta i nya miljöer
- att komma ihåg saker

Hjälpmedel

På Hjälpmedelsinstitutets hemsida kan man hitta skrifter och information om tekniska hjälpmedel till stöd för minne, orientering i tid och rum, organisering och planering. Se bilaga 8 sid. 63 samt www.hi.se.

Samhällets stöd

Bidrag och stödformer som söks via Försäkringskassan

- Vårdbidrag
- Assistansersättning
- Tillfällig föräldrapenning för barn upp till 12 år
- Tillfällig föräldrapenning för barn som fyllt 12 men inte 16 år
- Förlängt barnbidrag.

Information via www.forsakringskassan.se. Försäkringskassan ger också ut broschyrer och faktablad om de olika bidragen. För de flesta bidrag krävs läkarintyg som styrker funktionsnedsättningen och behovet av hjälp.

Barnomsorg - förskola/fritidshem

Barn som är i behov av särskilt stöd i sin utveckling har rätt till plats i förskola eller fritidshem enligt Skollagen kap 2a § 9. Verksamheten i förskola/fritidshem ska utgå från varje barns behov. Barn som har behov av särskilt stöd ska få det.

Socialtjänstlagen, SoL

Socialtjänstlagen reglerar socialtjänstens verksamhet i kommunen. Socialtjänstens övergripande mål är att främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Vissa delar i SoL riktar sig särskilt till personer som har en funktionsnedsättning.

Farmakologisk behandling

För barn med så omfattande ADHD-problem att de medför funktionsnedsättning i alla miljöer, dvs. att problemen påverkar barnets familjesituation, att förskole- eller skolsituationen inte fungerar trots stöd och pedagogiska tillrättalägganden och att barnet saknar fungerande kamrat- och fritidssituation bör medicinering övervägas. En grundförutsättning är naturligtvis att DSM-IV-kriterier för ADHD uppfylls. Hos yngre barn är det oftast rätt klart, men hos äldre tonåringar kan annan beteendeproblematik vara så dominerande att man bortser från svårigheter med koncentration etc. För barn och ungdomar som har allvarliga beteendeproblem kan en prövning av medicinering göras även om ADHD-diagnosen är mer osäker, eller bara en del av en mer omfattande problematik. Farmakologisk behandling ska alltid vara en del i ett mer omfattande behandlingsprogram enligt de riktlinjer som beskrivs på annan plats i detta vårdprogram. Medicin kan vara en god hjälp för vissa barn. Det är dock viktigt att påpeka att barnen även i fortsättningen måste ha hjälp i skolan. Att medicinering kan hjälpa barnet att fungera bättre får inte innebära att stödet i skolan minskar!

Ungefär 70% brukar ha en positiv effekt av medicinering. Den typ av medicin som det finns längst erfarenhet av är centralstimulantia (Concerta, Ritalin, Medikinet, Equasym, Amfetamin, Metamina). Att centralstimulantia kan minska hyperaktivitet upptäcktes redan 1937. Sedan några år finns det en annan typ av medicin, Strattera, som också fungerar bra. Farmakologisk behandling sätts alltid in som en prövning med noggrann utvärdering utan respektive med medicin. Tester/formulär (se nedan) används dels som stöd i diagnostiken, dels för uppföljning av behandling. Man bör eftersträva bedömning från hemmet, skolan och för äldre barn/ungdomar från dem själva. De test man använt innan medicin används vid uppföljningen för utvärdering av effekt.

Endast specialister i barnpsykiatri, barnneurologi, barnhabilitering och vuxenpsykiatri har automatiskt förskrivningsrätt för centralstimulantia. Andra kompetenta läkare kan dock ansöka om att få förskrivningsrätt. Medicinering av barn och ungdomar mot ADHD ska initieras av specialistkompetent läkare med god kunskap och erfarenhet av området. Rutinmässig uppföljning kan skötas av underläkare under handledning.

För information om läkemedelsbehandling av ADHD, se aktuell rekommendation från läkemedelsverket (1:2009) http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/ADHD-rek_webb.pdf. För praktisk handläggning se bilaga 6 sid. 52.

Biverkningar

Den vanligaste biverkan av metylfenidat är minskad aptit. Oftast blir barnet mer hungrigt fram mot kvällen när medicineffekten går ur kroppen och kan ofta "äta igen" lite då. Tics kan öka eller debutera vid medicinering med centralstimulantia. Framförallt om medicinen tas för sent kan barnet få svårt att somna. De vanligaste biverkningarna för Strattera är illamående och magbesvär, ibland trötthet. För att undvika det ska medicinen tas tillsammans med mat. För att kontrollera att barnet ändå får i sig tillräckligt med näring ska det gå till (skol)sköterska och mäta längd och vikt regelbundet. De första månaderna kan barnet stå stilla i vikt, men så länge det fortsätter att växa på längden är det tillfredsställande. Efterhand kommer, som regel, viktutvecklingen igång igen.

Observera att man ej får bli gravid när man står på medicin mot ADHD, dvs. flickor där det kan vara aktuellt måste informeras om vikten av att använda preventivmedel.

En del barn upplever obehag då effekten av centralstimulantia går ur kroppen och blir "uppvarvade" och agiterade. En del kan ha sådana obehagskänslor som biverkan hela tiden. Då kan ett byte från metylfenidat till dexamfetamin vara värt att pröva (oftast får man dock pröva Strattera först innan licens beviljas).

Sällsynta allvarliga biverkningar (som innebär att behandling måste avbrytas) är agitation, irritabilitet (Strattera), psykotiska symptom (centralstimulantia), ökade tankar på självmord (Strattera) samt leverpåverkan (Strattera).

Se vidare i bilaga 6 sid. 52!

Bilaga 1

Exempel på bedömning av barnets funktioner i olika miljöer

Aktivitet

Förmåga att sitta stilla och arbeta
Aktivitetsnivå på raster, idrott
Förmåga att vänta på sin tur
Skillnad i aktivitet för- och eftermiddag
ADL (aktiviteter i dagliga livet)

Beteende

Trots
Aggressivitet
Lyssnar inte
Drar sig undan

Emotionell utveckling

Självbild
Humör
Impulsivitet
Förmåga att klara motgångar
Förstå orsak - verkan
Medkänsla
Ilska och utagerande beteende
Irritabilitet

Exekutiva funktioner

Organisationsförmåga
Strategi och planering
Flexibilitet
Impulskontroll och frustrationshantering
Förmåga att skifta fokus

Fin- och grovmotorik

Handdominans
Penngrepp
Förmåga att forma siffror och bokstäver
Skrivhastighet
Hantera sax
Finmotorisk planering
Frigjord handled
Hantera kniv och gaffel
Knäppa - knyta - påklädning
Kroppsuppfattning
Balans
Koordination
Hållning, sittställning
Muskelspänning
Avvägning av kraft i rörelse
Cykla, simma

Impulskontroll

Förmågan till inhibering
Aktivitetsnivå/aktivitetsregler
Snabbhet/slarv
Emotionell stabilitet

Kognitiv förmåga

Bedömning av barnets allmänskognitiva förmåga satt i relation till barnets ålder

Kognitiv aktivitet

Koncentrationsförmåga
Uthållighet, uppmärksamhet, distraktibilitet
Impulskontroll
Nyfikenhet
Tids- och rumsorientering
Allmän kunskapsnivå
Kliniskt intryck av intellektuell nivå
Initiativförmåga och lekmönster (lekobservation av barnet)

Lek och samspel

Intensiv och styrande
Misstolkar andra
Svårt att fungera med jämnåriga

Läs- och skrivutveckling

Lästeknik
Skrivteknik
Ord- och läsförståelse
Bokstavs- och ljudkännedom
Stavning

Matematisk förmåga

Behärskat talområde
Behärskade räknesätt
Förståelse av matematiska begrepp, muntlig matematik
Tidsuppfattning, förmåga att tidsplanera
Antalsuppfattning

Minne

Kort- och långtidsminne
Arbetsminne
Strategier
Inläring

Missbruk

Tidig debut för rökning och alkohol

Motivation

För skolarbete/mentalt krävande

För fritidsaktivitet - lek

För hobby

Motorisk aktivitet

Aktivitetsreglering

Rastlöshet

Stereotypier

Motoriska/vokala tics

Motorik (inkl koordination) och

muskelspänning, tonus

Automatisering

Perception

Förmåga att uppfatta och urskilja ljud

Fysisk kontakt

Öga - hand

Förmåga att uppfatta helheter, detaljer

Urskilja bokstäver visuellt och auditivt

Hitta i fysisk miljö

Hyperkänslighet

Psykiska symptom

Traumasymptom

Tvångstankar och tvångshandlingar

Ritualer

Fobier

Depressiva symptom

Humörsvängningar

Ångestreaktioner

Ängslan och oro

Social utveckling

Mognad utifrån biologisk ålder

Förmåga till socialt samspel,

kommunikation, turtagning

Sätt att leka

Roll i gruppen

Social interaktion

Ögonkontakt

Kroppskontakt

Kontaktförmåga med föräldrarna,
undersökaren

Samarbetsförmåga

Undvikande eller distanslös i kontakten

Sömn- och matvanor

Svårt att komma till ro och finna rutiner

Mindre sömnbehov än för jämnåriga

Stort sockerintag

Annorlunda matintag

Tal- och språkutveckling

Artikulation

Talhastighet

Förmåga att berätta sammanhängande,
bygga meningar, ge meningsfulla svar

Ordförråd

Tidsuppfattning

Tidsplanering

Känsla för tid

Uppmärksamhet och koncentration

Koncentrationsförmåga, allmänt

Minne; korttids-, långtidsuthållighet

Förmåga att fullfölja arbeten

Förmåga att ta instruktioner, muntligt,
skriftligt, i grupp

Förmåga till självständigt arbete,

planering, organisering

Förmåga att klara distrahering

Verbal/ickeverbal kommunikation

Mimik och kroppsspråk

Tal, intonation, rytm, röstläge

Ordförråd och språkförståelse

Blickkaraktär (dvs. vaken, slö eller tom
blick)

Övriga skolfärdigheter

Resultat på skolprov

Förmåga att uppfylla mål för godkända
skolprestationer

Intresse, motivation

Bilaga 2

Screeninginstrument och testmaterial

ABAS-II (Adaptive Behavior Assessment System-II) I många typer av utredningar ställs krav på en bedömning av adaptiva färdigheter. Adaptiva färdigheter kan sägas vara den repertoar av begreppsmässiga, sociala och praktiska färdigheter som människor lär sig för att kunna fungera i vardagen. www.pearsonassessment.se

ACIS-S (The Assessment of Communication and Interaction Skills) har översatts till svenska och fått titeln: Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter. Instrumentet är ett observationsinstrument med en skattningsskala, utformad för att hjälpa arbetsterapeuten att samla information om individens färdigheter vid samspel med andra i någon form av aktivitet och/eller socialt samspel. Instrumentet är uppbyggt kring 3 olika domäner: fysisk kontakt, informationsutbyte, relationer

ADI-R (Autism Diagnostisk Intervju – Reviderad). En omfattande intervju som är inriktad på huvudkriterierna för tillstånd inom autismspektrum. Intervjun görs med föräldrar. Utbildning krävs. Dansk psykologisk förlag.

ADL-taxonomin (2001) av Kristina Törnquist och Ulla Sonn. ADL-taxonomin är ett instrument som kan användas för att beskriva en persons aktivitetsförmåga. Instrumentet är uppdaterat från tidigare utgåva och innehåller en utförlig beskrivning av taxonomin. Ännu en nyhet är att författarna utvecklat en barn- och synversion som kompletterar originalversionen. ADL-taxonomin används inom många olika områden till exempel inom äldreomsorg, försäkringskassa, barn- och ungdomshabilitering samt för personer med olika funktionshinder. I publikationen finns kopieringsbara ADL-formulär av original-, barn- och synversionen. ADL-taxonomin finns också att köpa som webb-lösning i en integrerad del av FSAdis, eller som en separat modul. För mer info om webblösningen eller FSAdis, kontakta ILAB på e-post: info@ilab.se, telefon: 0141-20 82 90.

AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills) är en innovativ observationsundersökning som mäter kvaliteten på en individs förmåga att utföra hushålls- (instrumentella) eller personliga aktiviteter i det dagliga livet (ADL). Kvaliteten på ADL-utförandet bedöms genom att värdera ansträngning, effektivitet, säkerhet och oberoende i 16 motoriska färdighetsmoment och 20 processfärdighetsmoment. ADL-motoriska och ADL-processfärdigheter liknar de målinriktade handlingar som finns definierade under domänerna aktivitet och delaktighet i ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2001), och är således de små enheter av utförande som tillsammans resulterar i att en uppgift utförs och slutförs i sin helhet. Mer specifikt, i den miljö där de för personen relevanta och självvalda ADL-uppgifterna utförs, observeras och graderas personens ADL-motoriska färdigheter och ADL-processfärdigheter. AMPS är ämnat för barn över utvecklingsnivå 3 år, ungdomar, vuxna och äldre där man undrar hur deras utförande fungerar oavsett diagnos. Trestjärnan AB - c/o Öhrlings PWC Västra Kyrkogatan 11 903 29 Umeå - E-post: info@amps-se.com

ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire), (Asperger Syndrome Screening Questionnaire) är ett screeninginstrument utvecklat av Ehlers S och Gillberg C. Det

innehåller 27 frågor om personens beteende i 7-16-årsåldern, och är tänkt att besvaras av föräldrar eller lärare.

BDA (Bedömning av Delaktighet i Aktivitet) är en översättning och bearbetning av intervjuinstrumentet Occupational Circumstance Assessment-Interview and Rating Scale, och har sitt ursprung i Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale (OCAIRS). Instrumentet har också bytt titel för att bättre återspegla modellens nuvarande innehåll och uppbyggnad men förkortningen är den samma på engelska. BDA är ett undersökningsinstrument som ger en bild av personens egen uppfattning om sin delaktighet och förmåga att klara de dagliga aktiviteterna. Det är ett semistrukturerat instrument, som omfattar insamling av data via intervju och bedömning samt en sammanfattande analys och kan vara ett viktigt beslutsstöd i det dagliga arbetet för arbetsterapeuter.

BDI-II (Beck Depression Inventory –II) används för bedömning av grad av depression samt förändringar i depressionstillstånd. Inventoriet innehåller 21 grupper av symptom och attityder vilka skattas på en fyrgradig skala från 0-3 i termer av svårighetsgrad. BDI-II utvärderar såväl fysiologiska som kognitiva symptom på depression. Resultatet tolkas i relation till framtagna gränsvärden.

Beck Ungdomsskalor används för bedömning av emotionell och social problematik hos barn och ungdomar. Varje skala består av 20 påståenden, vilka skattas på en fyrgradig skala. De olika skalorna är: Ångest, Depression, Ilska, Normbrytande beteende och Självbild.

BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function) är ett standardiserat frågeformulär för bedömning av exekutiva funktioner hos barn och ungdomar (5-18 år) och består av två formulär; ett föräldraformulär och ett lärarformulär, konstruerade för att bedöma exekutiva funktioner i hem- och skolmiljö. Dansk Psykologis Förlag.

BOTMP (Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency). Syftet med testet är att utreda orsak till aktivitetsproblem, undersöka om barns motorik är åldersadekvat samt att vara ett underlag vid planering av behandling. Testet är avsett för barn i åldrarna 4½ till 14½ år och används både av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Den finmotoriska delen består av bilateral koordination, övre extremiteternas koordination, reaktionshastighet, visuell-motorisk kontroll och övre extremiteternas snabbhet samt handdominans. Validiteten bedöms vara god och har undersökts genom att jämföra barn i olika åldrar och med olika funktionshinder. Reliabiliteten är god. BOTMP kan beställas på www.hogrefe.se

COPM (Canadian Occupational Performance Measure 2006) är ett individanpassat mätinstrument utformat i syfte att användas av arbetsterapeuter för att upptäcka förändringar i en patients uppfattning om sin förmåga vid utförande av olika aktiviteter över tid. är utformat för patienter med olika slag av aktivitetsbegränsningar och på alla utvecklingsnivåer.

CPT II (Continuous Performance Test II) Ver. 5.1 for Windows® är en datorbaserad uppmärksamhetstest som används brett i ADHD-forskning och kliniska bedömningar för åldrar 6 år eller äldre. Svarsmönster ger information om ouppmärksamhet och impulsivitet, eller kan indikera problem med aktiveringen eller vigilance. Split-half

reliabilitet varierar mellan $r=.66$ och $r=.95$ för de sju olika måtten. Testets reliabilitet varierar från tillfredställande till god för de flesta måtten (.43 - .84). När det gäller validitet kan CPT-II poäng skilja signifikant mellan normalpopulationen och kliniska grupper (Conners 2000).

CTRS (Conners Teacher's Rating Scale) är ett skattningsformulär för behandlare och skola.

DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder) är en semistrukturerad intervju med 500 frågor som ställs till anhöriga och ger en bred bild över en persons eventuella avvikelser i utveckling och beteende från födseln till vuxen ålder. Den reviderade versionen finns nu i ny svensk översättning. Kurser ges bl.a. genom www.unifobhelse.no

DLS. Detta diagnostiska material är avsett att användas i screeningsyfte. Det är enkelt att administrera och utvärdera samt ger reliabel och valid information om gruppens och enskilda elevers färdigheter i läsning och skrivning. Hogrefe Psykologiförlaget AB, www.hogrefe.se.

D-KEFS (Delic Kaplan Executive Function System) är en uppsättning test avsedda att mäta exekutivt fungerande hos barn och vuxna. Några exempel är Trail Making Test som mäter kognitiv flexibilitet, Ordspråk som avser att mäta förmågan att tänka metaforiskt och abstrakt och Tornet som mäter förmågan till planering och problemlösning. Frågeställning och utvecklingsnivå får avgöra vilket eller vilka deltest som används.

Gramba är ett andardiserat grammatiktest för åldrarna 3-6 år. Gramba tolkar alla förekommande grammatiska konstruktioner som har betydelse för ett barns grammatiska utveckling. www.pedagogiskdesign.se

HABBAH bedömning av handfunktionen avseende motorik, känsel och syn.

Hellqvist Fonemtest, se Svante-fonemtest

ITPA (Illinois Test of Psycholinguistic Abilities). *Syfte:* Diagnostiskt test för beskrivning av intraindividuell variationer i kommunikationsförmåga *Ålder:* 4:6–12:11 år *Administration:* Individuell *Behörighet:* Behörighet C och D (D = leg. logoped), speciallärare, specialpedagog och talpedagog med kurs. ITPA kartlägger barnets starka och svaga sidor så att inlärningen kan gå via de starka sidorna samtidigt som de svaga tränas upp. Testet används bl.a. i utredningar med syfte att hjälpa barn med talsvårigheter, inlärningssvårigheter och språksvårigheter. Det bör kombineras med andra test, t.ex. NEPSY och Leiter-R för att åstadkomma en så fullständig bild som möjligt av ett barns sensomotoriska, språkliga, perceptuella och kognitiva fungerande. Delprov: Auditiv reception, Visuell reception, Auditiv helhet, Visuell analogi, Auditivt sekvensminne, Visuellt sekvensminne, Sammanljudning, Auditiv analogi, Motorisk uttrycksförmåga, Ordflöde, Vokal uttrycksförmåga, Grammatisk helhet, Visuell helhet. Redovisning: Stanine, Psykolingvistisk ålder (PLÅ), Samlad PLÅ och Psykolingvistisk kvot (PLK).

Jag tycker jag är, självskattningsskala som finns i 2 versioner för barn och ungdomar i åldern 10 till 16 år.

KaTid är ett material för kartläggning av tidsuppfattning hos barn. I materialet ingår utöver KaTid också en självskattning av autonomi samt ett föräldraformulär för att skatta tidshantering i vardagen. Materialet kan användas för att identifiera barnets nivå av tidsuppfattning och tidshantering i vardagliga situationer. Tillsammans med annan information kan det utgöra en grund för behandlingsplanering. Ett motsvarande material för åldersgruppen 10-12 år är under utveckling (Gunnel Janeslätt och Iréne Alderman).

Leiter, Leiter International Performance Scale – Revised, är ett helt ickeverbalt begåvningsstest för åldrarna 2-21 år. Skalan innehåller totalt 20 deltest fördelade på två batterier: Visuellt-Logiskt och Uppmärksamhet-Minne.

MAP (Miller Assessment For Preschoolers) är ett bedömningsinstrument för screening av utvecklingsförsenade barn i ett tidigt skede. Målgrupp: barn 2,9 - 5,8 år. MAP är ett test som ger en övergripande bedömning av barnets funktionsnivå/-svårigheter. Behöver kompletteras med Movement ABC eller BOT-2.

Merrill-Palmer Scales of Development - Revised, utvecklingsbedömning för åldrarna 1 månad till 6:5 år. www.hogrefe.se

Min mening. Min Mening är utformat för att ge klienter möjligheter att uttrycka sin egen uppfattning om sin aktivitetsförmåga och miljöns inflytande på de dagliga aktiviteterna. Min Mening har därför utformats som en klientcentrerad bedömning. Min Mening är ett självskattningsformulär i två delar.

MOHOST är ett instrument som har sin grund i Model of Human Occupation (MoHO). Syftet är att ge en mångsidig beskrivning över deltagande i aktiviteter. Den består av 24 items, fyra för var och en av följande 6 områden: Vilja (motivation till aktivitet), Vana (mönster i aktiviteter), Kommunikations- och interaktionsfärdigheter, Förmåga att bearbeta (processfärdigheter), Motoriska färdigheter och Miljö.

Movement ABC (Movement Assessment Battery for Children) är ett rörelsetest för barn. Instrumentet är konstruerat för att identifiera och mäta motoriska svårigheter hos barn 4-12 år. Movement ABC består av två delar. Med hjälp av en lättadministrerad checklista där barnets motoriska förmåga skattas i olika avseenden, kan lärare få hjälp att identifiera elever i behov av stöd eller ytterligare bedömning. Genom testdelen kan sedan barnets starka och svaga sidor i motoriskt avseende mer noggrant kartläggas. Testet är uppdelat i fyra åldersintervall; 4-6 år, 7-8 år, 9-10 år samt 11-12 år. Testuppgifterna bedöms under tre huvudrubriker, handfunktion, bollfärdigheter samt statisk och dynamisk balans. Utförandet bedöms såväl kvantitativt som kvalitativt.

NEPSY är en barnneuropsykologisk undersökningsmetod som har sin förankring i Lurias teori och metod samtidigt som det är psykometriskt bearbetat. Föreliggande svenska version omfattar ett utökat åldersintervall, vilket innebär en unik möjlighet till neuropsykologisk bedömning, åtgärdsplanering och uppföljning av barn i åldrarna 3:0-12:11 år. www.hogrefe.se.

Nordiskt formulär för utredning av barns utveckling och beteende, 5-15 (Kadesjö m.fl.). Formuläret avser att belysa föräldrars uppfattning om sitt barns styrkor och svårigheter inom en rad utvecklingsområden. Scoringprogram finns. <http://www.socialstyrelsen.se/evindensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/barnochfa>

[milj/5-15](#)

Nya Nelli är ett instrument för neurolingvistisk bedömning.

OCAIRS-S. Var god se BDA.

OLAF står för OrdLäsning Avkodning och Förståelse och är ett test standardiserat för årskurs 1-3.

Ordracet är ett bedömningsmaterial för att mäta snabb automatisk benämningsförmåga. Det är utarbetat för att användas som komplement vid utredningar kring dyslexi. Ordracet bör aldrig användas som enda bedömningsinstrument utan som en kompletterande del i ett större testbatteri.

PDMS-2 (Peabody Developmental Motor Scales) är ett test som bedömer den motoriska utvecklingen. Det mäter motoriska förmågor, som är relaterade till varandra och som utvecklas i tidig ålder. Målgrupp: barn 0-6 år till 11 mån. Användbart vid bedömningen av barn under 4 år, då det inte finns så många motoriska test för denna åldersgrupp.

PEDI (Pediatrisk Evaluation Disability and Inventory) avser att bedöma ADL-självständighet. PEDI är ett standardiserat kartläggningsinstrument med syfte att erhålla en bild av barnets funktionella färdigheter, grad av hjälpbehov vid olika aktiviteter, samt för aktivitetens genomförande nödvändiga hjälpmedel och anpassningar av miljön. Kartläggningen kan ligga till grund för teamets gemensamma planering, prioritering, målsättning, dokumentation och utvärdering av insatser. PEDI är ett icke sjukdomsspecifikt mätinstrument avsett att användas för barn i åldrarna 6 månader till 7½ år, men det kan även tillämpas för äldre barn vars funktionella förmåga inte överstiger vad ett barn på 7½ år utan funktionsnedsättning klarar av. PEDI är en strukturerad intervju med barnets föräldrar eller en bedömning utförd av en eller flera vårdgivare som känner barnet väl. Kartläggningen innefattar tre delar; Del I Funktionella färdigheter, Del II Hjälpbehov och Del III Kategorier för anpassningar. Varje del omfattar tre domäner; Personlig vård, Rörelseförmåga och Social förmåga, vilka består av olika funktionsområden. För mer information se www.hogrefe.se .

PEGS (The Percieved Efficacy and Goal Setting System) är ett självskattnings- och målsättningsinstrument för barn mellan fem och nio år, som utvecklats i Canada. PEGS ger barnet möjlighet att själva skatta sin förmåga kring utförandet av dagliga aktiviteter samt att använda sina skattningar för att prioritera och sätta mål för behandling.

PRPP (The Perceive, Recall, Plan and Perform System) är ett arbetsterapeutiskt bedömningsinstrument i två delar där både aktivitetsutförandet och kognitiva underliggande faktorer observeras och bedöms. I del ett genomförs en uppgiftsanalys för att identifiera hinder i utförandet av vardagliga aktiviteter. Del två, analysen av de kognitiva orsakerna, görs vid samma observationstillfälle. PRPP grundas på den australiensiska modellen om aktivitetsutförande, The Occupational Performance Model (Australia), OPM (A). Instrumentet och manualen är delvis översatt till svenska av Gunilla Bergerson. Instrumentet kan användas på både barn och vuxna, oavsett diagnos, kön eller kulturell bakgrund så länge problem i det vardagliga aktivitetsutförandet tros orsakas av kognitiva svårigheter. Instrumentet är inte miljö- eller aktivitetsbundet utan kan användas i den miljö och i de aktiviteter som bedöms som viktiga av individen själv

eller andra. Databasinsamling med PRPP ska ge arbetsterapeuten vägledning i fortsatt åtgärdsplanering både för att förbättra kognitiva förmågor eller att utveckla kompenserande strategier för ökad självständighet i vardagliga aktiviteter. För att kunna använda instrumentet krävs utbildning i PRPP.

QB-test Datoriserat uppmärksamhetstest.

Ravens Matriser är en serie icke-verbala begåvningsstest avsedda för bedömning av generell begåvning. Ravens matriser mäter förmågan att utifrån vad som redan är känt, logiskt härleda nya relationer och mönster. www.pearsonassessment.se

RCTF (Rey Complex Figure Test) är ett test för bedömning av visuospatial konstruktionsförmåga och visuospatialt minne i åldern 6-89 år. Rey Complex Figure Test and Recognition Trial används främst för bedömning av visuospatial konstruktionsförmåga och visuospatialt minne samt för att skilja mellan olika typer av störningar som kan påverka det visuospatiala minnet.

Reynell Developmental Language Scales III. Testet innehåller två skalor (Verbal förståelse och Expressivt språk) med möjlighet till kvantitativ och kvalitativ utvärdering. Testet är avsett för åldrarna 1:3-7:0 år. www.hogrefe.se

Ringstedts Modellmeningar används för att bedöma barnets expressiva grammatiska förmåga.

SIT (Språkligt Impressivt Test). SIT är ett grammatiskt test för att bedöma barns förmåga att förstå det svenska språket. Utformat för barn i åldern 3-7 år. Pedagogisk Design.

SkolAMPS (Assessment of Motor and Process Skills: bedömning av motorik och Processfärdigheter i utförandet av skoluppgifter). Observation sker i normal klassrumsmiljö. SkolAMPS erbjuder ett nytt sätt att tänka kring hur en elev gör det han eller hon vill och behöver göra av skoluppgifter i normal skolmiljö. För mer information om skolAMPS gå till www.schoolamps.com

Specialpedagogisk diagnos, Eve Mandre. Ett observationsschema som kartlägger inlärningssvårigheter som behöver pedagogiska åtgärder.

STORM (Stockholms Oralmotoriska Bedömningsprotokoll) används för bedömning av munmotorik hos barn och vuxna.

Svante fonemtest , som ersätter Hellqvist Fonemtest, testar alla svenskans fonem i initial, medial och final ställning i ord och s-förbindelser. www.pedagogiskdesign.se

TRAS (Tidig Registrering Av Språkutveckling) är ett observationsmaterial vid iakttagelse av språkutvecklingen i åldrarna 2-5 år. Specialpedagogiskt förlag Danmark

TROG (Test for Reception of Grammar) är ett impressivt test för barn i förskola och skola. Specialpedagogiska Institutet

TVPS-R (Test of Visual Perceptual Skills). Ett visuellt test utan motoriska inslag för

åldrarna 4-13 år och 12-19 år.

Wechslerkalorna används för bedömning av allmän kognitiv förmåga, verbal funktion och perceptuell funktion. www.pearsonassessment.se

WAIS-III (Wechsler Adult Intelligence Scale - third edition) är den senaste reviderade versionen (2003) och omfattar 14 deltest. Ålderintervall 16-89 år.

WAIS-III NI är en svensk neuropsykologisk utvidgning (2004) av WAIS-III, avsedd att användas i ett mer processinriktat utredningsarbete.

WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children - fourth edition) är den fjärde reviderade versionen (2007) av denna Wechslerkala avsedd för bedömning av barns och ungdomars kognitiva förmåga. Strukturen i WISC-IV har förnyats för att bättre avspegla aktuell teori och praktik inom begåvningsområdet. Nya deltest har lagts till bl.a. för att ge ett starkare mått på "fluid reasoning", dvs. förmågan att handskas med abstraktioner, regler, generaliseringar och logiska relationer. Några deltest har utgått, exempelvis Figursammansättning och Labyrinter. Ett mer renodlat mått på arbetsminnets kapacitet är också en nyhet. Vidare har testuppgifter och testmaterial modifierats i syfte att göra materialet så engagerande och användarvänligt som möjligt. Skalans åldersomfång är utökat uppåt till 16:11.

WPPSI-III (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - third edition) är den tredje och reviderade (2005) versionen av detta välkända test för bedömning av små barns kognitiva förmåga. Strukturen i WPPSI-III har förnyats för att bättre avspegla aktuell teori och praktik beträffande den tidiga utvecklingen. Nya deltest har lagts till bl.a. för att ge ett starkare mått på "fluid reasoning", dvs. förmågan att handskas med abstraktioner, regler, generaliseringar och logiska relationer. Vidare har testuppgifter och testmaterial modifierats i syfte både att hålla innehållet aktuellt för nutida barn samt göra materialet så engagerande och barnvänligt som möjligt. Skalans åldersomfång är utökat nedåt och en uppdelning har gjorts i två åldersgrupper med såväl olika, som olika många, deltest för respektive åldersgrupp. Ålderintervallen är 2 år 6 mån – 3 år 11 mån och 4 år – 7 år 3 månader.

Bilaga 3

Anamnes

Allmänna regleringssvårigheter

- aktivitetsnivå, koncentration och impuls kontroll, humör, reglering av känslolägen, kontaktförmåga, tidsbegrepp, minnesfunktioner, sammanhang, humor, kreativitet
- ofrivilliga rörelser, tics

Beteenden och intressen

- reaktion på krav
- rutinbundenhet
- fixeringar
- låsningar
- tvångsmässighet

Dygnsrytm

- ev. avvikelse sovmönster
- uppvaknanden, insomningssvårigheter

Förlossning och nyföddhetsperiod

- föräldrarnas uppfattning av förlopp och barnets tillstånd (speciella symptom som svårigheter att hålla värmen eller att börja suga, slöhet, skrikighet)
- kopia av förlossningsjournalen - ur denna notera:
- födelsevikt, -längd, -huvudomfång
- apgarpoäng, tecken på asfyxi, hypoglykemi, respiratorvård
- krampanfall, meningit mm

Graviditet

- tidigare graviditeter (t.ex. aborter, ev. dödfödda barn)
- typ av graviditet (t.ex. provrörsbefruktning)
- sjukdomar, hög feber, medicinering, speciella händelser (stress med t.ex. hormonella förändringar under speciell tidpunkt under graviditeten), blödningar, alkohol, droger, rökning, miljögifter

Kommunikation och socialt samspel

- turtagning
- sociala koder
- kamratrelationer

Motorik inkl koordination

- psykomotorisk utveckling
- aktivitetsnivå
- avvikande rörelsemönster
- balans
- koordination

- tonus
- automatisering
- förmåga att kasta och fånga boll
- förmåga att klättra, springa, hoppa, cykla, simma
- höjdrädsla
- inställning till lagidrott
- självkänsla i samband med motoriska aktiviteter

Perception

- vestibulär
- taktil
- kinestetisk
- visuell
- auditiv

Psykiska symptom

- bristande affektkontroll
- okontrollerad aggressivitet
- trots
- låg självkänsla
- depressivitet, ångest, uttalad ängslighet
- suicidtankar, självskadande beteende
- tecken på posttraumatisk stress, stressreaktioner
- normbrytande beteende

Social situation - utöver information som tidigare kommit fram

- familjesituation/familjens struktur, boende, nätverk, ekonomi, familjestress, ev. missbruk
- föräldrarnas utbildning och arbete
- migrationsbakgrund

Tal och språkutveckling

- förmågan att använda språket på ett åldersadekvat sätt

Tidigare och nuvarande sjukdomar - notera speciellt

- skador
- epilepsi, feberkramper, andra anfall, svimningar
- encefalit/meningit
- infektioner med extremt hög feber
- täta infektioner någon period
- mag-/tarmsymptom
- syn och hörsel

Tillväxt, kroppslig utveckling, nutrition

- journalkopior från BVC och skolhälsovård
- matvanor, t.ex. selektivt ätande, ensidiga kostvanor
- ätstörning

Trauma

- stor psykisk påfrestning exempelvis olyckshändelse, misshandel, sjukdom, bortgång, föräldrars skilsmässa

Uppfödningproblem

- sugförmåga
- avvärjande beteende vid amning
- problem vid övergång till vanlig kost

Utveckling under spädbarnstiden

- utveckling under spädbarnsperioden av förmåga att äta, hitta sömn/vakenhetsmönster, låta sig tröstas mm.
- någon period med förlust av färdigheter

Ärftlighet

- utvecklingsavvikelser (inkl. språkavvikelser, inlärningsproblem, ADHD, tics, socialt samspel)
- epilepsi, andra neurologiska sjukdomar/funktionshinder/syndrom
- psykiatriska sjukdomar, (t.ex. bipolär sjukdom, ätstörning)
- missbruk
- sköldkörtelsjukdomar, reumatiska sjukdomar, andra immunologiska sjukdomar
- hudmanifestationer (med tanke på ev. tuberös scleros, neurofibromatos)
- andra svåra sjukdomar
- släktskap mellan föräldrarna

Bilaga 4

Medicinsk utredning

1. Medicinsk bedömning

- Noggrann anamnes
- Somatiskt inkl neurologiskt status
- Synundersökning
- Hörselundersökning
- EEG vid misstanke på anfallsmanifestationer
- Ev. övrig utredning om specifik misstanke finns
- Information till barn och föräldrar
- Intyg för vårdbidrag vid behov
- Indikation för medicinering vid uttalad hyperaktivitet
- Läkarkontroller vid behov.

Vid den medicinska bedömningen ska läkaren väga in barnets anamnes, neuropsykiatriska status, allmäntillstånd, neuromotoriska bedömning och resultat från depressionsskattning för att komma fram till en preliminär diagnos.

2. Neuropsykiatriskt status

Undersöks med avseende på: Ögonkontakt, kroppskontakt, aktivitetsgrad, koncentrationsförmåga, distraktibilitet, impulskontroll, prosodi, språklig förmåga, tics, stereotypier, grov uppskattning av motorisk förmåga, syn, hörsel och begåvning. Samarbetar barnet i undersökningen? Vad händer om man tar en paus, blir barnet hyperaktivt eller kan det vänta?

3. Bedömning av allmäntillståndet

Vikt och längd tas, hudkostymen granskas (med tankar på café au lait fläckar mm), stigmata noteras enligt Minor Physicals Abnormalities, MPA (0-2 poäng är normalt. Barn med DAMP brukar ha mellan 2-4 poäng).

4. Neuromotorisk undersökning

Vid den neuromotoriska undersökningen ingår en bedömning av barnets grovmotorik, finmotorik och balans. Om resultaten är svårvärderade eller om barnet har stora motoriska problem skickas remiss till sjukgymnast. Grov skattning av visuell, taktil och kinestetisk perceptionsförmåga liksom av barnets planeringsförmåga görs. Mer ingående testning utförs av psykologen. Hänthet, rutinreflexer och ögonrörelser undersöks. Viktigt vid undersökningen är observation av barnets beteende (t.ex. svårt att misslyckas, tycker sig klara allt bra fast det egentligen har mycket svårt för uppgifterna, låg självkänsla) dess förmåga att samarbeta och ta instruktioner.

NEUROMOTORISK UNDERSÖKNING

Per Gustafsson 1996 efter Rasmussen-Gillberg

Undersökarens namn	Datum
Elevens namn	Personnummer
Skola	Klass

PAPPER-PENNA UPPGIFTER (se resultat)

Skriv namnet - Skriv siffror - Bishop's test (över 7 år ej mer än 5 fel med "fel" hand) -
Figurkopiering - Rita en människa.

SITTANDE	0	1	2
Fingerlyftning från bordsskivan, blundande, enkelt, korsat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingeropposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingersekvens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penna mot penna (din egen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stereognosis (skriv i handflatan, 5,3,4,6,1)	Antal fel:		
Mimik (vissla, visa tänderna, blunda, tungrörelser, svalgreflex, munhåla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ögonens ställning (strabism)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryckiga ögonrörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpreferens (normalt etablerad 5/5 vid 5 års ålder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentera 5 olika alternativ: dricka ur glas, kamma sig, kasta liten boll, skriva med penna, äta med sked.	Ange antal gånger höger/vänster: /		

STÅENDE	0	1	2
Finger-näs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsa medellinjen hand-öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diadochokinesi (en hand i taget). Medrörelser? (Antal/10 sek, 7 år 15 st, 9 år >20 st, "fel" hand 2-3 färre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Höger	Vänster	
Huksittande uppsittning 5 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precht (20 sek) Spooning Tremor Choreiforma rörelser Atetoida rörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grasset (20 sek) Sidoskillnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsa medellinjen hand-häl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stå på ett ben 20 sek (6 år kan det)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GÅENDE	0	1	2
På tå, häl utsida (= Fog's test, 7 år OK) Medrörelser? Sidoskillnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOPPA	0	1	2
Hoppa >20 hopp på ett ben (6 år kan det)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svikthopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skip (höger-vänster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slalom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indianhopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allmän motorisk klumpighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Neuromotorisk undersökning enligt Rasmussen-Gillberg och Landgren (1999)

Utförande på varje delmoment graderas mellan 0 och 2 där 2 bedöms som "marked abnormality" (ma). Vi har valt att kalla 0 poäng på ett delmoment för godkänt (ua) och 1 poäng för "in between". Totalt möjligt resultat 0-18. Följande delmoment ingår (+ några till enligt ovan):

Hand- och fingermotorik: Skriva namnet, skriva siffror. Bedöm hur pass smidigt och följsamt barnet genomför uppgifterna. Titta på penngrepp. Undersök automatiseringsförmåga.

Bishop's test: Barnet får ett A4-papper med två tryckta kvadrater på. Barnet ombeds att följa de båda kvadraterna samtidigt mellan de parallella linjerna med hjälp av en blyertspenna i var hand, och försöka att inte komma åt kanterna ("köra i diket"). Barnet får lov att starta där det passar honom eller henne bäst och följa kvadraterna i vilken riktning som helst (test som undersöker planeringsförmåga, visuell perceptionsförmåga och finmotorik). Innan testet utförs ombeds barnet att inte skynda sig, utan att ta det så försiktigt som möjligt och inte lyfta blyertspennan från pappret. Utförandet bedöms genom att räkna det antal gånger barnet har ritat på fel sida om de parallella linjerna. Fler än 7 fel bedöms som "marked abnormality", medan 5-7 fel är "in between" och under 5 fel godkänt.

Figurkopiering: Testet består av 8 geometriska figurer tryckta på två A4-blad, med fyra figurer på varje blad. Barnet ombeds att kopiera figurerna en och en i en ruta bredvid respektive figur. Figurerna ritas med blyertspenna och barnet tillåts inte att använda radergummi. Om en eller flera av figurerna är utan likhet med originalet klassas det som "marked abnormality", medan det barn vars alla figurer visar likhet blir godkänt. Tveksamma fall klassas som "in between". OBS att för vänsterhänta bör man vända papperet med figurerna upp-och-ned, annars blir uppgiften mycket lättare.

Klippa ut cirkel: Barnet ombeds att klippa ut en tryckt cirkel med diametern 10 cm från ett A4-papper med hjälp av papperssax. Den utklippta cirkeln värderas utifrån storlek och form jämfört med originalet, samt hur lång tid det tar barnet att utföra uppgiften. Då den utklippta cirkeln är $\geq 20\%$ för stor eller för liten eller då det tagit barnet mer än 120 sekunder att klippa ut den räknas det som "marked abnormality". En felfri cirkel utklippt snabbt är godkänd medan de mer tveksamma som tagit längre tid klassas som "in between".

Fingerlyftning: Testledaren lägger handen platt på ett bord och visar barnet hur man lyfter ett finger i taget och dunkar mot bordet.

Fingeropposition: Testledaren håller båda armarna i luften med händerna uppåt och visar barnet hur man för ett finger i taget mot tummen och dunkar mot den.

Både fingerlyftning och fingeropposition förstärks genom att visa hur man kan göra rörelserna med fingrarna efter varandra. Automatiseringsproblem innebär att barnet inte kan utföra rörelserna smidigt utan att det blir "hack" och rytmrubbningar.

Bedömning av taktil perception: Stereognosi, sifferskrivning i handflatan samtidigt som barnet blundar. Skriv fem siffror i varje hand (hör först om barnet kan siffrorna).

Bedömning av kinestetisk perception: Härmtest, imitation av rörelser. Mimik (blunda, rynka pannan, slicka sig i mungiporna, rynka på näsan, räcka ut tungan).

Ögonrörelser och skelning (sackader kan ses hos barn med koncentrationssvårigheter).

Handpreferens (normalt etablerad 5/5 vid 5 års ålder). Lateralitetstest, göra fem saker och se vilken hand barnet använder (hänthet, ambidexter). Tex kasta och fånga en boll med en hand (barn brukar kunna detta med båda händerna vid 5 år), bjud ett glas med vatten, se vilken hand barnet tar pennan, etc.

Diadochokinesi: Snabb växelvis rörelsesekvens med pro-/supination (inåt-utåtvridding av underarmen och handen). Utföres med 90 graders böjning i armbågsleden och armbågen fixerad intill kroppen. En 7-åring bör ej få medrörelser i den andra armen eller ansiktet när rörelsen utföres med den dominanta armen och armbågen ska inte göra större utslag än 5 cm (Duvner, 1998). Samma rörelse med den andra armen blir långsammare, kantigare och med större rörelseutslag av armbågen samt ger lätta symmetriska medrörelser i andra handen och kanske även i ansiktet. Då barnet klarar mindre än 10 växelvisa rörelser på 10 sekunder räknas det som ”marked abnormality”, och likaså om barnet har uttalade medrörelser i armen. Ett barn som klarar att snabbt växla rörelse med minimal medrörelse i armen blir godkänt. Tveksamma fall räknas som ”in between”.

Prechtl's test (barn över 10 år): håll armarna utsträckta framåt i 10 sekunder, *Grassét:* armarna uppåt i stället (se efter atheoida eller choreiforma rörelser).

Stå på ett ben 20 sek: Barnet ombeds att försöka hålla balansen på ett ben under minst 20 sekunder. Därefter får barnet försöka göra samma sak med det andra benet. Utförandet värderas avseende isättning av andra foten, hopp åt sidorna för att försöka bibehålla balansen, samt hur lång tid barnet klarar att stå på ett ben (om en sexåring klarar detta så har barnet inga balansproblem och mycket lite koncentrationsproblem). Kan försvåras genom att hålla händerna i midjan och vinkla det upphållna benet mot det ben barnet står på. Ett resultat på under 10 sekunder klassas som ”marked abnormality”, medan 10-19 sekunders resultat är ”in between” och över 20 sekunder är godkänt.

Gå på häl: Barnet ombeds gå på häl fram och tillbaka i rummet. Om ett barn bara klarar att höja tårna några sekunder klassas det som ”marked abnormality”.

Fog's test: Gång på laterala sidan (utsidan) av foten. ”Takåsgång”. En 7-åring får ha lätta symmetriska medrörelser i armarna och händerna. Armbågsböjning > 60% och abduktion av armarna (dvs att barnet omedvetet gör samma rörelse i armarna som i benen) klassas som ”marked abnormality” (med detta test finns viss risk för att undersökaren bedömer resultatet alltför patologiskt, bör därför vägas samman med andra resultat).

Sedvanliga rutinreflexer (normala, stegrade eller bortfall).

Referenser

Bishop DVM. Handedness, clumsiness and cognitive ability. *Developmental medicine and child neurology* 1980; 22:569-579

Duvner T. Barnneuropsykiatri. Första upplagan. Falköping: Liber, 1998.

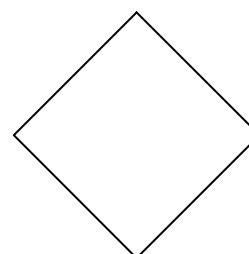
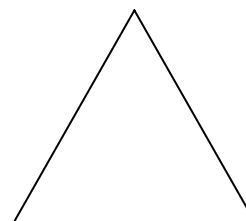
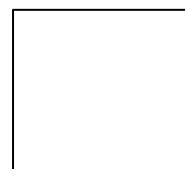
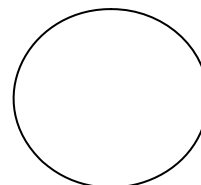
Gillberg C. Clinical child neuropsychiatry. Cambridge Univ Press, 1995.
Landgren M. Deficits in attention, motor control and perception - DAMP:
epidemiologic, etiologic, diagnostic and learning aspects. Doktorsavhandling, Avd för
barn- och ungdomspsykiatri, Göteborgs universitet, 1999.

NEUROMOTORISK UNDERSÖKNING
Figurimitation 1

Barnets namn och födelsedata

Ålder: år mån

Kön: F P



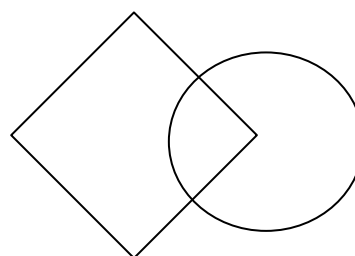
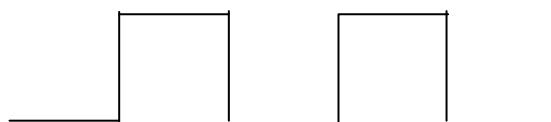
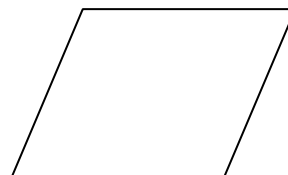
Undersökningsdatum:

NEUROMOTORISK UNDERSÖKNING
Figurimitation 2

Barnets namn och födelsedata

Ålder: **år** **mån**

Kön: F P



Undersökningsdatum:

NEUROMOTORISK UNDERSÖKNING
Figurimitation 3
RECORD STARTING POINT AND DIRECTION
BISHOPS TEST

Name

Date

L/R/Both

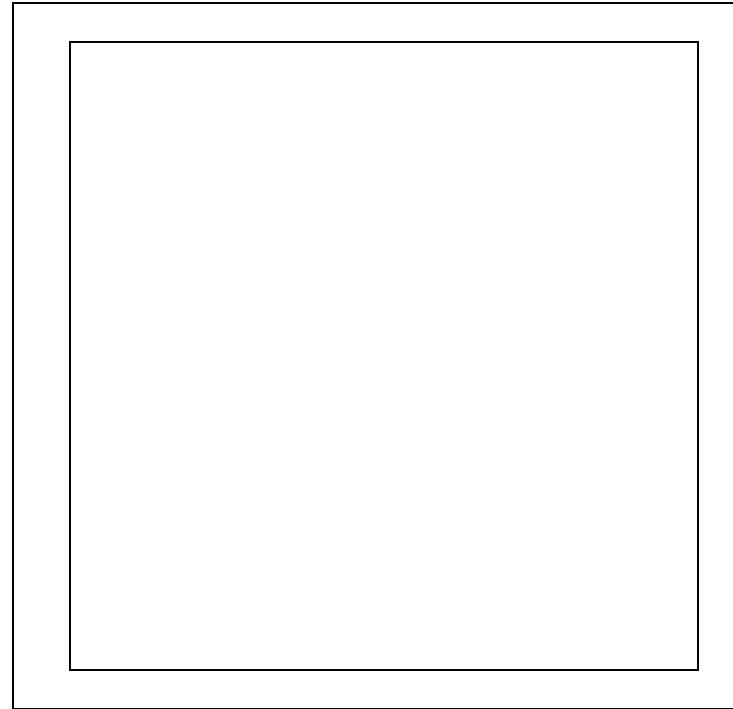
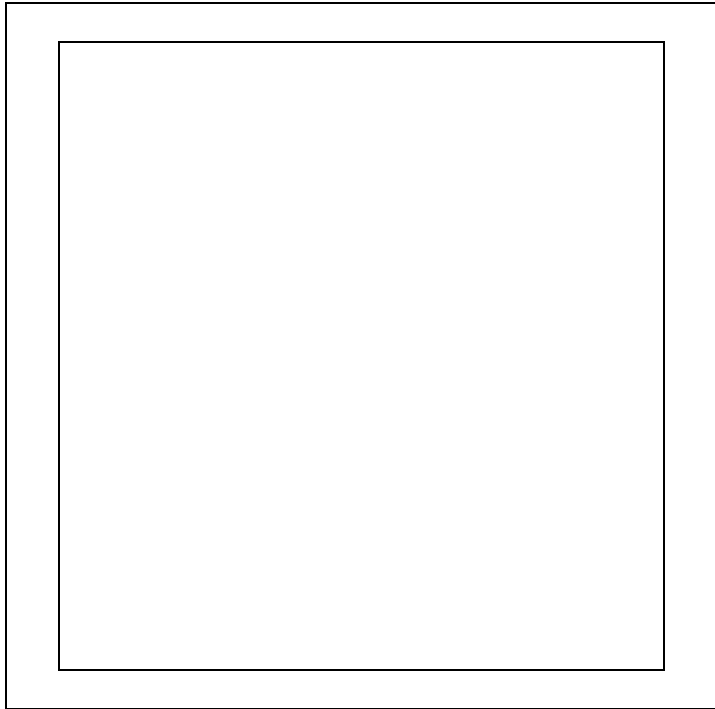
L/R/Both

T =

T =

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

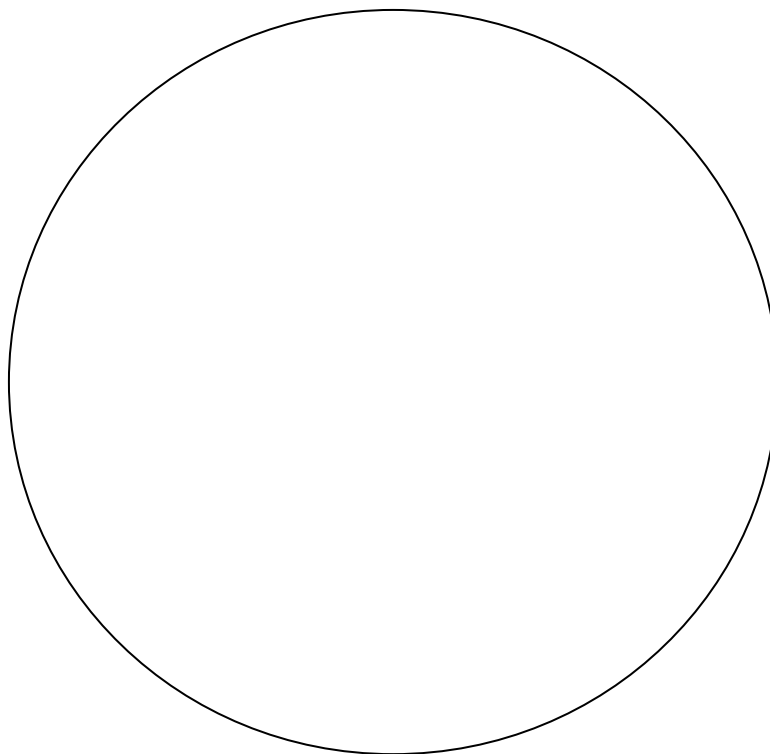


NEUROMOTORISK UNDERSÖKNING
Figurimitation 4

Barnets namn och födelsedata

Ålder: **år** **mån**

..... **Kön: F** **P**



Undersökningsdatum:

Bilaga 5

Behandlingsmetoder och träningsprogram

ART (Aggression Replacement Training) innehåller delarna social färdighetsträning, ilskek kontroll och moralträning. ART kan vara en bra metod för barn som har svårigheter med att tygla sitt humör och/eller har uppförandestörning. ART är ingen behandling för ADHD i sig utan för de tilläggsproblem som kan finnas. En sådan träning sker med fördel i grupp där barn/ungdomar genom rollspel kan lära av varandra.

Det finns flera **föräldrautbildningsprogram** som alla har det gemensamt att de fokuserar på barnets beteende och relationerna inom familjen. Föräldrarna får lära sig olika tekniker för att hantera och modifiera barnets dysfunktionella beteenden. Föräldraträning har visats kunna förbättra beteende hos barnet, stärka självförtroende hos föräldrarna, minska föräldrastress och förbättra familjerelationer.

PMT (Parent Management Training) är utvecklat av Barkley.

”The incredible years” är utvecklat av Webster-Stratton.

COPE (The Community Parent Education Program) har utarbetats av professor Charles Cunningham, Ontario. Även om COPE ursprungligen utvecklades för föräldrar till barn med påtagliga problem med utagerande beteende kan det med fördel erbjudas till alla föräldrar som upplever att de har behov av stöd i att hantera typiska vardagsproblem och konfliktsituationer med sina barn. COPE-programmet bygger på inlärningspsykologi och social inläringsteori men också på kognitiv attributionsteori, systemisk familjeteori och teorier om storgruppsprocesser. Syftet är att ge föräldrar verktyg att förstå och hantera sitt barns beteende och stärka dem i sitt föräldraskap. Ett viktigt syfte är också att förbättra samspelet i familjen och att skapa stödjande nätverk. Programmet har en utpräglat pedagogisk inriktning.

KOMET (KOMmunikationsMETod) är ett utbildningsprogram som riktar sig till föräldrar och lärare. Målet är att lära ut verktyg för att minska bråk och konflikter hemma och i skolan. Programmet avser att lära föräldrar och lärare bättre sätt att kommunicera med barnet. Idén är att det är den vuxne som i första hand måste ändra sitt beteende för att minska problemen. De metoder som används i Komet har ett gott vetenskapligt stöd.

Lions Quest (Tillsammans) är ett material som är utarbetat för skolungdomar inom området etik och livskvalitet för att erbjuda ungdom en drogfri uppväxt.

Minneslek syftar till att träna upp arbetsminnet och koncentrationsförmågan hos barn och ungdomar. Programmen innehåller ett belöningssystem för att motivera och stimulera eleven under träningens gång. Programmen är upplagda för att omfatta en vald träningsperiod på 3 till 5 veckor. Minneslek Junior är främst riktat till barn i åldrarna 5-11 år och Minneslek Senior till barn och ungdomar mellan 10 och 18 år. Programserien har utvecklats av LäraMera med stöd från Specialpedagogiska skolmyndigheten.

Musikterapi

Musik har en stor potential för kommunikation, social samverkan, intellektuell påverkan, påverkan av minnesfunktionen, emotionell påverkan och påverkan på initiativ och motivation. I Sverige finns idag tre huvudgrenar inom musikterapi. Den ena är den psykodynamiska, den andra är funktionsinriktad musikterapi, FMT-metoden, och den tredje har specialpedagogisk inriktning.

RoboMemo, Cogmed QM och Cogmed JM. Cogmed erbjuder tre datoriserade program för arbetsminnesträning: RoboMemo, QM och JM. Programmen bygger på en vetenskapligt beprövad metod utvecklad vid Karolinska Institutet. De är anpassade efter den tränandes ålder i design och tilltal. Programmet innehåller 13 olika övningar för att träna arbetsminnet. Svårighetsgraden anpassas automatiskt efter arbetsminneskapaciteten vilket gör att den tränande arbetar på sin maximala nivå under hela träningen. Träningen tar cirka 30-45 minuter per dag och omfattar totalt 25 träningstillfällen. För att effekten ska bli så stor som möjligt ska träningen planeras så intensivt som möjligt, gärna fem dagars träning per vecka i fem veckors tid. Cogmed JM passar yngre barn som inte behärskar siffror och bokstäver fullt ut. RoboMemo lämpar sig för barn som behärskar siffror och stavelser. Cogmed QM lämpar sig för ungdomar och vuxna.

SET (Social Emotionell Träning) innehåller teman som problemlösning, hantera starka känslor, lika/olika, värderingsövningar, konflikthantering, stresshantering och samarbetsövningar.

SMART är ett strukturerat träningsprogram som riktar sig till barn i åldrarna 9-16 år med specifika uppmärksamhets- och minnessvårigheter som påverkar dem i vardagen. Svenska studier, bl.a. Ingrid Hagberg van 't Hoofs avhandling "Cognitive rehabilitation in children with acquired brain injuries" (Karolinska institutet 2005), har påvisat bestående positiva effekter på barns uppmärksamhets- och minnesfunktioner efter genomförd träning. Träningsprogrammet omfattar tre faser (17 veckor) som successivt ökar i komplexitet. Några av de mer komplexa övningarna finns i två versioner: Version A för barn i åldrarna 9-13 år och Version B för dem i åldern 13-16 år

STEG-VIS är ett undervisningsprogram för socialt och emotionellt lärande i förskola och skola.

Strategi programmet syftar till att, genom kunskapsförmedling och erfarenhetsutbyte, ge föräldrarna fördjupad förståelse för vad ADHD innebär, pedagogiska redskap att hantera vardagen samt kännedom om vilka stödinsatser från samhället de kan ha rätt till. Föräldrakursen består av fem lektionstillfällen om tre timmar, en gång per vecka (Agneta Hellstöm).

Bilaga 6

Farmakologisk behandling

Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för farmakologisk behandling av ADHD http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/ADHD-rek_webb.pdf. bör:

Läkemedelsbehandling av ADHD ses som en del av behandlingen när övriga stödåtgärder inte är tillräckliga. Innan läkemedelbehandling startar ska individuella behandlingsmål beskrivas och skattning av tillståndets svårighetsgrad genomföras. Information och utbildning ges till familj och närstående.

Innan medicinstart bör anamnes och status gällande följande genomföras:

Kartläggning av kardiovaskulär sjuklighet, högt blodtryck, familjär förekomst av hjärtsjukdom och annan psykisk samsjuklighet, tics, missbruk och kramper.
Kontroll av längd, vikt och puls och blodtryck.

Läkemedelbehandlingens effekt och säkerhet bör regelbundet utvärderas.

Följande rekommendationer ges:

Vid medicinstart: Puls, blodtryck samt vikt och längd. Skattningsformulär till skola och föräldrar (t.ex. SNAP-IV).

Täta kontakter (en gång i veckan) tills optimal dos uppnåtts.

Blodtryck och puls ska mätas var tredje månad samt efter dosjustering.

Längd och vikt ska mätas var sjätte månad. Tillväxtkurva ska upprättas.

Psykiska biverkningar som sömnstörning, nedstämdhet och humörsvängningar förekommer ofta initialt och bör noteras.

Behandlingseffekten bör regelbundet utvärderas gentemot uppsatta behandlingsmål samt genom behandlingssuppehåll varje år.

Metylfenidat är förstahandspreparat vid behandling av okomplicerad ADHD och Atomoxetin kan övervägas som förstahandspreparat under vissa omständigheter som t.ex. vid misstanke om missbruk, förekomst av svåra tics, ångestproblem eller sömnstörning.

Symptombilden och problemens svårighetsgrad under dygnet kan växla och därmed påverka val av läkemedel, beredningsform och dosering. T.ex. om problemen är mest uttalat under skoldagen, eftermiddagar, kvällar eller på morgonen. Patientens och familjens önskemål om val av läkemedel bör vägas in i behandlingen.

Läkarbesök

Innan medicineringen börjar ska barnet träffa läkare för anamnes och neuromotorisk undersökning. I anamnesen penetreras också om barnet haft några symptom på hjärtsjukdom såsom svimningar eller andfåddhet, om barnet haft hjärtfel, om det finns hjärtsjukdom i släkten, om någon drabbats av plötslig hjärtdöd. EKG rekommenderas ej rutinemässigt utan tas om det finns klinisk anledning eller hereditet för allvarlig hjärtsjukdom. Blodprover rekommenderas inte heller rutinemässigt. Missbruksrisk hos patienten och i närmiljön ska bedömas. Narkotikamissbruk är ej kontraindikation för medicinering mot ADHD, men missbruksproblematiken måste givetvis vara under behandling (t.ex. med regelbundna drogtester).

För att säkrare kunna bedöma om medicinen gör någon nytta rekommenderas att föräldrar (och

äldre barn) och skola fyller i frågeformulär innan barnet börjar medicinera. Datoriserat uppmärksamhetstest (t.ex. www.qbtech.se eller liknande) rekommenderas också framförallt för att värdera effekt av behandling. När barnet ätit medicin under en provperiod (4-5 veckor för centralstimulantia, 10 veckor för Strattera) sker återbesök. Ofta startar barnet på en lägre dos centralstimulantia som höjs successivt, så att man kan se hur mycket som är en lämplig dos. Under prövningsperioden bör finnas beredskap för telefonuppföljning hos t.ex. sjuksköterska eller motsvarande. Längd- vikt-, blodtrycks- och pulskontroll görs hos sköterska 1 gång/vecka (gärna hos skolsköterska) under prövningstiden fram till återbesök. Barnet, föräldrarna och läkaren utvärderar vid återbesöket om barnet haft hjälp av medicinen. Till hjälp för utvärderingen ska frågeformulären ha fyllts i ytterligare en gång (med fulldos medicin) samt ett nytt datoriserat uppmärksamhetstest med medicin gjorts. Om effekten efter prövningen är tveksam görs utsättning av medicinering under en vecka, gärna med datoriserat uppmärksamhetstest och frågeformulär enligt ovan med respektive utan medicin. Om man beslutar att barnet ska fortsätta med medicin rekommenderas nästa uppföljning hos läkare efter 6 månader och därefter en gång per år. Längd- vikt-, blodtrycks- och pulskontroll görs hos sköterska varje kvartal under den tid som barnet står på medicin. Vid varje läkarbesök görs bedömning av behandlingseffekt och ställningstagande till ev. fortsatt behandling.

Tester

För screening rekommenderas SNAP-IV-formuläret (DSM-IV kriterier för ADHD och trotsyndrom, ODD, som ett frågeformulär). Det fylls i av föräldrar och lärare/elevassistent. På specialistmottagning rekommenderas "5-15", nordiskt formulär för utredning av barns utveckling och beteende, <http://www.5-15.org>

Äldre ungdomar kan med fördel intervjuas med utgångspunkt från ASRS (Vuxen-ADHD Självrapportskala). SNAP och ASRS kan laddas ned från http://www.kpvcentrum.se/register/busa/busa_formular.htm.

Val av preparat

Tillgängliga preparat:

T. Ritalin 10 mg

Ritalin kapsel 20, 30, 40 mg

T. Medikinet 5, 10, 20 mg

Medikinet kapsel 10, 20, 30, 40 mg

Concerta kapsel 18, 27, 36, 54 mg

T. Equasym 5, 10, 20 mg

Equasym Depot kapsel 10, 20, 30 mg

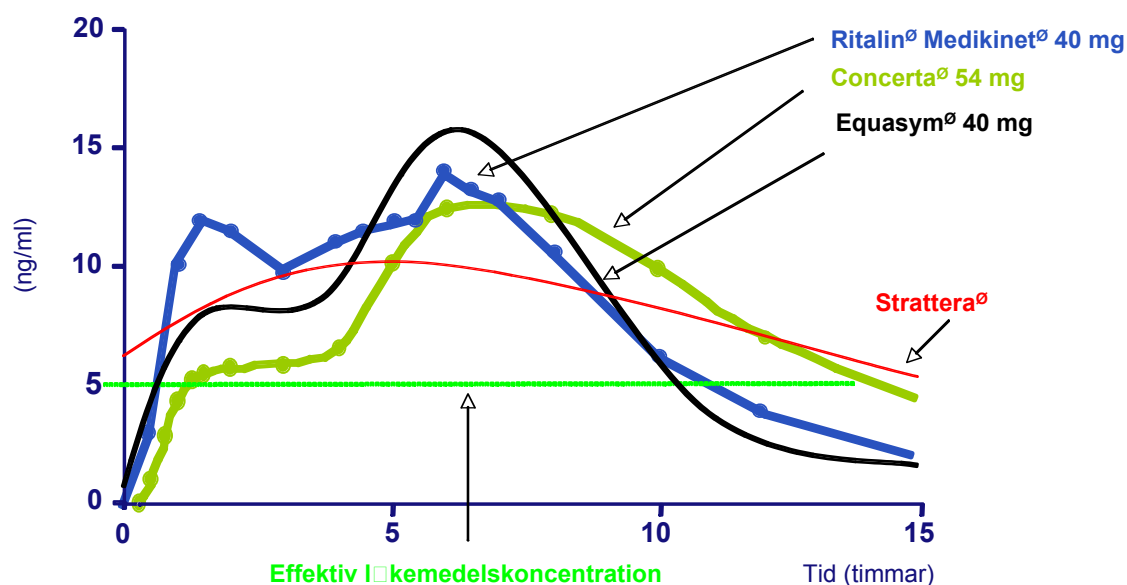
T. Amfetamin 5 mg (licenspreparat)

T. Metamina (dexamfetamin) 5 mg (licenspreparat)

Strattera kapsel 10, 18, 35, 40, 60, 80 mg

	% omedelbar frisättning	% fördröjd frisättning	Duration av effekt tim (ca)
T. Ritalin/Medikinet/Equasym	100	0	3-4
Ritalin kapsel	50	50	6-8
Medikinet kapsel	50	50	6-8
Concerta	22	78	10-12
Equasym Depot kapsel	30	70	6-8
T. Amfetamin	100	0	5-6
Strattera			24

ADHD I-kemedel plasmanivåer



Effekt av centralstimulantia märks omgående, medan effekt av Strattera inte brukar märkas förrän efter 3-4 veckor, och full effekt dröjer upp till 10 veckor. Noggrann dosjustering krävs för alla läkemedlen, en tumregel är att måldosen för centralstimulantia är ca 1 mg/kg kroppsvikt och dag. Vid bristande effekt kan doser upp till 2 mg/kg prövas. Centralstimulantia trappas upp ungefär varannan vecka med start på ca 1/4-1/3 av måldos, 1/2 av måldos och sedan fulldos. Ju yngre barn desto försiktigare introduktion och extra försiktighet iaktas för barn med hjärnskador. Strattera doseras 0,5 mg/kg kroppsvikt och dag första veckan, därefter 1,2 – 1,8 mg/kg. Det kan vara lämpligt att Strattera tas i samband med kvällsmåltid under insättningsperioden för att minimera biverkningar, men att man sedan tar det tillsammans med frukost. OBS att Strattera metaboliseras via leverns CYP-enzymerna med de interaktionseffekter det kan innebära. För Metamina (dexamfetamin, licenspreparat) är måldosen 0,3-0,4 mg/kg kroppsvikt och dag, för amfetamin ungefär det dubbla.

Hur väljer man medicin?

Banaschewski et al (2008) menar att barn och föräldrar bör informeras om tillgängliga preparat, verkningsmekanismer och dess för- och nackdelar samt biverkningar. För det enskilda barnet sker sedan en diskussion där man försöker hitta det preparat som verkar passa det barnet bäst. Det är viktigt att barn och föräldrar engageras i en sådan diskussion och man kan med fördel använda skriftligt informationsmaterial. Uppmuntra till frågor. Ev. samsjuklighet (se nedan) beaktas liksom hur stort behovet är av en snabb effekt, om det räcker med effekt under skoldagen eller om det också är stora problem på morgon och kväll, om man har preferens för icke-narkotikaklassad medicin, kostnadsaspekter, etc. Vid missbruk eller risk för att centralstimulantia skulle kunna spridas illegalt är naturligtvis Strattera ett intressant alternativ. Ofta blir valet att börja med metylfenidat, och då som regel Concerta, då det är det preparat som har längst verkningsstid. Alla långverkande metylfenidatpreparat ska som regel ges på morgonen för att undvika insomningssvårigheter. Om medicineffekten inte är tillräcklig för läxläsning på kvällen eller om barnet har någon aktivitet på kvällen, kan man pröva en tilläggsdos på eftermiddagen av direktverkande metylfenidat vid sådana tillfällen. Vid samsjuklighet med ångest, tics, sömnsvårigheter och enures kan Strattera vara att föredra framför centralstimulantia. För (yngre) barn som inte kan svälja tabletter är Ritalin, Medikinet och Equasym kapslar ett bra alternativ, eftersom det går att öppna dem och ta ut kornen och t.ex. strö på yoghurt (det går däremot inte att dela en Concertakapsel). Det kan då bli aktuellt med en tilläggsdos på eftermiddagen, om medicineffekten inte varar tillräckligt länge. Även Stratterakapseln går att öppna, men läkemedlet smakar illa och man ska undvika att få det på hud och ögon eftersom det är starkt surt.

Omega 3-fettsyror

Det finns i dag stort intresse för behandling med fleromättade fettsyror, kombinationen av s.k. omega-3 och omega-6-fettsyror. Tillgängliga studier ger inte anledning att avråda från behandling men inte heller något klart stöd att rekommendera sådan, framförallt till barn med uttalad hyperaktivitet/impulsivitet. Den dosering som prövats i studier har varit EPA 0,5 g/d. Fler studier behövs.

Sömnsvårigheter

Många barn med ADHD har sömnsvårigheter. Det kan då finnas skäl att pröva melatonin. Doseringserfarenheter varierar mellan 1-6 mg till natten, det kan vara lämpligt att börja med 1 mg och sedan ha möjlighet att öka dosen vid behov. Det finns nu ett registrerat läkemedel som innehåller melatonin i slow-release form, Cirkadin 2 mg. Det är lite ologiskt att ge ett läkemedel med långsamt insättande effekt som varar hela natten till patienter som behöver en snabbt insättande effekt för insomning. Det är ett argument för att i stället söka licens för K Melatonin. Ev. kan järnbrist vara en bidragande orsak till sömnsvårigheter hos barn med ADHD.

Behandlingens längd

Hur länge behandlingen ska pågå kan inte avgöras vid inledningen av densamma. Regelbundna utvärderingar av läkemedelsbehandlingen bör ske i form av återkommande utsättningsförsök under några veckor (inte enbart en enstaka dag), i regel en gång per år. Om barnet vid utsättning av medicinen återfår tydliga symptom bör medicineringen återupptas. Ett mindre antal barn har inte behov av medicinering vid ledighet från skolan. Dessa barn kan göra uppehåll i medicineringen under lov.

Vad händer om man glömmar ta medicin?

En missad dos av långverkande centralstimulantia innebär ingen medicineffekt den dagen. Det kan vara en fördel om man bara önskar effekt vissa dagar. Om man glömmar Strattera en dag

brukar det inte märkas någon skillnad, glömmer man 2-3 dagar visar sig ADHD-symptomen igen. Det verkar dock som om effekten kommer tillbaka ganska snabbt, efter 1-2 dagar när man börjat med Strattera igen, det tar inte 10 veckor.

Alkohol och medicin

Sjukvården rekommenderar inte ungdomar att dricka alkohol. Att bortse från att alkohol förekommer i samhället som en legal drog är å andra sidan inte realistiskt. Rekommendation att inte bruka psykofarmaka och alkohol samtidigt grundar sig på att den sederande effekten av vissa psykofarmaka kan förstärkas av alkohol. Ett sådant resonemang ter sig rimligt för Strattera, som har trötthet som en biverkan. Centralstimulantia har ju inte sederande verkan och dess effekt på impulsivitet och omdöme synes närmast eftersträvansvärd i samband med alkoholintag. Studier i körsimulator har visat att bilförare med alkohol i kroppen kör bättre om de får en dos centralstimulantia. Det är olyckligt att ungdomar slutar att ta sin medicin därför att de får höra att den inte kan tas tillsammans med alkohol, en rimligare rekommendation är att man inte dricker okontrollerat.

Om medicineringen inte ger så god effekt eller har besvärande biverkningar

Grundprincipen är att man kan pröva att byta till ett annat läkemedel om ADHD-symptomen ej förbättrats, dvs. ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet (ibland kan man ha haft orealistiska förhoppningar att även andra problem skulle bli bättre). Det kan dock finnas skäl att pröva en högre dos av centralstimulantia i första hand, speciellt om man har en viss effekt (t.ex. effekt under en kortare tid av dagen). Doseringen kan i sådana fall höjas upp till 2 mg/kg och dag med noggrann uppmärksamhet på (aptit) biverkningar. För metylfenidat bör dock effekt och biverkningar penetreras noga i förhållande till den förväntade läkemedelskoncentrationen för det aktuella preparatet. Dålig effekt på morgonen eller sen eftermiddag/kväll är ju det förväntade, då finns inte tillräcklig mängd medicin i kroppen.

Om man överväger byte och har börjat med metylfenidat byter man till Strattera, började man med Strattera byter man till metylfenidat. Om både metylfenidat och Strattera prövats finns möjlighet att ansöka om individuell licens för dexamfetamin (Metamina). Om flera medicinprövningar ej gett positiv effekt är det också viktigt är också att ompröva diagnosen och betydelsen av ev. samsjuklighet,

Övergång från centralstimulantia till Strattera bör göras med ett uttrappningschema, då det annars är stor risk att man avbryter prövningen innan effekten av Strattera hinner komma.

Vecka	Strattera mg/kg	Centralstimulantia
1	0,5	Full dos
2-4	1,2-1,8	Full dos
5-7	1,2-1,8	1/2 dos
8-10	1,2-1,8	1/4 dos
Därefter	1,2-1,8	0 mg

Biverkningar

Den vanligaste biverkan av metylfenidat är minskad aptit. Oftast blir barnet mer hungrigt fram mot kvällen när medicineffekten går ur kroppen och kan ofta "äta igen" lite då. Tics kan öka eller debutera vid medicinering med centralstimulantia. Framförallt om medicinen tas för sent kan barnet få svårt att somna. De vanligaste biverkningarna för Strattera är illamående och magbesvär, ibland trötthet. För att undvika detta ska medicinen tas tillsammans med mat. För att kolla att barnet ändå får i sig tillräckligt med näring ska det gå till (skol)sköterska och mäta

längd och vikt regelbundet. De första månaderna kan barnet stå stilla i vikt, men så länge det fortsätter att växa på längden är det tillfredsställande. Efterhand kommer som regel viktutvecklingen igång igen.

Observera att man ej får bli gravid när man står på medicin mot ADHD, dvs. flickor där det kan vara aktuellt måste informeras om vikten av att använda preventivmedel.

Vid medicinering påverkas blodtrycket normalt inte med mer än några mm Hg. Barn har högre puls än vuxna. En femåring brukar ha en puls på ungefär 110 slag per minut, medan en tioåring vanligtvis har en puls på cirka 90 slag i minuten. Från 16-17-årsåldern är pulsen som hos vuxna. Det finns en spridning och 2 SD uppskattas till 20-30 slag. Vid avvikande värden på blodtryck och/eller puls rekommenderas kontakt med barnläkare/barnkardiolog. Om barnet klagat över hjärtklappning eller ont i bröstet kan EKG, arbetsprov och ultraljud hjärta vara rekommendabelt.

En del barn upplever obehag då effekten av centralstimulantia går ur kroppen och blir ”uppvädd” och agiterade. En del kan ha sådana obehagskänslor som biverkan hela tiden. Då kan ett byte från metylfenidat till dexamfetamin vara värt att pröva (oftast får man dock pröva Strattera först innan licens beviljas).

Sällsynta allvarliga biverkningar, som innebär att behandling måste avbrytas, är agitation, irritabilitet (cs, Strattera), psykotiska symptom (cs), ökade tankar på självmord (Strattera), leverpåverkan (Strattera).

Medicinering vid speciella tillstånd

Medicinering av ADHD när tillståndet är förenat med andra psykiatriska diagnoser kan innebära svåra avvägningar, då det oftast saknas vetenskapligt underlag för ställningstagande till lämplig medicinering. Kliniska erfarenheter får istället vara vägledande.

ADHD med trotssyndrom och uppförandestörning

Behandling av ADHD-problemen bör ske samtidigt som föräldrarna erbjuds föräldraträning och vid uppförandestörning mer omfattande insatser som berör barnets nätverk. För barn med mycket svåra aggressiva utbrott kan tillägg en kortare tids behandling med atypisk neuroleptika i form av risperidone (Risperdal®) vara motiverat. Sådan behandling bör ske inom en specialistverksamhet av läkare med erfarenhet av sådan behandling.

ADHD med ångest eller depression

Även om det tidigare redovisats data, som indikerat att medicinering med centralstimulantia har sämre effekt då ADHD är förenat med ångest eller depression, finns nu erfarenheter av att även barn med sådana tilläggsproblem kan ha god effekt av medicinering för att minska funktionshämmande ADHD-symptom. Centralstimulantia har dock ingen primär effekt på ångest eller depression, varför andra insatser för detta måste planeras. Det är möjligt att kombinera centralstimulantia med behandling med SSRI-preparat men sådan medicinering måste följas med speciell noggrannhet, framförallt i ett inledningskede, då rapporter om allvarliga biverkningar förekommit. Alternativt kan ett behandlingsförsök med atomoxetin vara motiverat innan kombinationsbehandling inleds.

ADHD med tics

Tics kan förvärras av centralstimulantia, vilket kan göra att medicineringen måste avbrytas. I många fall påverkas dock inte mängden tics och inte så få barn med ADHD, som har tics, har

nytta av medicinering med centralstimulantia. I fall då detta medför påtagligt negativ effekt på ticsen kan medicinering med atomoxetin vara ett alternativ att pröva.

ADHD med autism eller utvecklingsstörning

Vid svåra ADHD-symptom vid autism eller utvecklingsstörning bör centralstimulantia övervägas även om effekten kan vara mer svårvärderad. Även Strattera kan provas. Vid svåra aggressiva utbrott kan centralstimulantia kombineras med neuroleptika (i första hand risperidone).

ADHD med missbruk

För att inleda behandling med centralstimulantia vid missbruk måste missbruket vara avslutat. I första hand för att behandlingsrutiner och säkerheten kring vid handhavandet av läkemedlet ska vara tryggt liksom möjligheten att värdera effekten av medicineringen. Hur lång tid missbruksfrihet måste föreligga får övervägas från fall till fall.

ADHD och epilepsi

Behandling med centralstimulantia är möjlig vid välinställd epilepsi.

Referenser

Banaschewski T et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15:476-95.

Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics* 2009;124:71-78.

NICE clinical guideline 72, September 2008, www.nice.org.uk

Scheffler RM, Brown TT, Fulton BD, Hinshaw SP, Levine P, Stone S. Positive association between attention-deficit/hyperactivity disorder medication use and academic achievement during elementary school. *Pediatrics*. 2009;123:1273-1279.

Bilaga 7

Råd till föräldrar

Hjälp barnet att få struktur i vardagen

För barn med ADHD är det extra viktigt att dagen har en fast struktur med återkommande rutiner på bestämda tider. Förutsägbarheten skapar trygghet och gör att barnet lättare får grepp om sin tillvaro.

Visuella scheman

Eftersom barnen ofta har svårt att komma ihåg vad som gäller och se strukturer ”inne i huvudet” är det ofta till stor hjälp att åskådliggöra vad som ska hända under veckan eller dagen i form av tydliga visuella scheman. Sådana kan man tillverka själv med bilder och/eller enkel text men de finns också att köpa.

Synliga regler

Man kan också behöva åskådliggöra några få enkla regler genom att skriva upp dem och sätta upp dem på väggen. Ge varje regel en färg eller ett nummer för att kunna hänvisa till den.

Bestämda platser

Bestämda platser vid matbordet och i vardagsrumssoffan minskar risken för konflikter.

Märkta skåp och lådor

Skåp, lådor och backar för barnets tillhörigheter underlättar för barnet att hitta, i synnerhet om man märker dessa med bilder eller skriven text.

Hjälpmedel för tid och påminnelser

För barn som har svårt att förstå sig på tiden med vanlig klocka finns det hjälpmedel i form av tidur, timglas och andra mer åskådliga sätt att visa tidens gång. Olika hjälpmedel för påminnelser finns också, med pipsignaler eller andra signaler. Många klockor och mobiltelefoner har ju numera sådana funktioner.

Ge barnet stöd och hjälp

Hjälp att se samband och sammanhang

Barnen har ofta svårt att få grepp om vad som händer och sker och det gör att tillvaron lätt blir kaotisk för dem. Saker bara händer utan att barnet förstår hur det gick till, det ser inte vad som är huvudsak och bisak i ett skeende, kan inte sortera och ser inte den röda tråden. Allt blir lika viktigt, tillvaron blir fragmentarisk och splittrad och barnet känner att det inte kan påverka skeenden. Risken är att det intar en passiv hållning s.k. inlärdd hjälplöshet.

Som förälder kan du göra mycket för att hjälpa barnet. Du kan göra det genom att finnas till hands och

- sätta barnet in i sammanhanget när en uppgift ska göras eller en aktivitet äga rum
- skapa reda genom att tydliggöra samband
- skilja ut det väsentliga och på så sätt hjälpa barnet att förstå hur saker hänger ihop.

Hjälp att komma igång med, genomföra och avsluta en uppgift

Barn med ADHD har ofta svårt att få saker gjorda i tid. Särskilt sådant som de finner tråkigt kan de skjuta upp i evigheter. Ofta blir saker heller inte slutförda eftersom barnen tappar

intresset efter en stund och ger upp eller ger sig på nästa uppgift. En del sysselsättningar som roar barnen, exempelvis dataspel, kan de istället nästan fastna i och bli mycket arga när man vill att de ska sluta. De här svårigheterna har att göra med barnens problem med att mobilisera energi, styra sig själva inifrån och att planera målinriktat.

Gör det roligt

Om du hjälper barnet att komma igång genom att sitta tillsammans med det, försöka göra uppgiften roligt och stimulerande, ge uppmuntran och beröm under genomförandet kan det bli lättare för barnet att ta sig an uppgiften.

En sak i taget

Det underlättar också om du hjälper barnet att avgränsa och begränsa genom att ta en sak i sänder och ge tydliga anvisningar steg för steg för hur uppgiften ska genomföras. Gärna i form av skrivna eller ritade anvisningar.

Belöna/förstärka

En morot kan också vara att barnet får positiv uppmuntran i form av en belöning efter det att uppgiften är genomförd.

Förvarna om avslutning

När det gäller barn som har svårt att avsluta en aktivitet kan det underlätta om man förvarnar en stund innan barnet ska avsluta aktiviteten och sedan låter det gå en liten stund till innan det är dags att bryta.

Gör barnet delaktigt

Att göra barnet delaktigt i en aktivitet och göra överenskommelser med barnet är också ofta ett sätt att öka motivationen.

Hjälp barnet att samarbeta

Tydlig kommunikation

Brukar ditt barn missuppfatta vad du säger, i synnerhet om du använder många ord? Kanske beror det på att barnet med sin begränsade uppmärksamhet bara uppfattar slutet på en lång mening. Om den dessutom är vagt och abstrakt formulerad, exempelvis i form av en fråga när det i själva verket är en uppmaning, så blir det ändå svårare för barnet. Det blir lätt så att man vädjar eller hotar istället för att vara tydlig och bestämd. Ansträng dig därför att vara tydlig och entydig när du ger barnet en uppmaning eller tillsägelse:

- Förvissa dig om att du verkligen har fångat barnets uppmärksamhet
- Ge barnet specifika och kortfattade uppmaningar steg för steg
- Använd påståenden – inte frågor
- Tala om exakt vad du vill att barnet ska göra – inte vad det inte ska göra för då riskerar du att barnet gör precis det!
- Tänk på ditt tonfall så att du inte förmedlar negativa förväntningar till barnet eller låter affekterad. Ett neutralt tonfall är ofta bäst.

Uppmuntran och beröm

Det är mer effektivt att aktivt uppmuntra och berömma barnet när det uppför sig väl än att ständigt tillrättavisa det. Detta är också ett sätt att bryta de negativa cirklarna och få en positivare relation till barnet. Försök komma på så många tillfällen som möjligt där du kan

uppmuntra och berömma, också för sådant som man egentligen tycker borde vara självklarerheter. Genom att uppmuntra och berömma ökar du barnets motivation att uppföra sig väl.

- Beröm i direkt anslutning till något bra som barnet gör
- Var specifik – sätt ord på det som barnet gjorde bra
- Beröm ofta och påtagligt, inte bara med ord utan också med tonfall, gester och kroppslig beröring
- Beröm också de små framstegen.

Belöningsystem

Att sätta gränser

Självklart finns det beteenden som är oacceptabla och där man måste sätta gränser genom att ingripa aktivt. Det kan vara sådana beteenden som är direkt destruktiva för barnet själv eller omgivningen. När man måste sätta stopp och visa barnet var gränsen går, är det extra viktigt att man behåller sitt lugn och inte ingriper i affekt.

- Tänk på att vara neutral, kortfattad och saklig
- Tala om vad som gäller och stå för det
- Ingrip innan det gått för långt
- Ingrip direkt efter högst en förvarning – hota inte
- Prata inte för mycket utan handla istället
- Försök inte reda ut situationer när barnet är i affekt
- Om du använder någon typ av sanktioner exempelvis i form av indragna förmåner – hänvisa gärna till en överenskommelse som du har med barnet – försök bete dig så att barnet upplever dig som rättvis och rimlig
- I vissa fall kan man också behöva avlägsna barnet rent fysiskt från en upptrappad konflikt-situation. Även då är det viktigt att det sker under lugna former.

Att förebygga problem

Att förbereda förändringar

Förändringar, exempelvis att det är dags att sluta titta på TV och komma och äta middag, kan behöva förberedas genom att man förvarnar barnet en stund innan och visar tiden tydligt.

- Ofta fungerar det bättre om du går in i rummet och säger till eller visar barnet, inte ropar från köket
- Man kan behöva påminna barnet flera gånger om att det snart är dags och åskådliggöra tiden med exempelvis ett tidur
- Ofta kan det vara bra att använda den roligare aktiviteten som morot för att få barnet att göra det mindre roliga: ”Först ska du plocka ihop dina leksaker och sedan får du se på TV”

Att planera i förväg

Många problemsituationer kan undvikas om man ger barnet tydliga anvisningar i förväg för vad det ska göra – en karta att hålla sig till. När man till exempel ska gå och handla med barnet räcker det inte att ge allmänna förmaningar eller hot som att ”nu håller du dig i skinnet annars får du inte följa med”.

- Gå igenom med barnet exakt vad du vill att det ska göra när ni kommer till affären, innan ni går dit
- Se till att barnet är sysselsatt hela tiden. Välj gärna något som innebär att barnet får känna sig duktigt såsom att hjälpa till att plocka varor i korgen
- Skriv ner eller rita om det behövs
- Utlova också gärna en liten belöning om barnet sköter sig, t. ex. en glass
- Be barnet repetera vad ni kommit överens om strax innan ni går in och påminn när det behövs
- Beröm sedan barnet och ge det belöningen direkt.

Problemlösningstrategi

Ytterligare ett sätt att förebygga problemsituationer och konflikter, när barnet börjar bli lite äldre, är att lära barnet problemlösningstrategier. Barn med ADHD har ofta svårt att själva hitta lösningar på problem, vilket skapar mycket frustration både hos dem själva och hos omgivningen. Med sitt impulsiva och konkreta sätt att tänka har de svårt att reflektera över olika tänkbara lösningar och sedan välja den bästa. Tillsammans med barnet kan man träna problemlösning genom att:

- formulera problemet
- föreslå lösningar
- diskutera för- och nackdelar med dessa
- välja den bästa lösningen
- planera hur man ska genomföra den
- utvärdera om den fungerade
- vid behov prova något annat.

Genom att i dialog med barnet hjälpa det att bli bättre på att resonera på detta sätt ger du det verktyg att bli mer självständigt och konstruktivt.

Bilaga 8

Kognitivt stöd och hjälpmedel

Svårigheter i dagliga livet för barn med ADHD	Beskrivning	Stöd för bättre kontroll	Kognitivt stöd och hjälpmedel
Tidsuppfattning	Barnet saknar känsla för planering, orientering av tid, kommer för sent eller för tidigt. Kan inte beräkna tidsåtgång för olika aktiviteter, förberedelser, efterarbete eller för att förflytta sig mellan aktiviteter. Klarar inte att fördela tiden på ett bra sätt mellan olika saker han/hon har att göra.	Tid-, dag- och veckoplanering	Träna känsla för tid, planering över tid, prioritera, hur mycket hinner jag? Tidshjälpmedel t.ex. timstock, äggklocka eller timglas. Synliggöra och strukturera aktiviteter t.ex. olika scheman.
Struktur och rutiner i vardagen	Automatiserar inte, varje dags aktiviteter blir som nya och kräver energi att genomföra. Barnet har mycket svårt att skapa och upprätthålla morgon- och kvällsrutiner, rutiner för läsläsning, fritidaktiviteter m.m.	Planera och skapa struktur	Schema för vardagsrutiner, t.ex. dag- och veckoschema, aktiviteter, duschscheman, packa skolväska för gymnastik. Att göra lista. Hjälpmedel t.ex. schema, kalender, mobilen, handi, dator.
Hålla ordning	Många har rörigt på rummet och bland sina saker. De har svårt att sortera viktigt från oviktigt, vet inte vad man kan kasta.	Organisera och hålla ordning	Rensa, kasta och sortera. Var sak på sin plats. Märk upp i skåp, lådor och garderober. Skaffa bra förvaringssystem.
Få aktiviteter gjorda	Svårt att mobilisera energi för att påbörja en uppgift och blir lätt hindrad av nya impulser. Gör andra saker, vilket resulterar i att man inte slutför det man påbörjat.	Skapa och upprätthålla kvällsrutiner för aktiviteter	Checklistor för olika rutiner såsom morgonrutin. Ge uppmuntran och beröm, ibland är det bra med system för positiv förstärkning.
Minnas	Tappar ofta bort saker, glömmer vad man ska göra, missar avtalade tider och överenskommelser, har svårt att känna igen ansikten.	Komma ihåg	Träna att använda produkter och hjälpmedel med dess olika funktioner. Träna på att följa rutiner samt utföra dagliga aktiviteter. Minnesträning t.ex. RoboMemo
Uppfatta instruktioner och information	Har svårt att sortera information, missförstår lätt och har svårt att hålla kvar information i minnet. Kan ha svårt att hantera långa texter med många ord.	Fokusera på en uppgift/aktivitet	Lugn miljö, liten mängd stimuli. Avgränsa tydliga uppgifter, ge kortfattad information dvs. en instruktion i taget som barnet får upprepa. Ta bensträckare, lyssna på musik. Hörlurar för att stänga ute stressande ljud.
Sömn och dygnsrytm	Har problem att komma i säng, insomnings-svårigheter, sover osammanhängande, vaknar inte i tid och är ofta trött.	Sömn- och dygnsrytmstörning	Skapa rutiner på morgonen och vid sänggående, lugn miljö, lämplig belysning. Hjälpmedel t.ex. klockradio, telefon, timstock, Sigvart dygnstavla.

Bilaga 9

Prevalens

Uppskattat antal barn/ungdomar med svår ADHD- problematik i Östergötland (1 %)

Kommun	Folkmängd födda 1991-2009	0-6 år	6-års	Åk 1- 3	Åk 4-6	Åk 7-9	6 års- Åk 9	Gymnasiet	1 %
Mjölby	6242	21	3	8	9	11	31	12	63
Vadstena	1556	4	1	2	2	3	8	3	15
Motala	9799	31	5	13	13	17	48	19	98
Söderköping	3422	10	2	5	5	6	18	6	34
Norrköping	30713	106	14	40	41	50	145	57	308
Linköping	33556	117	15	43	44	53	155	63	335
Valdemarsvik	1646	5	1	2	2	3	8	4	17
Finspång	4628	14	2	6	7	8	23	9	46
Åtvidaberg	2800	8	1	4	4	5	14	5	27
Boxholm	1210	3	<1	2	2	2	7	3	13
Kinda	2359	7	1	3	3	4	11	5	23
Ydre	812	2	<1	1	1	1	4	2	8
Ödeshög	1250	4	<1	1	2	2	6	3	13
Totalt	99993	332	48	131	135	165	479	191	1000

Uppgifterna avser 2009-12-31
Källa SCB

Uppskattat antal barn/ungdomar med ADHD problematik i Östergötland (5 %)

Kommun	Folkmängd födda 1991-2009	0-6 år	6-års	Åk 1-3	Åk 4-6	Åk 7-9	6 års- Åk 9	Gymnasiet	5 %
Mjölby	6242	103	13	39	43	53	148	60	312
Vadstena	1556	21	4	10	11	15	40	16	78
Motala	9799	153	23	64	67	86	240	95	488
Söderköping	3422	52	9	24	24	31	88	32	172
Norrköping	30713	530	68	198	206	249	721	283	1535
Linköping	33556	582	77	216	220	267	780	315	1678
Valdemarsvik	1646	23	4	10	11	15	40	18	81
Finspång	4628	71	10	32	33	41	116	43	230
Åtvidaberg	2800	41	7	19	22	25	73	27	141
Boxholm	1210	16	3	8	10	10	31	13	60
Kinda	2359	37	5	15	17	21	58	24	119
Ydre	812	12	2	5	6	7	20	8	41
Ödeshög	1250	18	3	8	10	12	33	14	65
Totalt	99993	1659	224	637	672	817	2350	930	5000

Uppgifterna avser 2009-12-31

Källa SCB

Bilaga 10

Litteraturtips

- Alexander-Roberts C. The ADHD parenting handbook: Practical advice for parents from parents. Dallas: Taylor Publishing Company, 1994.
- Alexander-Roberts C. ADHD and teens: A parent's guide to making it through the tough year. Dallas: Taylor Publishing Company, 1997.
- Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press, 1997.
- Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook. New York: Guilford Press, 2005.
- Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press, 2005.
- Barkley RA. Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training. New York: Guilford Press, 1997.
- Barkley RA. Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents. New York: Guilford Press, 2000.
- Barkley RA, Benton C. Your defiant child: 8 steps to better behavior. New York: Guilford Press, 1998.
- Barkley RA. A new look at ADHD: inhibition, time and self-control (videotape). New York: Guilford Press, 2000.
- Bengtner A, Iwarsson B. Varför vill ingen leka med Dennis? Sävedalen: Säve förlag, 2000.
- Beckman V (red). ADHD – en uppdatering. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur, 2007.
- Bergström M. Överaktiva barn: scener ur vardagen. Södertälje: Cura AB, 2005.
- Boethius G, Rydlund C. Lycklig varannan onsdag. DAMP-mammor berättar. Södertälje: Cura AB, 1998.
- Carlsson-Kendall G, Hellström A. Så funkar det, ADHD Snubbeltråden. Broschyr Eli Lilly AB, 2005. www.lilly.se
- Du Paul, George J, Stoner G. ADHD in schools: Assessment and intervention strategies. New York: Guilford Press, 1994.
- Everett, Craig A, Everett, SV. Family therapy for ADHD: Treating children, adolescents and adults. New York: Guilford Press, 2001.
- Fowler M. Maybe you know my kid: A parent's guide to identifying, understanding and helping your child with attention-deficit hyperactivity disorder. New York: Broadway Books, 1998.
- Fowler M. Maybe you know my teen. A parent's guide to adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. New York: Broadway Books, 2001.
- Freltofte S. Att stödja barn med DAMP: Neuropedagogik för lärare eller föräldrar. Stockholm: Natur och Kultur, 1998.
- Gillberg C. 2005 Ett barn i varje klass – Om DAMP, MBD, ADHD. Andra upplagan. Södertälje: Cura AB, 2005.
- Goldstein S, Goldstein M. Hyperactivity: Why won't my child pay attention? A complete guide for parents, teachers and community agencies. New York: John Wiley & Sons, 1992.
- Gravander R, Gravander J, Widerlöv M, Widerlöv C. Att handskas med diagnoser: Barn berättar om sig själva, om ADHD, DAMP, Asperger och Tourette syndrom. Hammarö: Gravander & Widerlöv, 1999.
- Gravander Å, Widerlöv M, Sjögren K. Att handskas med livet. Hammarö: Gravander & Widerlöv, 1999.
- Greene R. Explosiva barn. Södertälje: Cura AB, 2003.
- Hallowell EM, Roney J. Driven to distraction: Recognizing and coping with attention-deficit disorder from childhood through adulthood. New York: Simon & Schuster, 1995.

Hellström A. Värt att veta om barn, ungdomar och vuxna med ADHD. Broschyr Eli Lilly AB, 2003. www.lilly.se

Hellström A. Förälder till barn med ADHD - Så kan du hjälpa ditt barn att fungera bättre i vardagen. Faktablad. ADHD-center, 2007. www.habilitering.nu/adhd-center

Hellström A. Att undervisa och pedagogiskt bemöta barn/elever med ADHD. Broschyr ADHD-center, 2007. www.habilitering.nu/adhd-center

Hellström A. Barn/elever med ADHD – några råd till lärare. Faktablad ADHD-center, 2007. www.habilitering.nu/adhd-center

Hellström A. Rättigheter och skyldigheter inom förskola och skola – Om barnets rätt och kommunens skyldigheter. Faktablad ADHD-center, 2007. www.habilitering.nu/adhd-center

Hellström A. Vad är ADHD? Faktablad. ADHD center, 2007. www.habilitering.nu/adhd-center

Hellström A. Värt att veta om ADHD hos barn, ungdomar och vuxna. Broschyr Eli Lilly AB. www.lilly.se

Iglum L. Om de bara kunde skärpa sig! Barn och ungdomar med DAMP/MBD/ADHD och Tourettes syndrom. Lund: Studentlitteratur, 1999.

Juul K. Barn med uppmärksamhetsstörningar: En handledning. Lund: Studentlitteratur, 2005.

Kadesjö B. ADHD hos barn och vuxna. Kunskapsöversikt. Socialstyrelsen, 2002.

Kadesjö B. Barn med koncentrationssvårigheter. Stockholm: Liber, 2001.

Nadeau KG, Dixob E. Learning to slow down and pay attention: A book for kids about ADD. Washington DC: Magination Press, 2002.

Nadeau, KG, Quinn PO. Understanding girls with attention-deficit hyperactivity disorder. Silver Spring MD: Advantage books, 2002.

Nadeau KG, Quinn PO. Understanding women with AD/HD. Silver Spring, MD: Advantage Books, 2002.

Nadeau K, Littman E, Quinn P. Flickor med ADHD. Lund: Studentlitteratur, 2002.

Phelan T. 1-2-3 Magic: Effective discipline for children 2-12. Child Management Inc., 2003.

Pliszka S, Carlson C, Swanson J. ADHD with comorbid disorders: Clinical assessment and management. New York: Guilford Press, 1998.

Quinn P, Stern J. The putting on the brakes: Activity book for young people with ADHD. Washington DC: Magination Press, 1998.

Rief S. How to reach and teach ADD/ADHD children: Practical techniques, strategies and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity. The Center for Applied Research in Education, 1996.

SBU-rapport. ADHD hos flickor. En inventering av det vetenskapliga underlaget. SBU, 2005.

Sjöstrand I. Det översvämmade barnet. Podium, 2004.

Socialstyrelsen. Kort om ADHD hos barn och vuxna – en sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt. 2004.

Teeter PA. Behandling av ADHD: Ett utvecklingspsykologiskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur, 2004.

Webster-Stratton C. De otroliga åren. En handledning i problemlösning för föräldrar till barn mellan tre och åtta år. Palmkrons förlag, 2004. www.palmkrons.com

Wirkberg E. Lekfulla metoder - allvarligt funktionshinder: ADHD, DAMP. WiLu Struktur och Metod, 2001.

Bilaga 11

Länkar

Svenska länkar

www.habiliteringen.nu/adhd-center

ADHD-center anordnar öppna föreläsningar och har även telefonrådgivning.

www.attention-riks.se

Riksförbundet Attention är en intresseorganisation för människor med neuropsykiatriska funktionshinder.

www.sjalvhalppavagen.se

På hemsidan ges information om ADHD, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom och andra närbesläktade tillstånd samt råd och tips till barn, ungdomar, föräldrar, lärare och vårdpersonal.

www.rbu.se

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, RBU, är en familjeorganisation som erbjuder medlemmarna stöd, gemenskap och information.

www.bup.nu

BUP - Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm vänder sig i första hand till ungdomar som söker information om BUP i Stockholm eller vill veta mer om olika psykiska problem.

www.aspergercenter.nu

Aspergercenter är ett länsövergripande stöd- och kunskapscenter för personer från 7 år med diagnosen Aspergers syndrom/högfungerande autism.

www.autismforum.se

Autismforum är en webbplats och ett bibliotek som drivs av Handikapp & Habilitering inom Stockholms läns sjukvårdsområde.

www.handikappupplysningen.se

Handikappupplysningen är en informationstjänst inom Handikapp & Habilitering i Stockholms län. Här finner du bland annat uppgifter om stöd och rättigheter, fritidsaktiviteter och aktuella händelser.

Utländska länkar

www.chadd.org

CHADD - Children and Adults with Attention Deficit Disorders är en icke vinstdrivande organisation för barn, ungdomar och vuxna med ADHD i USA.

www.addwarehouse.com

ADD Warehouse är en nätbokhandel som är specialiserad på litteratur om ADHD.

www.guilford.com

Guilford Publications är ett förlag som ger ut litteratur om psykologi, psykiatri, mental hälsa, självhjälp, utbildning, forskningsmetoder mm.

www.myadhd.com

my ADHD är en webbplats som tillhandahåller olika typer av hjälpmedel och verktyg för att förbättra bedömning och behandling av människor med ADHD.

www.adhdeurope.eu

ADHD på andra europeiska språk!

www.adhdnorge.no

ADHD Norge en organisation som sprider kunskap och förståelse för ADHD i Norge. Organisationen grundades 1979.

www.adhd-center.com

Finska ADHD-center står för sakkunnighet och målgruppen är familjer med barn/ungdomar som har aktivitets- uppmärksamhetssvårigheter, ADHD, Tourettes syndrom eller andra neuropsykiatriska svårigheter.

Bilaga 12

Diagnoskriterier för ADHD

Inom landstinget i Östergötland registreras patientbesök enligt WHO:s internationella klassifikationssystem ICD-10. De flesta väljer att i den kliniska verksamheten definiera ADHD utifrån kriterierna i DSM-IV och sedan registrera med de benämningar som finns i ICD-10. ICD-10 utgavs på svenska 1997, men uppdateras årligen av Socialstyrelsen (se hemsida).

Koder enligt ICD-10:

F900A DAMP

F900B ADHD

F900C ADD

F900X Aktivitets - och uppmärksamhetsstörning UNS

För diagnos ADHD krävs enligt den svenska översättningen av DSM-IV att:

A. antingen (1) eller (2):

(1) minst sex av följande symptom på **ouppmärksamhet** har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån

a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbete, yrkesliv eller andra aktiviteter

b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter

c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal

d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på 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. läxmaterial, 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** har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån

a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still

b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra 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 det vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)

d) har ofta svårt att utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla

e) verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högvarv"

f) pratar ofta överdrivet mycket

g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt

h) har ofta svårt vänta på sin tur

i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)

B. Vissa funktionshindrande symptom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet ska ha funnits före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symptomen föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på 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 av någon annan psykisk störning.

Undergrupper

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD i kombination: Båda kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna.

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD, huvudsakligen bristande uppmärksamhet: Kriterium A1 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2. (Ofta förekommer förkortningen *ADD, Attention Deficit Disorder* som diagnostisk benämning för denna grupp.)

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet: Kriterium A2 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1. För personer, i synnerhet vuxna och ungdomar, med symptom som inte längre helt uppfyller kriterierna ska "i partiell remission" också anges.