

Hildegunn Eikefjord Kløvning

ADHD i den norske grunnskolen

Masteroppgave i Pedagogikk

Veileder: Ellen Saur

Mai 2019

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for pedagogikk og livslang læring

Hildegunn Eikefjord Kløvning

ADHD i den norske grunnskolen

Masteroppgave i Pedagogikk
Veileder: Ellen Saur
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for pedagogikk og livslang læring

Sammendrag

ADHD er den mest stilte diagnosen hos barn og unge i grunnskolealder. Formålet med denne oppgaven er å se nærmere på hvordan man kan behandle og legge til rette for denne elevgruppen sånn at de får et best mulig utbytte av opplæringstilbudet. Oppgaven vil også ta for seg den økte forekomsten av antall tilfeller, og diskutere mulige årsaker og konsekvenser. Resultatet fra gjennomgang av relevante studier og datamateriale viser at pedagogiske tiltak ofte kan være ressurskrevende, men samtidig oppnår elevene bedre livskvalitet og høyere læringsutbytte. Fokuset på medikamentell behandling blant behandlere, enten som eneste tilbud eller i kombinasjon med pedagogiske tiltak, blir også drøftet.

Abstract

ADHD is the most frequently used diagnosis in children and adolescents in elementary school. The purpose of this master thesis is to investigate different treatments and to have a closer look at how we facilitate this group of students in order to ensure that they are able to profit from the education provided. The thesis will also address the increased number of cases, and discuss possible reasons behind, as well as consequences this may cause. A review of relevant studies and data material shows that pedagogical measures can often be resource-intensive. However, the students benefit by achieving a better quality of life and higher levels of learning. Healthcare personnel are focusing on drug treatment, either as the only treatment, or in combination with educational measures. This will also be addressed.

Valg av tema

Jeg har valgt ADHD som tema. Dette var på mange måter et enkelt valg da jeg er utdannet psykolog og ønsket et tema som også er relevant for min yrkesutøvelse. Jeg synes pedagogikk er et spennende fagfelt, og det overlapper ofte i stor grad med psykologien. Samtidig har pedagogikken sin egen bakgrunn, forståelse og innfallsvinkel.

Tverrfaglig samarbeid blir stadig mer utbredt. Det er hensiktsmessig at alle som jobber med barn og unge, uavhengig av hvilken fag- og yrkesgruppe de representerer, har kunnskap om ADHD både når det gjelder kriterier og kjennetegn, hvordan diagnosen utredes, og hvilke tiltak for tilrettelegging som har vist seg å fungere. Kunnskap vil bidra til større forståelse for hvordan man kan tilrettelegge på en hensiktsmessig måte, og videre til at de som er berørt får bedret livskvalitet. Diagnosen stilles stadig oftere, og medikamentell behandling har økt i takt med diagnostiseringen. Jeg stiller meg undrende til hvilke konsekvenser dette medfører på kort og lang sikt, både på det individuelle plan, men også for samfunnet som helhet.

Å fordype seg såpass i en diagnose, gjør at jeg føler meg mer kritisk og samtidig i bedre stand til å reflektere når det gjelder fremtidige saker jeg vil møte på. Det er viktig å ha et reflektert forhold til problematikken en tilstand eller diagnose kan medføre. Jeg føler at prosessen knyttet til denne masteroppgaven har vært lærerikt, utfordrende og selvutviklende. Jeg har fått mulighet til å se min egen rolle som psykolog utenifra, det vil si fra et annet teoretisk ståsted, og drøftet de etiske problemstillingene jeg står overfor i min arbeidshverdag. Å få nye innfallsvinkler via pedagogikken er således svært nyttig. Oppgaven har nok medført at jeg i fremtiden vil tenke mer helhetlig når det kommer til behandling av individer med denne type utfordringer.

Jeg vil takke veileder Ellen Saur for god hjelp og støtte underveis. Videre takk til familie og venner for motivasjon og oppmuntrende ord, og en spesiell takk til de som har tatt seg tid til å lese gjennom oppgaven for å komme med tilbakemeldinger.

Hildegunn Eikefjord Kløvning

Mai 2019

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	I
Abstract	II
Valg av tema	III
Innholdsfortegnelse	IV
Innledning	1
Metode	3
Kildekritikk	4
Etikk	5
Begrepsavklaring	6
Teori	7
Utredning og diagnostisering	7
ICD-10 og DSM-5	9
Feildiagnostisering	11
Konsekvenser av diagnostisering	12
Lover og rettigheter	14
Individuell plan	15
Økt forekomst	16
Statistikk	16
Samfunnsmessig utvikling	18
Behandling av ADHD	19
Medikamentell behandling	20
MTA-studien	23
Ikke-medikamentell behandling	24
Psykoedukasjon	25
Foreldrenes rolle	26
Atferdsterapi og kognitiv atferdsterapi	28
Tiltak i hjemmet	29
Skolehverdagen	29
Lærerens rolle	29
Tilrettelegging på skolen	31
Tilpasset opplæring og spesialundervisning	32
Digitale verktøy	33
Identitetsutvikling og self-efficacy	34
Diskusjon	35
Ta en pille for alt som er ille	36
Normalbegrepet er snevret inn	37
Misbruk av diagnoser i dagens samfunn	39
Utredningen	40
Behandling	41
Doktor Google	43
Klassemiljøet	44
Oppsummering og konklusjon	45
Referanser	47
Appendiks 1	51

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) er en nevrologisk utviklingsforstyrrelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) som berører mange mennesker direkte eller indirekte. Da det gjerne er barn som har størst utfordringer knyttet til symptombildet diagnosen omhandler, kan man hevde at tilstanden også medfører utfordringer for skolesystemet. Oppgaven vil ta for seg tematikken rundt ADHD sett ut fra et pedagogisk ståsted, og er en gjennomgang av et utvalg tilgjengelig pedagogisk litteratur. Utvalget er gjort med bakgrunn i hva som vurderes som relevant for å besvare problemstillingen. Betegnelsen ADHD blir benyttet til tross for at det etter norsk standard for diagnostisering på nåværende tidspunkt vil være mer korrekt å definere tilstanden som hyperkinetisk forstyrrelse.

ADHD har siden tusenårsskiftet vært den diagnosen med høyest frekvens blant barn og unge innenfor psykisk helsevern både nasjonalt og internasjonalt (American Psychiatric Association, 2019; Idås og Våpenstad, 2009; Ørstavik et. al., 2016), og som følger av dette opplever vi nå en tiltaende forekomst av medisinerings også hos norske skoleelever. Folkehelseinstituttet (2018) viser til at mellom tre og fem prosent av norske elever oppfyller kriteriene for ADHD, noe som i snitt tilsvarer minst én elev i hver skoleklasse. Ikke alle disse elevene vil være medisinerte, men heller kreve større tilrettelegging og tiltak for å fungere optimalt i skolehverdagen. Utfordringene knyttet til denne elevgruppen er derfor ressurskrevende på flere måter.

Det kan tenkes at økt grad av bevissthet og fokus blant helsefagarbeidere, lærere og foreldre er medvirkende årsak til fremveksten. Samtidig kan det virke som at normalområdet for akseptabel atferd er innsnevret, og at de man tidligere karakteriserte som bråkmake eller problembarn nå blir sendt til utredning med mål om diagnostisering og medisinering sånn at de kan fremstå som roligere i undervisningssituasjoner. Ut fra forskningsrapporter som foreligger er det vanskelig å konkludere med hvorvidt årsaken til den økte forekomsten skyldes større fokus på ADHD eller tidligere mangelfull diagnostisering. Kanskje er det heller en kombinasjon av flere faktorer? Det er således interessant å stille spørsmål om hva det skyldes at en stadig økende prosentandel av elever i den norske skolen diagnostiseres i dag sammenlignet med tidligere. Spesielt med tanke på de utfordringene og konsekvensene dette kan medføre både for elever, lærere, undervisningssituasjonen, skolen og skolesystemet. Dessuten er det verdt å merke seg at vi finner en høyere forekomst av elever med ADHD i Norge enn det som blir rapportert fra andre land vi kan sammenligne oss med (Karlstad, Furu, Storltenberg, Håberg og Bakken, 2017), med unntak av USA.

Oppgaven vil se nærmere på norske skoleelever som blir diagnostisert med ADHD og hvordan en diagnose kan påvirke hverdagen deres. Vi vil også se nærmere på hva det er som ligger til grunn for at det er så mange flere elever som blir diagnostisert i dag, sammenlignet med tidligere. Først gjennomgås kriterier for diagnosen og prosessen rundt utredning da dette er grunnleggende for forståelsen av tilstanden og resten av oppgaven. Det blir også tatt stilling til feildiagnostisering og komorbide lidelser. Dette for å vise kompleksiteten i sakene.

Deretter vil oppgaven gå nærmere inn på hvordan man kan tilrettelegge for de elevene som berøres sånn at de på best mulig måte er i stand til å nyttiggjøre seg av det ordinære opplæringstilbudet skolen har å tilby. Her vektlegges hovedsaklig på problematikk og vansker som kan knyttes direkte til ADHD-diagnosen, og ikke eventuelle komorbide lidelser og tilleggsvansker. Først fokuseres det på medikamentell behandling da man som oftest vil velge å inkludere dette som en del av den helhetlige behandlingen, samt at dette kan påvirke hvordan man vurderer de aktuelle pedagogiske tiltakene. Mange vil nok tenke at medikamentell behandling gjør elevene såpass rolige at de sitter stille i klasserommet og følger med på undervisningen. Således kan man forestille seg at dette i seg selv vil være god nok behandling for å få et utbytte av opplæringstilbudet. Dette poenget er medvirkende årsak til at oppgaven fokuserer såpass mye på medikamentell behandling. Videre går vi gjennom måter det kan tilrettelegges pedagogisk for elevene som diagnostiseres. Til slutt diskuteres det som kan tenkes å være medvirkende årsaker til at vi nå opplever stadig flere tilfeller hvor barn blir diagnostisert.

Det vurderes som nødvendig å fokusere på det teoretiske grunnlaget for hvordan man tenker rundt diagnosen, utredningsprosessen og diagnostiseringen for på best måte kunne danne en forståelse av hvordan diagnosen forstås for så å kunne benytte dette til å se nærmere på mulige forklaringer for den veksten vi har vært vitne til. Samtidig vurderes det som nyttig å diskutere medikamentell behandling i såpass grad som det gjøres i denne oppgaven fordi det gjør at man kanskje kan få et mer kritisk blikk på hvilke krefter som påvirker hvordan man tenker rundt behandling versus mer pedagogiske tiltak og tilrettelegging. En medikamentell behandling vil i stor grad kunne hevdes å påvirke igangsettingsprosessen og utfallene av den pedagogiske tilnærmingen.

Dette er en teoretisk oppgave. Problemstillingen oppgaven tar utgangspunkt i er: ***Hva skyldes den økte forekomsten av ADHD blant norske skoleelever, hvilke utfordringer medfører***

diagnosen, og hvordan kan man behandle og tilrettelegge pedagogisk for de elevene som diagnostiseres? Dette gjelder utfordringer og medfølgende konsekvenser for enkeltindividet og de nærmeste medelevene, men også på et mer samfunnsmessige plan. Problemstillingen er kompleks, men anses som helhetlig og viktig. De pedagogiske utfordringene som potensielt følger den økte forekomsten vil adresseres, og vi vil se nærmere på tiltak som muligens kan bedre både skolehverdagen og lærings situasjonen.

Er det slik at vi kan være sikre på at det vi ser virkelig er ADHD vi har å gjøre med, eller har vi blitt opptatt av å sette merkelapper på elever med avvikende eller utfordrende atferd? Målet med oppgaven er å finne ut hvorfor flere blir diagnostisert i dag, og hvordan denne elevgruppen kan få mest mulig ut av sin skolegang ved at de utredes, diagnostiseres, behandles og får tilrettelagt skolehverdagen etter sine behov. Tidlig intervensjon blir ansett som avgjørende for gode prognoser, men samtidig så har alle elever i den norske skolen lovfestet rettigheter når det gjelder tilrettelegging av opplæringstilbudet. Det er viktig å huske på at det her er snakk om en heterogen gruppe. Ingen elever er like, ei heller de med en ADHD-diagnose.

Metode

Metode betyr opprinnelig ”veien til målet” (Kvale og Brinkmann, 2009). Målet med denne oppgaven er å undersøke ADHD i den norske grunnskolen. Det vil bli tatt stilling til hvorfor denne økte forekomsten har funnet sted, hvilke konsekvenser dette muligens kan ha medført, og vi skal se nærmere på hvordan dette utarter seg i praksis. Behandling av de berørte elevene, samt mulige pedagogiske tiltak, vil bli drøftet da det er sentralt for hvordan skolen tilpasser seg samfunnets utvikling, fokus og krav. Oppgaven tar utgangspunkt i sentrale teoretiske perspektiver på ADHD som tilstand og forklarer hvordan man tenker om ADHD som diagnose.

Samfunnsvitenskaplig metode omhandler forskerens fremgangsmåte for innhenting av informasjon om virkeligheten i form av innsamling, analysering og tolkning av datamaterialet. Problemstillingen bør være utgangspunkt når man velger fremgangsmåte og forskningsmetode (Moen og Karlsdóttir, 2011). Metoden som ligger til grunn for denne oppgaven er teoretisk informasjonsinnhenting hvor hovedkilden er tilgjengelige forskningsrapporter og annen relevant teori. Samtidig blir det tatt utgangspunkt i tilgjengelig statistikk med bakgrunn i norske forhold. Dette bidrar til å styrke de funnene det refereres til.

Det ville ha vært svært interessant å studere hvordan ADHD utarter seg i et klasserom, samt intervju lærere og/eller elever for å få et bedre inntrykk av faktiske forhold i den norske skolen. Intervju og observasjon av skoleelever kan være etisk krevende, og i denne omgang var det ønskelig heller å ha et teoretisk fokus, men det vil absolutt være spennende og aktuelt å fokusere mer på dette i fremtiden.

For å få oversikt over relevante studier knyttet til problemstillingen ble det gjort litteratursøk i databasene Web of Science, PubMed, SAGE, PsykNET og Ovid (psychINFO), med søkeordene ”ADHD”, ”Hyperkinetic disorder”, ”Symptoms”, ”Medical treatment”, ”Non-medical treatment”, ”Non-pharmacological interventions”, ”Co-morbidity”, ”Children”, ”Students”, ”Classroom”, og ”Student teacher relationship” alene og i kombinasjon. I tillegg er andre relevante fagartikler og bøker benyttet. Utvalget av litteratur er gjort ut fra det som regnes som relevant for problemstillingen. Statistiske data har blitt hentet fra det offentlige registeret Reseptregisteret (se appendiks). Det er ønskelig å presentere disse tallene da de spesifikt forteller noe om norske forhold.

MTA-studien er inkludert til tross for at den er fra 1999. Dette er fordi den fortsatt anses som svært sentral og relevant, og fordi den tar for seg fire forskjellige behandlingsopplegg bestående både av medikamentell og ikke-medikamentelle behandlingsformer. Den bidrar også til å synliggjøre viktigheten av rutiner og standardisert behandling for å oppnå best mulig behandlingsresultat. Man vil trolig finne tilsvarende resultat dersom man repliserer denne studien i dag.

Kildekritikk

For å kunne skrive en masteroppgave som holder faglig mål, er det viktig at man reflekterer rundt den tilgjengelige kunnskapen. Når man leser forskningsartikler bør man stille spørsmål rundt relevansen, kvaliteten, forfatterens bakgrunn og ikke minst hvem som bidrar økonomisk til at forskningen har latt seg gjennomføre. Kildene som benyttes vil ha betydning for den ferdige oppgavens troverdighet og sannferdighet. I denne oppgaven er medikamentell behandling et fremtredende tema, og det er en kjent sak at store farmasøytiske selskaper ofte bidrar med midler for å gjennomføre forskning. I slike situasjoner kan det tenkes at forskerne lettere finner funn som er forenelig med bidragsyternes ønsker, nemlig å vise til god effekt sånn at de videre kan oppnå fortjeneste som følger av dette. Dette kan videre bidra til at for eksempel pedagogiske virkemidler får mindre fokus i forskningen, at man velger å ikke forske

på det, og/eller at positive funn på dette området nedprioriteres i rapportene til fordel for funn knyttet til medikamentell behandling. Gjennomgang av aktuell litteratur støtter denne tankegangen da det er i stor grad fokuseres på medikamentell behandling enten som førstevalg eller som eneste valg, og at det er vanskelig å finne forskning som ensartet tar for seg pedagogiske virkemiddel og drøfter hvordan disse fungerer i praksis.

Det er også viktig å stille seg kritisk til hvordan forskningen har blitt gjennomført, og om den har god økologisk validitet. Validitet innebærer at man undersøker det man er ment å undersøke, og økologisk validitet går ut på at man kan si noe om den generelle populasjonen ut i fra resultatene man har innhentet. Det er greit å være oppmerksom på at de fleste utenlandske artiklene definerer ADHD ut i fra DSM-systemet, og ikke ICD-systemet som blir benyttet i Norge, da mye av forskningen er gjort i USA. Man kan da tenke seg at ikke alle funn er like relevant i en norsk kontekst. Det vil naturlig nok være forskjeller mellom land og forskjellige kulturer og folkeslag. Samtidig kan man forsvare relevansen ved å påpeke at den norske og amerikanske skolehverdagen i stor grad har lik utforming med mye klasseromsundervisning og relativ lik struktur. Det samme gjelder den øvrige kulturen da begge land regnes som vestlige og kan sies å ha relativt like verdigrunnlag og menneskesyn. Likevel er landene forskjellige fra hverandre, og avhengig av hvilken amerikansk stat forskningen har blitt gjennomført i, så kan man hevde at populasjonen kan ha store skilnader mellom seg.

Etikk

Det er viktig å forholde seg til de etiske perspektivene ved forskning. Dette gjelder også når man skriver en teoretisk oppgave hvor man hovedsakelig tar utgangspunkt i andres forskningsresultater. Etikk i denne sammenheng vil være å vurdere og drøfte de forskningsresultatene man presenterer i lys av hvordan forskningen har blitt gjennomført. Har forskningen det vises til i denne oppgaven forholdt seg til forskningsetiske prinsipper? Har de fått informert samtykke fra deltakerne i studiene? Har de utsatt deltakere for potensiell fare, eller tatt fra dem behandling som allerede var igangsatt? Så langt som det har vært mulig å vurdere ut i fra forskningsrapportene, så har alle de studiene som refereres og gjengis i denne oppgaven god etisk standard. Sentralt i dette er respekt for menneskeverdet, men også at man forsøker å gjengi funn så sannferdig som mulig.

Begrepsavklaring

Som nevnt innledningsvis vil oppgaven benytte seg av begrepet ADHD for å beskrive tilstanden oppgaven omhandler, mens en mer korrekt terminologi i norsk sammenheng ville ha vært hyperkinetisk forstyrrelse. Dette er en lite brukt betegnelse i det daglige, både innenfor medisinske fagmiljøer og i pedagogisk sammenheng, så det ble vurdert som mer hensiktsmessig å benytte ADHD, noe som også gjøres i praksis, for å gjøre oppgaven mer tilgjengelig og forståelig.

ADHD beskrives som en diagnose. En diagnose er en betegnelse eller samlebegrep som i denne sammenheng beskriver atferd som skiller seg fra forventet normalatferd, og har sitt utgangspunkt i hva fagfolk og forskere har kjent igjen som beskrivende for sykdomsforløp og symptombilder. I tillegg til å være en beskrivelse av atferd, kan en diagnose være et arbeidsverktøy som gjør det lettere for de som må forholde seg til den diagnostiserte å vite noe om hva som kan forventes av atferd, prognoser, hjelpende tiltak og behandlinger, samt personens generelle fungering. Noen diagnoser er ment å beskrive tilstander som kan gå over, som for eksempel depresjon, mens andre beskriver tilstander som er tenkt å vare hele eller deler av livet. ADHD er hovedsakelig vurdert som et eksempel på sistnevnte. Selv om man setter en diagnose er det viktig at man er oppmerksom på at selv om diagnoser har noen særtrekk, så kan de utarte seg svært forskjellig med tanke på hvilke symptomer som gjør seg mest gjeldende, og ikke minst hvor stort symptomtrykket, altså intensiteten av symptomene, er.

Normalitetsbegrepet benyttes for å beskrive forventet tilstand og atferd. Med andre ord det som er forventet eller vanlig hos folk flest. Man viser gjerne til et gjennomsnitt av forventet skåre eller atferd hos befolkningen, og et område, som oftest innenfor ett eller to standardavvik, på hver side av gjennomsnittet som kalles normalområdet. Likens kan avvikende atferd beskrives som måter å oppføre seg på eller handle på som faller utenfor dette definerte normal-området.

Teori

Utredning og diagnostisering

ADHD er den mest vanlige utviklingsforstyrrelsen blant barn og unge, og det er gjerne de som står barnet nært eller andre som har samvær med barnet som først fatter mistanke til diagnosen (Nielsen og Jørgensen, 2010). Dette er hovedsaklig foreldre/føresatte og lærere (Sayal og Goodman, 2009), men det kan også være at annet helsepersonell, som for eksempel skolehelsesøster, som melder sin bekymring. En bekymring vil bli drøftet, gjerne tverrfaglig, før den eventuelt leder til en utredning.

En utredning består blant annet av informasjonsinnhenting, observasjoner og testresultat. Da er det gjerne forelder/føresatte, lærere og andre som omgås barnet som stiller med komparentopplysninger. Det er per dags dato ingen kliniske tester som kan bekrefte eller avkrefte ADHD (Idås og Våpenstad, 2009; Øgrim og Gjerum, 2002), men en evnetest som WISC eller WAIS bør inkluderes som et minstekrav i utredningen. Det er i den sammenheng viktig å poengtere at psykologiske tester egentlig bare måler prestasjoner gitt i en test-situasjon. Idås og Våpenstad (2009) påpeker at det fortsatt er knyttet usikkerhet til normer for hvordan testprofilene til en typisk ADHD-elev ser ut. Dessuten hevder de at test-profilene påvirkes av testlederens subjektiv skjønn. Dette kan medføre at man enkelte steder opplever et positivt avvik fra landsgjennomsnittet, mens man andre steder kan finne tilsvarende negative avvik.

Det er oftest fastlegen og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) som har ansvaret for utredningen, og en diagnose stilles med bakgrunn i en helhetlig klinisk vurdering. Elever med ADHD ligger i de fleste tilfellene innenfor normalområdet når det gjelder generelle evner, men opplever mer spesifikke kognitive og motoriske utfordringer som gjør seg utslag knyttet både til faglige og sosiale aspekter (Zeiner, 2004). En god og grundig utredning kan være både kostbar og tidkrevende, og det kan derfor være fristende å forenkle deler av den. Dette vil derimot gjøre det vanskeligere å utelukke differensialdiagnoser eller komorbide lidelser, og kan således medføre økt risiko for en feildiagnostisering eller i beste fall gi en mangelfull diagnostisering. Det er altså sånn at en utredning både kan forsøke å stille en diagnose, utelukke en diagnose, finne flere dekkende diagnoser, eller finner andre diagnoser som er mer beskrivende for den problematikken som avdekkes. En utredning bør som regel si noe om forventede prognoser, og vurdere hvilke behandlingsformer og/eller tiltak som kan være aktuelle. Uansett er det hensiktsmessig å sette i gang behandling og tiltak så tidlig som mulig

da ubehandlet ADHD ofte kan medføre en rekke problemer og vansker for elevene både på kortere og lengre sikt. Tidlige intervensjoner gir vanligvis bedre prognoser i behandlingssammenheng (Sounga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury og Weeks, 2001; Wehmeier, Schacht og Barkley, 2010).

Elever som viser flere symptomer, høyere symptomtrykk, og/eller tegn til annen samtidig problematikk, er gjerne de som opplever størst svekkelse av funksjonsnivået (Egger, Kondo og Angold, 2006). Det kan være at man velger å sette flere diagnoser for på best mulig måte kunne beskrive de vanskene barnet sliter med. Diagnoser som opptrer samtidig og som gjerne påvirker hverandre, kalles komorbide lidelser, og over halvparten av barn som blir diagnostisert med ADHD har en eller flere komorbide lidelser (Bryhn, 2009; Zeiner, 2004). Noen opptrer oftere sammen enn andre, og sammen med ADHD ser man ofte lese- og skrivevansker, skolevegring, tvangslidelser, tilpasningsforstyrrelser, Tourettes syndrom, tics, motoriske utfordringer, søvnproblemer, eller vansker knyttet til emosjonsregulering og sosiale interagering (Strand, 2007; Sung, Hiscock, Sciberras og Efron, 2008; Zeiner, 2004). Videre kan også antisosial personlighetsforstyrrelse, angst, depresjon og rusmiddelmisbruk vise seg aktuelt når elevene nærmer seg tenårene (Fisher, Barkley, Smallish og Fletcher, 2002; Young og Amarasinghe, 2010). I sånne situasjoner vil det være hensiktsmessig å forsøke å kartlegge hva som er hva. I ytterste konsekvens vil symptomene knyttet til de forskjellige diagnosene kunne medføre større utfordringer, både i skolehverdagen og den dagligdagse fungeringen, enn de ville ha gjort hver for seg.

Vi har andre tilfeller hvor en diagnose utelukker en annen, eller at den har forrang i behandlingsøymed. Det betyr at den bør bli forsøkt behandlet først, før man eventuelt kan sette inn tiltak for den andre diagnosen. ICD-10 (WHO, 2011) viser til at blant andre en angstdiagnose eller en affektiv lidelse som oftest vil ha forrang fremfor en hyperkinetisk forstyrrelse. Det kan også være at man undersøker og finner ut at barnets symptomer samstemmer i større grad med en annen diagnose enn den man først vurderte. Differensialdiagnoser er altså diagnoser som ligner på hverandre når det gjelder hvordan symptomene kommer til uttrykk.

En utredning vil forsøke å kartlegge sterke og svake funksjoner hos et individ, se etter mønster som er typiske for den aktuelle diagnosen, og forsøke å avdekke andre faktorer som potensielt kan påvirke individets livskvalitet (Øgrim, 2009). Man vil også forsøke å danne en

oversikt over andre faktorer som kan påvirke diagnosens alvorlighetsgrad og utviklingsforløp. Diverse psykologiske tester kan bli brukt, men det er verdt å påpeke på nytt at testresultater i stor grad reflekterer prestasjonen i en gitt testsituasjon, og ikke nødvendigvis en tilstand (Idås og Våpenstad, 2009). Dette poengterer således viktigheten av at man tar seg tid til å gjennomføre godt dokumenterte observasjoner av eleven i forskjellige situasjoner. Når det gjelder ADHD vil en utredning og diagnostisering kunne åpne for mulig behandling og tilrettelegging, avhengig av de vansker som avdekkes, både på skolen og i hjemmet. En god faglig rapport vil komme med forslag til individuelle tiltak for eleven. Slike tiltak vil bli omtalt senere i oppgaven, men først skal vi ta for oss de diagnostiske veilederne som benyttes per dags dato.

ICD-10 og DSM-5

For å fastsette diagnosen må enkelte kriterier være oppfylt, og disse er tilgjengelige i et diagnoseverktøy. International Classification of Diseases, versjon 10 (ICD-10) er utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon (WHO), og er det verktøyet som hovedsakelig benyttes av psykologer og leger i Norge. Man kan også velge å bruke den amerikanske psykologforeningen (APA) sin Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 5 (DSM-5).

I ICD-10 finner vi ADHD-diagnosen under kapittelet Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder, omtalt som F90 Hyperkinetiske forstyrrelser. Generelt for disse står det at:

Denne gruppen lidelser kjennetegnes ved tidlig debut og en kombinasjon av overaktiv, dårlig tilpasset atferd med tydelig uoppmerksomhet og tendens til å skifte aktivitet eller til ikke å gjøre noe ferdig, og ved at disse atferdstrekkene vedvarer over tid.
(WHO, 2011, s. 259)

Og videre at:

Hyperkinetiske forstyrrelser inntreffer tidlig, og vanligvis i løpet av de fem første leveår. De viktigste kjennetegnene er manglende utholdenhet i aktiviteter som krever kognitivt engasjement, og tendens til å skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre

noe ferdig i kombinasjon med uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet.
(WHO, 2011, s. 259)

For å stille diagnosen ut i fra ICD-10 (WHO, 2011) kreves tydelige tegn på rastløshet, overaktivitet og sviktende eller nedsatt oppmerksomhet. Det vektlegges at symptomene vedvarer over tid og at de medfører funksjonsnedsettelse i sosiale sammenhenger på tvers av arenaer (hjemme, skole, lek og lignende). Det siste punktet finner vi også igjen i DSM-5 (APA, 2013), men de har på sin side valgt å liste opp en rekke symptomer under kategoriene ”Oppmerksomhetssvikt” og ”Hyperaktivitet og impulsivitet”. De krever at minst seks av disse symptomer på oppmerksomhetssvikt og/eller hyperaktivitet og impulsivitet er tilstede, og at symptomene har vært tilstede i løpet av de seks siste månedene. En konsekvens av konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og/eller impulsivitet er at oppmerksomheten som kreves for å gjøre skolearbeid svekkes, og videre vil motivasjon, prestasjon og atferd i læringssituasjonen påvirkes.

Med *konsentrasjonsvansker* menes det at man har vansker for å konsentrere seg i situasjoner som krever dette, og at man gjerne blir lett distraheret eller avledet, at man gjør slurvfeil, eller at man ikke følger med når instruksjoner gis fordi man da er opptatt med andre ting.

Hyperaktivitet beskriver det man gjerne ser som kroppslig eller motorisk uro. Elevene vil ha vansker med å sitte stille ved pulten sin, eller de kan pirke borti medelever. Overdrevet mye snakking, gjerne i raskt tempo, høyløst og med hyppig skiftende tema, kan også være et uttrykk for hyperaktivitet. Når elevene blir eldre kommer hyperaktiviteten ofte til uttrykk som en indre uro og rastløshet. *Impulsivitet* derimot, sikter til en redusert evne til å reflektere før man prater eller handler, og man observerer gjerne at elevene har vansker med å vente på tur eller ikke rekker opp hånden for å svare på spørsmål. Med bakgrunn i dette beskriver DSM-5 ADHD som en diagnose med flere undergrupper; ADHD oppmerksomhetssviktype, ADHD hyperaktiv/impulsiv type, og ADHD kombinert type.

Noe som klart skiller de to manualene klart fra hverandre er tidspunkt for onset, altså individets alder når symptomene begynner å gjøre seg gjeldende. ICD-10 antyder før fylte fem år, mens DSM-5 setter grensen ved 12 år. En annen forskjell er at mens DSM-5 krever minimum seks symptomer på oppmerksomhetssvikt og/eller hyperaktivitet og impulsivitet, så må kriteriene for både rastløshet, overaktivitet og sviktende/nedsatt oppmerksomhet være oppfylt dersom man legger ICD-10 til grunn. Vide diagnoser vil favne om flere individer enn

snevre diagnoser, men vil samtidig medføre flere falske positive, det vil si mulige feildiagnostiseringer. I ytterste konsekvens skjer dette dersom man tar utgangspunkt i DSM-5, men samtidig vil man kunne la være å fange opp individer som i noen grad kan være behandlingstrengende dersom man benytter ICD-10.

Realiteten er at stadig flere elever blir diagnostisert med ADHD, både i USA, som benytter DSM-systemet, og i Norge, hvor ICD-manualen står sterkest. Dette kan skyldes en samfunnsmessig utvikling med nye og annerledes krav til elevene, eller det at man nå har mer fokus på avvikende atferd hvor man tidligere tillot en større variasjon av elevers væremåte. Det kan skyldes nyere forskning og mer tilgjengelig kunnskap rundt temaet. Det kan også tenkes at andre krefter står bak da enkelte diagnoser utløser ressurser til skolen, og ikke minst at noen diagnoser kan være økonomisk gunstig for farmakologiske selskaper da de åpner for medikamentell behandling.

Feildiagnostisering

Oppgaven vil kort ta for seg feildiagnostisering da dette er relevant med tanke på optimal pedagogisk tilrettelegging og en eventuell medikamentell behandling av individets lidelse, samt poengtere mulig svakhet med systemet. Det første man bør merke seg er at symptomer utspiller seg forskjellig og i varierende grad hos den enkelte. Svært sjelden vil to elever med ADHD oppleve helt identiske symptomer og med et helt likt symptomtrykk. Som assisterende generalsekretær Knut Bronder i ADHD Norge så fint poengterer: Har du sett en med ADHD, så har du sett én med ADHD (Rugtvedt, 2008). Det faktum at man ikke må ha alle symptomene på listen for å tilfredsstillte kravet for at en diagnose kan settes, bidrar til at det man beskriver som ADHD kan opptre med forskjellige uttrykk og med varierende symptomtrykk. Et annet poeng er det faktum at diagnoser som benyttes i psykiatrien i stor grad baserer seg på egenrapportert av symptombildet. Dette vil sannsynligvis medføre både overrapportering og underrapportering av forskjellige symptomer, samt at man kan oppleve at pasientens eller de pårørendes fokus medfører en skjevrappotering. På den andre siden kan det hevdes at en utredning av en skoleelev i større grad enn mange andre diagnostiske utredninger, vil støtte seg på flere observatører og man vil således ha et grundigere utgangspunkt for å fastsette en eventuell diagnose.

Når man skal stille en diagnose begynner man som oftest bredt for deretter å utelukke alternativer. Ved å ha en klar hypotese om hva årsaken til problemet er, vil man kunne se seg

blind på andre alternativer, eller ubevisst søke utelukkende etter bekreftende observasjoner. Dette kan medføre at feil diagnose stilles. For eksempel er det vanlig at barn utsatt for omsorgssvikt, traumer, mobbing, vold, eller andre belastninger over tid (for eksempel rus og/eller psykiske lidelser i nære relasjoner, eller andre former for stress) ofte opptrer urolig og kan fremstå som ukonsentrerte (Anda et al., 2002; Dube et al., 2001; Eiden et al., 2010; Hunt, Slack og Berger, 2017; Idås og Våpenstad, 2009; Park og Schepp, 2015). Dersom dette tolkes som uttrykk for ADHD vil man i verste fall ikke avdekke omsorgssvikt, forhindre nye overgrep, eller gi adekvat behandling. Samtidig vil ikke en pedagogisk tilrettelegging på skolen nødvendigvis gi resultater da roten til problemene har et annet opphav enn det man går ut i fra.

Konsekvenser av diagnostisering

ADHD kan påvirke en elev direkte ved at det er eleven selv som blir utredet og muligens diagnostisert, eller indirekte, som følger av at søsken eller medelever oppfyller diagnosekriteriene. Dette fordi det gjerne kan medføre en del støy og uroligheter for de som er rundt eleven. Oppgaven vil hovedsakelig fokusere på elevene som rammes direkte, og forsøke å besvare problemstillingen knyttet til utfordringer, behandling og tilrettelegging hovedsakelig ut i fra deres ståsted. Samtidig kan man ikke ignorere det faktum at elever med utfordringer påvirker sine medelever i varierende grad, og på denne måten kan man argumentere for at dersom den økte forekomsten av ADHD-diagnoser i den norske grunnskolen faktisk skyldes at det objektivt sett er flere tilfeller, så vil dette påvirke alle elevers skolehverdag i større eller mindre grad. På den andre siden kan man si at dersom det er sånn at man i dag klarer å avdekke flere av de reelle tilfellene, så vil det være gunstig for medelevene da dette gjerne medfører flere ressurser til skolen, samt at ved å tilrettelegge for de elevene som rammes, så vil kanskje klasserommet og arbeidsmiljøet på sikt bli roligere og bedre for alle elevene.

Når en diagnose stilles gjøres dette for å beskrive et problemområde eller andre subjektive vansker med behov for tilrettelegging og mulig behandling. Diagnosen blir således et verktøy i søken etter bedre livskvalitet for den berørte. På den andre siden vil en del diagnoser medføre ulemper eller ha direkte negative konsekvenser. ADHD, eller hyperkinetiske forstyrrelser, er klassifisert i ICD-10 under psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Diagnoser, og spesielt psykiske lidelser, er fortsatt tabubelagt og man opplever gjerne stigmatisering av de berørte. Dette støttes av forskning som viser at elever med ADHD i

større grad enn andre oppfattes som upopulære, og at de oftere står i faresonen for å bli utestengt fra sosiale aktiviteter som lek og gruppearbeid av sine medelever (DuPaul og Stoner, 2014; Nijmeijer et al., 2008; Nixon, 2001; Stormont, 2001; Zeiner, 2004). Om dette skyldes det faktum at de er diagnostiserte og således har fått en merkelapp som de andre medelevene kjenner til, eller om det hovedsakelig er symptomene på diagnosen som bidrar til denne oppfatningen blant medelevene, sier forskningen lite om. Denne elevgruppen er videre mer utsatt for å oppleve alvorlige psykiske, sosiale og akademiske vansker på alle utviklingsstadier (DuPaul og Stoner, 2014; Young og Amarasinghe, 2010). En medvirkende årsak til dette kan være at symptomene deres ofte medfører sosiale utfordringer som følger av at disse barna gjerne pirker bort medelever, viser manglende evner til å følge instruksjoner, ikke klarer å sitte stille på stolen sin, eller avbryter andres samtaler og lek.

Samtidig kan det tenkes at en diagnose, slik som ADHD, vil kunne skape større forståelse hos medelever for atferd som kanskje er litt på kanten. Om dette er tilfellet, bør man passe på at elever ikke *blir* diagnosen sin og at atferden deres ofte unnskyldes av diagnosen. I verste fall vil man da kunne erfare at vedkommendes atferd blir forstått og forklart utelukkende med bakgrunn i diagnosen, og at man ikke tar hensyn til at også medelever ville ha handlet på lignende måte i tilsvarende situasjon.

Å bli diagnostisert med ADHD kan føre til utfordringer på lengre sikt. For eksempel er det sånn at fastlegen, tidligere fylkeslegen, har ansvar for å vurdere egnethet hos individer med ADHD med tanke på blant annet førerkort (Helsedirektoratet, 2018). Er en person sterkt råket av ADHD, hvor uoppmerksomhet er et av flere kjennetegn, så er det selvfølgelig ikke ønskelig å treffe på disse personene i trafikken. Samtidig vet vi at mange med ADHD er stabile sjåførere, så diagnosen er ikke ensbetydende med at man ikke kan få førertillatelse. Utfordringer møter man også på om man har fått diagnosen og ønsker å reise som utvekslingselev på videregående. Det er enkelte land, som for eksempel USA, som nekter å ta imot elever med diagnoser, da de anser dette som å ta imot et problem, uavhengig av hvilken diagnose eleven har, hvordan den viser seg og resultater av eventuell behandling. Det fins også tilfeller av utdanninger man ikke kvalifiserer til dersom man har en psykisk diagnose som ADHD jo er regnet som. I så tilfelle er kan en diagnostisering på svakt grunnlag, og i verste fall en feildiagnostisering, ødelegge og spolere mange fremtidsdrømmer for elever som blir utsatt for dette. En feildiagnostisering kan også ses som en økonomisk belastning for samfunnet da man gjerne setter i gang kostbare tiltak for å tilrettelegge for elevens

skolehverdag og læringsituasjon uten at det egentlig er nødvendig og uten at man vil se noe reelt forbedret resultat.

Love og rettigheter

Til tross for at en diagnose kan ha negative konsekvenser, så vil den samtidig utløse rettigheter og andre goder. Ikke alle er klar over hvilke rettigheter elevene har, og det er svært hensiktsmessig at foreldre/foresatte informeres grundig om dette i forbindelse med en utredningsprosess. Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) slår fast at:

§ 1-3. Tilpassa opplæring og tidleg innsats

Opplæringa skal tilpassast evnene og føresetnadene hjå den enkelte eleven, lærlingen, praksisbrevkandidaten og lærekandidaten.

§5-1. Rett til spesialundervisning

Elevar som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet, har rett til spesialundervisning. I vurderinga av kva for opplæringstilbod som skal givast, skal det særleg leggjast vekt på utviklingsutsiktene til eleven. Opplæringstilbodet skal ha eit slikt innhald at det samla tilbodet kan gi eleven eit forsvarleg utbytte av opplæringa i forhold til andre elevar og i forhold til dei opplæringsmåla som er realistiske for eleven. Elevar som får spesialundervisning, skal ha det same totale undervisningstimetallet som gjeld andre elevar, jf. §2-2 og §3-2.

(Lovdata, 2019).

Det står ikke noe spesifikt om ADHD i lovverket, men det er klart at elever som diagnostiseres med ADHD vil kunne ha vansker forenelig med det som utløser paragrafene gjengitt ovenfor. Spesielt § 1-3 viser at elever som diagnostiseres med ADHD har krav på tilpasset opplæring. Faktisk har alle elever krav på tilpasset opplæring etter denne paragrafen, men man kan anta at de som diagnostiseres vil ha et større behov for en spesifikk tilrettelegging sammenlignet med den gjennomsnittlige eleven. Det er viktig at man forsøker å tilpasse undervisningssituasjonen til hver enkelt elev så langt det er mulig, og elever med ADHD vil eksempelvis kunne ha behov for flere forskjellige typer undervisning (Engh, 2014). Lærerne må ha nok kunnskap til å kunne møte elevene der de er med tanke på forutsetninger for læring, og tilpasse opplæringen sånn at elevene oppnår et tilfredsstillende

læringsutbytte. Samtidig har mange av de elevene som diagnostiseres et gjennomsnittlig evnenivå, og mange opplever symptomene som nok så kontrollerbare i den vanlige klasseromsundervisningen.

Dersom elever derimot ikke er i stand til å nyttiggjøre seg av det ordinære undervisningsopplegget, vil de kunne utløse rett til spesialundervisning, jamfør §5-1. Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) vil da kobles inn etter samtykke fra foreldre/føresatte (Engh, 2014). Elever med tilleggsvansker vil gjerne ha større behov for spesialundervisning sammenlignet med en elev som bare viser milde eller moderate symptomer på ADHD. Dersom elever tas ut av den ordinære klasseromsundervisningen, er det viktig at man er klar over at eleven går glipp av en del av det sosiale aspektet som følger med skolehverdagen og som er mål i læreplanen. Man må derfor tenke helhetlig og drøfte flere forskjellige alternativer for å komme frem til en løsning som er tilpasset eleven.

Som nevnt tidligere kan ADHD vise seg på forskjellige måter. Hos elever hvor konsentrasjonsvansker er spesielt fremtredene, kan innlæring av nytt materiale og ny kunnskap være spesielt utfordrende. For disse barna vil en-til-en undervisning kunne være nyttig for å unngå eller tette hull i kunnskapen, mens for de elevene hvor impulskontrollen er svekket, vil det derimot kunne være en trygghet i å følges tettere av klasseforstanderen for å unngå fristelser og/eller stoppe situasjoner før de går for langt. Slike fristelser og situasjoner vil kanskje ikke oppstå dersom elevene blir tatt ut av klasserommet for å motta en-til-en undervisning, men samtidig har de kanskje ikke tilstrekkelig behov for en så tett og kostbar oppfølging.

Individuell plan

Elever som diagnostiseres med ADHD har rett på å få utarbeidet en individuell plan for å sikre at hjelpeapparatet har den samme forståelsen av individets vansker og at alle jobber mot de samme målene (Utdanningsdirektoratet, 2006). Skolen er en spesielt viktig aktør i denne sammenheng da barn tilbringer store deler av hverdagen her. Det pekes på viktigheten av skolen som en sosial arena hvor man kan tilrettelegge for at eleven får oppleve det å mestre, både faglige oppgaver og sosialt samspill, så lenge det tilrettelegges systematisk for dette i omgivelser som oppleves som trygge for eleven. Det er samtidig viktig at skolen sørger for god struktur.

Økt forekomst

Det er vanskelig å få et helhetlig inntrykk av hva den økte forekomsten av ADHD-diagnoser skyldes. Er det snakk om tidligere underdiagnostisering (Froehlich, Lamphear, Epstein, Barbaresi, Katusic og Kahn, 2007; Moldavsky, Groenewald, Owen og Sayal, 2013), viser nåværende statistikk det reelle antall tilfeller, eller er det en nåværende overdiagnostisering og sykeliggjøring av atferd (Befring, 2008) som ikke faller inn under en stadig snevrere normalkategori? Det er grunn til å anta at lærere, skole, den farmasøytiske industrien, foreldre, elever og samfunnet generelt kan ha sprikende motiv når det gjelder bakgrunn for ønsket om en utredning og mulig diagnose, og ikke minst forskjellig syn på tilrettelegging og behandling. ADHD er en av de mest undersøkte diagnosene som settes på barn i vår tid (Young og Amarasinghe, 2010). En økt bevissthet rundt symptomer og diagnoser, samt interesse fra forskning og fagfelt, medfører ofte en økt forekomst, og dette er noe vi har vært vitne til når det gjelder antall diagnoser og medikamentelt behandlede tilfeller av ADHD (Idås og Våpenstad, 2009). Vi skal først se nærmere på statistikken før vi tar for oss potensielle motiv og mulige forklaringer på den økte forekomsten.

Statistikk

Tidligere snakket man om MBD – Minimal Brain Damage. Dette begrepet fokuserte på oppmerksomhetssvikt som det sentrale symptomet. Det var først på slutten av 1980-tallet, da Attention-deficit/hyperactivity disorder ble implementert i DSM-III-R i 1987, at det kom diagnostiske retningslinjer for det vi nå omtaler som ADHD. Dette er medvirkende årsak til at vi ikke har spesielt gode tall på antall registrerte tilfeller av diagnostiserte og medisinerende elever i perioden før årtusenskiftet. Til tross for dette har man likevel behandlet barn og unge som lider av uro og oppmerksomhetsvansker både medikamentelt og ikke-medikamentelt før den tid. Forskjellen er at det nå ligger en massiv nasjonal og internasjonal forskning til grunn for både tiltak, tilrettelegging og medikamentell behandling.

Denne oppgaven vil ta for seg tallene fra og med 2004 til og med 2016, som er tilgjengelig via Reseptregisteret. Viser til Tabell 1 i appendiks for en mer utfyllende statistisk oversikt. Tallene det her refereres til, sier noe om hvor mange elever det er som i løpet av gitt år har fått utlevert medikament for å behandle ADHD ved minst en anledning. Det er viktig å poengtere at selv om medikamentet blir foreskrevet på resept og utlevert ved norske apotek, så kan vi ikke vite med sikkerhet at legemidlene blir brukt som foreskrevet da dette er opp til det enkelte individet/hjemmet å håndtere. Tallene sier derfor ikke noe om hvor mange som

faktisk benyttet de utleverte medikamentene, eller hvor mange som mottok kontinuerlig behandling i perioden.

Tallene viser antall elever i alderen 5-9, 10-14, og 15-19 som behandles medikamentelt for ADHD. Det vil si at vi i denne oppgaven også inkluderer elever i den videregående skolen til tross for at problemstillingen tar utgangspunkt i grunnskolen. Dette blir gjort for bedre å belyse den utviklingen som har funnet sted da disse elevene de første årene ville ha blitt regnet som grunnskoleelever, og for å kunne knytte tallene opp mot utenforliggende variabler som for eksempel kognitiv modning mellom kjønnene.

Gjennomsnittsalderen for diagnostisering av ADHD er 9 år (Ørstavik m. Fl., 2016). Ved første øyekast ser vi at det er en hyppigere forekomst av medisinerende tilfeller blant gutter sammenlignet med jenter, og at dette gjelder for alle aldersklasser. Dette stemmer med forventningene basert på antall diagnostiserte tilfeller. Vi ser en markant økning av det totale antall tilfeller fra 2004 til 2005, hvor det på landsbasis rapporteres om nærmere 3000 nye tilfeller, og at det videre øker jevnt med rundt 1000 nye tilfeller i året frem til og med 2010. Fra og med 2011 skjer det en utflatning, og antall nye tilfeller er redusert til noen få hundre. Det er viktig å poengtere at det i denne perioden samtidig har vært en befolkningsvekst, så trolig kan en del av tilfellene skyldes at det er flere individer totalt sett. Likevel er ikke den prosentvise befolkningsveksten i nærheten av økningen vi har sett i antall tilfeller som er medisinerende for ADHD.

Det er ikke et krav om at de som diagnostiseres blir behandlet medikamentelt. Det føres offentlig statistikk over tilfeller som medisineres, men ikke over tilfeller som er diagnostisert. Dette betyr at man ikke kan si med sikkerhet hvor mange elever som faktisk er diagnostisert (eller oppfyller kravene til diagnosen) per dags dato, men man kan likevel anta at det er flere som diagnostiseres nå med bakgrunn i at det er langt flere som blir behandlet medikamentelt. Det at flere gutter enn jenter blir behandlet medikamentelt, indikerer likevel at det er en kjønnsdiskrepans i antall diagnostiserte tilfeller. I 2004 var rundt 80% av tilfellene gutter, mens tilsvarende tall i 2016 var nær 70%. Det at flere gutter enn jenter blir diagnostisert og medisinerende er i tråd med internasjonale forskningsfunn (Ørstavik, et al., 2016). Det kan tenkes at mental modenhet gir seg utslag da man antar at jenter generelt modnes tidligere enn gutter (Tetzchner, 2012). Samtidig blir det ofte vist til at ADHD viser seg forskjellig hos jenter og gutter ved at jenter sliter mer med konsentrasjon enn kroppslig urolighet. Videre at jenter ofte

forblir udiagnostiserte av den grunn at de ikke blir oppdaget og utredet da de har en tendens til ikke å forstyrre klasseromsundervisningen. Spesielt viser tallene tidlig i tenårene (aldersgruppen 10-14) en forskjell mellom kjønnene. Dette virker ut til å jevne seg noe ut mot slutten av tenårene (aldersgruppen 15-19), selv om forskjellen fortsatt er stor.

Studier (Karlstad, Furu, Storltenberg, Håberg og Bakken, 2017) har funnet at barn som er født sent på året oftere blir diagnostisert med ADHD sammenlignet med de som er født tidlig på året. Tar man gutter født i årets tre siste måneder og sammenligner med samme alderskull født i årets tre første måneder, finner man at 5,3% mot 3,7% ble behandlet medikamentelt mot ADHD. For jenter var tilsvarende tall 2,2% mot 1,3%. Tallene holdt seg stabile opp til minst 14-års alder da studien ble avsluttet. Dette kan vurderes som støtte til hypotesen om at kognitiv modenhet er en avgjørende faktor når det gjelder hvem som diagnostiseres. Elevers modenhet kan således være en utslagsgivende faktor i en diagnostisk prosess, og likedan anses som mulig opphav til feilkilde når diagnosen vurderes.

Dersom vi ser på omsetningen av medikamenter oppgitt i kroner, går vi fra totalt 61 852 068 kr i 2004, til 93 047 212 i 2005, og videre til hele 106 529 834 kr i 2016. Deler vi summene på antall individer ser vi at den gjennomsnittlige kostnaden knyttet til hvert individ har gått ned fra rundt 6700 kr i 2004, til rundt 5700 kr i 2016. Sånn sett er det nå en lavere kostnad knyttet til hvert enkelt tilfelle, men farmasøytiske selskaper vil likevel sitte igjen med en større profitt og nyter helt klart godt av den økte forekomsten. Litt satt på spissen, kan man stille seg spørsmål om hvor etisk det er at barn skal medisineres for å skape fortjeneste til store selskaper.

Samfunnsmessig utvikling

Vi lever i et samfunn som er i stadig utvikling, og ADHD bør drøftes i lys av dette.

Eksempelvis kan det nevnes at vi i Norge har gått fra å være et samfunn hvor mor i de fleste familier var hjemmeværende, mens barn i dag opplever stort sett at begge foreldrene er i arbeid. Barn blir institusjonaliserte i barnehager og på skoler tidligere i livet sammenlignet med generasjonene før. Her stilles det gjerne krav til sosial kompetanse og selvstendighet. Vi har gått fra utelek med klatring i trær og fotballspilling på løkka til stillesittende dataspill. Det er forventet at vi tilpasser oss disse endringene, men det er et kjent evolusjonistisk prinsipp at ikke alle evner å tilpasse seg like raskt og i like stor grad. Samtidig krever også skolen stadig mer stillesitting, og praktiske fag blir gjerne nedprioritert til fordel for mer teoretiske fag.

Samfunnet stiller altså strengere krav til tilpasning i form av økte krav og mer passiv atferd, og dette kan medføre en lavere toleranse for avvikende atferd (Olsen, 2007). Diagnostisering blir ofte benyttet for å beskrive avvikende atferd.

Samtidig med økte krav om tilpasning, rapporteres det, som tidligere nevnt, at barn født sent på året oftere diagnostiseres med ADHD sammenlignet med de som er ført tidlig på året (Karlstad, Furu, Storltenberg, Håberg og Bakken, 2017). I utgangspunktet er det ikke noe som skulle tilsi at barn som er født senere på året har en større risiko for å utvikle nevrobiologiske tilstander som ADHD, men i seks-syv-års alder kan opp mot ett års aldersforskjell (et januarbarn sammenlignet med et desemberbarn) vise seg å være svært utslagsgivende med tanke på modenhet og kognitiv utvikling. Mye skjer i utviklingssammenheng i løpet av ett år, spesielt gjelder dette i løpet av de første leveårene. I ytterste konsekvens kan man ende opp med desemberbarn som helt fra tidlig barnehagealder har en følelse av ikke å henge med i utviklingen til resten av årskullet, eller at barnet blir oppfattet av samfunnet som mindre velfungerende eller modent. I kombinasjon med at elevene begynner ett år tidligere på skolen, kan dette bli svært utslagsgivende for desemberbarnet. Utviklingen skjer gjerne raskest de første leveårene, og avtar gradvis sånn at forskjellen på en januar-ungdom og en desember-ungdom ikke kan sies å være like fremtredende som den mellom et januarbarn og et desemberbarn. Kognitiv modenhet og aldersforskjeller er noe skolen bør ta stilling til når den tilpasser opplæringen til den enkelte eleven uavhengig av diagnose eller ikke. Spesielt på de laveste trinnene.

Befring (2008) påpeker at en økt forekomst av diagnostiserte tilfeller kan være et uttrykk for en sykeliggjøring av barn og unge, og hevder dette kan få uante konsekvenser. Vi blir alle sammen påvirket av medias fokus på patologi, helse, behandling og livsstil. Dette kan føre til at hva vi anser som normalt blir innsnevret. Individuer som skiller seg ut, anses som annerledes og avvikende, og kan oppleve å blir sykeliggjort uten at det nødvendigvis er tilstrekkelig grunnlag for dette. Skolen har et ansvar for å sørge for aksept og inkludering av alle elever uavhengig av bakgrunn, vansker og diagnoser.

Behandling av ADHD

Barn og unge som utredes for, eller har blitt diagnostisert med ADHD, vil i varierende grad ha behov for tiltak knyttet til behandling og tilrettelegging i hverdagen. Etter en utredningsprosess hvor det er konkludert med at eleven tilfredsstillende oppfyller kravene for å sette

diagnosen, må man ta stilling til hvilken form for behandling som vil være mest hensiktsmessig, og hvilke andre tiltak man kan gjøre for på best mulig måte tilrettelegge for eleven på skolen og i hjemmet. Medikamentell behandling er kanskje den vanligste behandlingen av ADHD i dag, og da helst i kombinasjon med andre tiltak som del av en multimodal tilnærming (Øgrim og Gjærum, 2002; Ørstavik et al., 2016). En fordel med medikamentell behandling er nettopp at det ofte gjør eleven mer mottakelig for andre former for behandling og tilrettelegging fordi den bidrar til økt konsentrasjon og svekket kroppslig og motorisk uro. Samtidig er det viktig å poengtere at medikamentell behandling kun virker direkte på kjernesymptomene oppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet, og ikke direkte på andre vansker og komorbide lidelser. Det er derfor viktig at man fokuserer på viktigheten av å iverksette pedagogiske tiltak.

Jo eldre eleven er, jo større er sjansen for at man tenker medikamentell behandling som førstevalg, og som et alternativ i kombinasjon med andre tiltak. Hos små barn har man foreløpig hatt en liten reservasjon knyttet til at man ikke har god nok kunnskap om hvilke konsekvenser bruk av sentralstimulerende midler kan få på lengre sikt, og spesielt dersom det er snakk om tidlig igangsettelse. Likevel skjer det at barn i noen tilfeller medisineres før skolealder.

Medikamentell behandling

Oppgaven tar for seg medikamentell behandling da forståelsen av hvordan denne fungerer, ved å dempe symptomene, men ikke fjerne tilstanden, er viktig å ha kunnskap om når man planlegger og setter i gang med pedagogiske tiltak. Det hetes at det stort sett bare er de som er hardest rammet som tilbys medikamentell behandling, men i litteraturen får man inntrykk av at medikamentell behandling ofte er førstevalget, og i noen tilfeller det eneste valget.

Retningslinjene fra Helsedirektoratet (2014) påpeker derimot at medikamentell behandling skal være et andrevalg man kan benytte seg av dersom atferdsterapi, pedagogiske og/eller psykososiale tiltak ikke medfører en tilstrekkelig forbedring. Tall fra Reseptregisteret (2018) viser at bruken av sentralstimulerende medikamenter har økt i takt med antall diagnostiserte tilfeller, og sammenligner man disse tallene opp imot Norsk Pasientregister (NPR), kommer det frem at rundt 80% av de barna som har fått diagnosen ADHD i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008-2013, har fått utskrevet minst én resept på sentralstimulerende medikamenter (Ørstavik et al., 2016).

De medikamentene som benyttes i Norge er kjent som Ritalin, Concerta, Strattera og Elvanse. Statistikken som er hentet fra Reseptregisteret (2018), og som ligger til grunn for denne oppgaven, tar utgangspunkt i fem legemiddelsubstanser: racemisk amfetamin (ATC-kode N06BA01), dexamfetamin (ATC- kode N06BA02), metylfenidat (ATC-kode N06BA04), atomoksetin (ATC-kode N06BA09) og lisdeksamfetamin (ATC-kode N06BA12). Dette er stoffer som misbrukes illegalt i større doser under betegnelsen amfetamin. Vi ser på bruk av alle tilgjengelige legemidler under ett.

Medikamentene har som formål å øke konsentrasjonen og redusere motorisk uro, hyperaktivitet og impulsivitet (Thomsen og Skovgaard, 2010). I en opplærings situasjon er det tenkt at økt oppmerksomhet vil kunne bidra til å lette innlæringen. Felles for disse medikamentene er at de øker tilgjengeligheten av dopamin eller noradrenalin i hjernen, og at de, men unntak av Strattera, regnes som sentralstimulerende. At et legemiddel er sentralstimulerende betyr at det påvirker individets sentralnervesystem, og denne type legemidler klassifiseres som narkotika. Dette må ikke tolkes dit hen at man gir narkotika til barn, og det understrekes at så små doser som gis i behandlingen av ADHD ikke vil medføre noen form for rus. Likevel er misbrukspotensialet for enkelte av disse medikamentene stort. Det gjelder spesielt Ritalin, som er det vanligste medikamentet gitt for ADHD blant elever i den norske grunnskolen.

I den vestlige verden har det vært en markant økning av antall diagnostiserte tilfeller med tilhørende medikamentell behandling (Idås og Våpenstad, 2009). FNs narkotikaorgan uttrykte bekymring allerede tidlig på 2000-tallet da Norge lå på europatoppen, og i verdenstoppen sammen med USA, når det gjelder bruk av medikamentell behandling av ADHD (Forbund mot rusgift, 2006). Funn fra USA viser at det er de elevene med høyest sosioøkonomisk bakgrunn som i størst grad mottar medikamentell behandling (Froelish, Lamphear, Epstein, Barbaresi, Katusic og Kahn, 2007). Dette til tross for at man samtidig har funnet at elever fra fattige, lavstatus familier sammenlignet med elever fra bemidlede familier, i større grad oppfyller de diagnostiske kriteriene i DSM-systemet for ADHD. Norge blir regnet som et av de mest velstående land i verden, og vi har i stor grad tilgang på gratis eller sterkt subsidiert helsehjelp. Det kan tenkes at dette er en medvirkende årsak til at norske skoleelever er å finne i verdenstoppen for mottak av medikamentell behandling.

Det er som tidligere nevnt store økonomiske kostnader knyttet til medikamentell behandling av ADHD. Det har vist seg at ved en god respons på medikamentell behandling så vil de totale kostnadene knyttet til håndtering av tilstanden, både for familien og samfunnet, forventes å bli redusert (Quintero et al., 2018). Forskerne forklarer dette resultatet med at en god respons til medikamentell behandling vil redusere kostnadene knyttet til selve medisinen da elevene trolig vil ha behov for lavere doser, samt at utgiftene knyttet til de ikke-medikamentelle behandlingene også reduseres da en god medikamentell respons i større grad vil redusere fremtoningen av de opplevde vanskene og således medføre lavere behov for pedagogisk tilrettelegging.

Skolen stiller krav til at elevene skal sitte stille, holde plassene sine, og konsentrere seg om arbeidsoppgaver eller undervisning. Det har vist seg at konsentrasjon og oppmerksomhet fremmes ved bruk av rett dosering sentralstimulerende medikamenter selv hos barn som ikke har utfordringer lik de man ser hos dem med ADHD (Thomsen og Skovgaard, 2010). Riktignok krever dette gjerne lavere doser enn hos de barna som er rammet av ADHD, men den prestasjonsfremmende effekten har ført til at akademisk doping har blitt et begrep, spesielt blant studenter som tar høyere utdanning. Man kan stille seg undrende til om generasjon prestasjon evner å overse negative konsekvenser og stigmatisering ved diagnostisering og feildiagnostisering, da de heller kan se på det som en mulighet for medikamentell tilgang for potensielt å forbedre sine akademiske prestasjoner.

Rundt 75% av de barna som mottar medikamentell behandling mot ADHD vil ha en effekt av sentralstimulerende stoffer (Thomsen og Skovgaard, 2010). Forskningen viser til at innad i denne gruppen så vil man se en uttalt effekt hos noen, mens andre har en mer moderat effekt. Dette bidrar til å støtte antakelsen om at medikamentell behandling i seg selv ikke er nok. Det er derfor særdeles viktig at man også tar i bruk andre virkemidler som for eksempel pedagogiske tiltak i skolesammenheng, og at man fortsetter å fokusere på tilrettelegging for andre eventuelle vansker som eleven har. Alle tiltak bør bli evaluert og revurdert med jevne mellomrom.

Pedagoger regnes ikke som helsepersonell, og det er således ingen krav til medikamentell kunnskap blant pedagoger. Det er derfor viktig å poengtere at det ikke er en pedagogisk oppgave å vurdere hvorvidt medikamentell behandling er relevant, ei heller igangsetting av dette tiltaket. Likevel vil pedagogisk personell kunne få opplæring i tilfeller hvor dette anses

som nyttig eller nødvendig, og det kan være at pedagoger må ta stilling til eller vurdere observert effekt i en utprøvningsfase. Det kan hevdes at den medikamentelle behandlingen bør optimaliseres før man kan vurdere effekten av pedagogiske tiltak. En mulig effekt av medikamentell behandling vil kunne ha betydning for hvor mottakelig barnet er for pedagogiske tiltak, samt påvirke behovet for, og utfallet av, pedagogiske tiltak som iverksettes. Det er derfor viktig at man som pedagog har kunnskap om medikamentell behandling. Videre skal vi se nærmere på hvordan skolen bedre kan tilpasses elever med ADHD med bakgrunn i pedagogiske virkemidler.

MTA-studien

I 1999 gjennomførte The MTA Cooperative Group den største randomiserte kontrollerte studien til dags dato for å undersøke langtidseffekt av det behandlingstilbudet som gis elever med ADHD. Bakgrunnen for studien var at det på daværende tidspunkt var svært få studier som tok for seg effekten av behandling for ADHD lenger enn rundt tre måneder etter oppstart. 579 diagnostiserte barn i alderen 7-9,9 år deltok i studien som gikk over 14 måneder. De ble tilfeldig delt inn i fire grupper hvor den ene fikk medikamentell behandling, den andre mottok intensiv atferdsterapi, den tredje en kombinasjon av de to foregående behandlingene, mens den siste gruppen ikke ble tilbudt behandling utover det tilbudet som allerede forelå på hjemmeplassene til disse barna. Det ville ha vært uetisk å ta fra dem et allerede eksisterende tilbud.

Til tross for at dette er en eldre studie i forskningssammenheng er den fortsatt å regne som svært relevant, og man vil trolig finne lignende resultater dersom man gjennomfører studien på nytt i dag. Resultatene viste en betydelig reduksjon av symptomer hos alle gruppene, men samtidig signifikante forskjeller i graden av reduksjon. Det var den tredje gruppen, altså barna som mottok en kombinasjon av både medikamentell behandling og atferdsterapi, som viste størst fremgang. Like bak kom den første gruppen, som bare mottok kontrollert medikamentell behandling. Denne gruppen viste en betydelig bedre fremgang sammenlignet med den siste gruppen, som altså bare fortsatte å motta det behandlingsopplegget som hjemmeplassene tilbød. Dette til tross for at rundt to tredjedeler av barna i den siste gruppen også mottok medikamentell behandling.

Forskningsgruppen konkluderer med at medikamentell behandling i kontrollerte omgivelser er det som har størst effekt på kjernesymptomene, men at atferdsterapi vil være fordelaktig

når det gjelder barnets fungering og da spesielt i sosiale sammenhenger. Denne studien tok spesielt for seg langtidseffekten av behandlingstiltakene, og selv etter 14 måneder var det en kombinasjon av medikamentell behandling og atferdsterapi som viste seg å medføre størst reduksjon i symptomtrykket.

Det er alltid viktig å reflektere rundt svakheter ved studier, og denne studien kan kritiseres da forskerne ikke opererte med en kontrollgruppe. For å styrke resultatene sine burde de ha hatt med en dobbeltblind gruppe hvor rundt halvparten av deltakerne mottok placebo, eller så kunne de ha hatt en gruppe som ikke mottok behandling i det hele tatt. Her ville trolig etiske prinsipper ha satt en begrensning. Videre kan man undre seg på hvilken effekt de faktisk har målt av de forskjellige behandlingsalternativene da virkningen av den medikamentelle behandlingen ble målt mens doseringen var på det mest optimale nivået, mens effekten av atferdsterapien ble målt på et nedtrappingsstadium. Det kan også påpekes at den medikamentelle behandlingen ble tilpasset individuelt med tanke på dosering, mens atferdsterapien ikke hadde noen former for individuell tilpasning da det ble igangsatt et felles opplegg for alle. Barn med ADHD er like forskjellige fra hverandre som det andre barn er, og derfor kan det tenkes at de vil ha behov for individuelle tilpasninger av atferdsterapi for å oppnå mest mulig gunstig effekter av behandlingen.

Til tross for noen svakheter ved studien, har senere forskning støttet opp om funnene, og vi kan således med stor sikkerhet slå fast at en multimodal tilnærming til behandling er det som gir de beste resultatene hos barn og unge med ADHD. Vi skal nå se nærmere på diverse pedagogiske tiltak som kan benyttes alene som ikke-medikamentell behandling, eller i kombinasjon som et supplement til medikamentell behandling.

Ikke-medikamentell behandling

Formålet med alle former for behandling er å redusere symptomtrykket, øke livskvalitet, bedre fungering og redusere eller hindre utviklingen av tilleggsvansker. Til tross for at vi ofte assosierer behandling med medisiner, så finnes det andre måter å behandle eller tilrettelegge for ADHD på, og disse skal vi nå se nærmere på. Disse tiltakene kan og bør vurderes i tillegg til medikamentell behandling, men de kan også være første eller eneste valg. Engh (2014) viser til viktigheten av at pedagogiske tiltak fremmer inkludering i klassemiljøet av eleven det gjelder, samt at de tilpasses på individnivå med utgangspunkt i evner og forutsetninger for læring og utvikling. Noen elever vil fint kunne følge det ordinære opplæringstilbudet, mens

andre vil utløse rett til spesialundervisning etter Opplæringslovas §5-1. Det viktigste man må ta hensyn til, uansett hvilken behandling barnet tilbys, er at barnet får en aldersadekvat tilnærming og at metodene som benyttes oppfattes som meningsfulle og motiverende for de involverte (Young og Amarasinghe, 2010). Det er også nødvendig at man med jevne mellomrom vurderer effekt, og at man husker på å justere tilnærmingen ut fra hvilket utviklingsnivå barnet befinner seg på til en hver tid (Chronis, Fabiano, Gnagy, Wymbs, Burrows-McLean og Pelham, 2001).

Struktur og forutsigbarhet med tydelige rammer er grunnleggende for alle pedagogiske tiltak rundt elever med ADHD, og kan hevdes å være et tiltak i seg selv (Utdanningsdirektoratet, 2006). Elever med ADHD har særskilte behov for tydelig kommunikasjon, gjerne med gjentakelse av viktige beskjeder, samt trygge relasjoner. Videre har det vist seg at elever med ADHD i stor grad fungerer bedre i mindre læringsgrupper enn i store klasserom med mange elever.

Psykoedukasjon

Å ha kunnskap om sin egen eller barnets tilstand anses å være alfa omega når det gjelder behandling av ADHD, og det er derfor viktig at både barnet og familien tilbys informasjon, oppfølging og rådgivning etter diagnostiseringen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Psykoedukasjon kan oversettes med kunnskap om en tilstand, og vil i denne omgang gå ut på å legge til rette for at barnet og familien får tilgang på korrekt og viktig informasjon om diverse symptomer og hva som kan gjøres for å redusere symptomtrykket. God psykoedukasjon vil ta for seg årsak, diagnostisering, mulige behandlingstiltak, og eventuelle bivirkninger som er vanlig som et resultat av oppstart og behandling med medikamentell behandling. Den bør også inkludere informasjon om rettigheter og prognoser. Nok en gang er det derfor viktig at pedagogisk personell har god kunnskap om alt fra diagnosekriterier til utredning og behandling.

Når man har fått korrekt og grundig informasjon vil man på bedre måte være i stand til å ta utdannede valg med bakgrunn i aktuelle forskningsresultater og anerkjent kunnskap om temaet. I tillegg vil det være lettere å gjennomføre behandlingstiltak på en mer utslagsgivende måte. For eksempel vil noen familier i utgangspunktet ha en såpass uoversiktlig og kaotisk hverdag at de kanskje ikke evner å administrere den medikamentelle behandlingen. Da kan det være nyttig å bli oppmerksom på viktigheten av dette sånn at man kan forsøke å

gjennomføre den medikamentelle behandlingen på en hensiktsmessig måte. Det rapporteres også at en god del foreldre i startfasen tenker at medisiner vil være tilfredsstillende, men at de etter hvert innser at ikke alle problemene blir løst, og derfor kommer tilbake med ønsker om andre tiltak (Pierangelo og Giulliani, 2008). Her hadde psykoedukasjon kanskje kunne medført at foreldrene var mer åpen for og interessert i andre alternativer på et tidligere tidspunkt. Tidlige intervensjoner har nemlig vist seg å ha en svært gunstig effekt (Sounga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury og Weeks, 2001; Wehmeier, Schacht og Barkley, 2010)

Med god kunnskap og forståelse av ADHD, vil man også være bedre rustet til å håndtere for eksempel det som muligens vil kunne vise seg av bivirkninger som følger av medikamentell behandling. I tillegg vil det bli lettere å akseptere og forstå barnet og dets utfordringer uavhengig av tiltakene (Pierangelo og Giulliani, 2008). Man vil ha anledning til å stille spørsmål og reflektere over hvilke tilpassninger som er mest relevante og nødvendige for ens egen situasjon og hverdag. Et mål er også at man får et mer realistisk forhold til ADHD, og at det blir lettere å forholde seg til diagnosen, tiltakene og eventuelt den medikamentelle behandlingen.

Barn må lære å tilpasse seg forskjellige kontekster og håndtere en rekke ulike situasjoner. Hjemmet og skolen vil nok være de to viktigste arenaene frem til tenårene eller tidlig voksenalder, og det vil således være hensiktsmessig å sette i gang behandlingstiltak begge steder. Vi skal nå se nærmere på hva dette kan innebære, og ikke minst drøfte utfordringer knyttet til slike tiltak.

Foreldrenes rolle

Foreldre-trening (parental management training – PMT) kan ses på som en forlengelse av psykoedukasjon, og har vist seg å være den mest effektive ikke-medikamentelle behandlingen av ADHD for barn (Young og Amarasinghe, 2010). Dette støttes av en rekke funn som tyder på at problemer knyttet til foreldrene og deres måte å håndtere barnets situasjon i stor grad kan predikere negative langtidseffekter for eleven både knyttet til skolerresultater og generell håndtering av livets utfordringer. Behandlingsprogrammet bygger på sosial læringsteori og kommunikasjonsteori, og er rettet mot barn i alderen 6-12 år med ADHD og atferdsvansker (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Foreldre-trening vil si at foreldrene blir trent i egenskaper som går på tilrettelegging rundt barnet enten ved å adressere problemer direkte, eller ved å fornye eller tilpasse foreldrenes ferdigheter for å bedre foreldre-barn forholdet. Det kan innebære at de lærer seg hensiktsmessige måter å håndtere barnets temperament, eller at de får opplæring i hvordan de kan strukturere hverdagene for å gjøre tilstanden mer oversiktlig og håndterbar for barnet. Videre vil foreldre-trening gjerne fokusere på det at foreldrene lærer seg å identifisere situasjoner som kan utarte seg, og det å kunne lære bort konsekvensenkning direkte eller indirekte til barnet sitt ved selv å være oppmerksom på dette. Det må i denne sammenheng påpekes at foreldre-trening har vist seg mer utfordrende dersom foreldrene selv er diagnostisert eller sliter med ADHD-symptomer, men samtidig at det kan bidra til både kortsiktige og langsiktige effekter i form av økt mestringsfølelse hos foreldrene, et bedre miljø i familien, og til redusert aggresjon og hyperaktivitet hos barnet (Øgrim og Gjerum, 2002).

Studier har vist at parental ADHD, altså at den ene eller begge av foreldrene tilfredsstillende diagnosekriteriene for ADHD, er assosiert med redusert effekt av behandling hos barn (Chronis-Tuscano et al., 2011; Harvey, Danforth, McKee, Ulaszek og Friedman, 2003; Sonuga-Baker, Daley og Thompson, 2002; Wang, Mazursky-Horowitz og Chronis-Tuscano, 2014). Det er ofte slik at når et barn blir diagnostisert med ADHD, så har enten den ene eller begge foreldrene også blitt diagnostisert tidligere, eller de kan være udiagnostisert, men samtidig vise tydelige trekk. Det er rapportert om arvelighet mellom 0,6 og 0,8 for ADHD, noe som tilsvarer høy arvelighet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Det kan tenkes at en forelder med ADHD vil kunne ha vansker med å tilrettelegge og organisere for struktur og rutiner i den grad et diagnostisert barn har behov for det, og således vil barnet ha mindre adekvat hjelp tilgjengelig i de nærmeste ressurspersonene sine. Dette er det viktig at skolen husker på når de tilrettelegger for eleven. Barkley (2006) viser til en rekke beskyttende faktorer som god helse og gode kognitive ferdigheter hos barnet, høy utdanning hos barnets mor, og sterk stabilitet i familien og omsorgspersoner rundt barnet. Tilsvarende blir uro og kringling i hjemmet, økonomiske vansker, og sykdom hos foreldrene vurdert som risikofaktorer.

I en randomisert kontrollert studie hvor både mor og barn mottok behandling i form av foreldre-barn-trening for barnets ADHD, samt at mor mottok egen behandling for sin ADHD, var målet å finne ut om barnets fremgang var avhengig av mors symptomreduksjon (Häge et

al., 2018). Resultatet viste at mors symptomer ble betydelig redusert som følger av hennes behandling. Barna viste også en forbedring, men etter at det var justert for andre faktorer kunne funnene likevel ikke brukes for å støtte hypotesen om at en symptomreduksjon hos mor vil påvirke barnas utfall. Til tross for dette funnet kan man hevde at det ikke vil være en ulempe, men heller muligens en fordel, dersom foreldrene samtidig mottar hjelp og støtte knyttet til egne vansker. Det kan jo tenkes at foreldre som mottar behandling selv, i større grad vil være i stand til å følge opp barnas skolearbeid ved for eksempel å organisere lekser og passe på at barna har med gymtøy.

Foreldre-trening kan i stor grad sammenlignes med atferdsterapi, men samtidig er det en mer indirekte terapiform (Young og Amarasinghe, 2010). I atferdsterapien derimot, finner man gjerne et behandlingstilbud som er rettet mer mot barnet og således mer fokusert på barnets perspektiv. Dette skal vi nå se nærmere på.

Atferdsterapi og kognitiv atferdsterapi

Atferdsterapi er en relativt lite kostbar form for behandling. I stor grad vil det være foreldrene, lærerne og andre nærmeste omsorgspersoner som får opplæring av fagpersoner til å utføre denne formen for terapi. For de yngste elevene vil atferdsterapi gå ut på at barnet opplever positive feedbacks i form av belønning med en gang når det viser ønskelig atferd (Young og Amarasinghe, 2010). Dette gjør at barna utvikler forståelse av at atferden deres og dens konsekvenser. Etter hvert som barna blir eldre kan man involvere dem mer i konsekvenstenkning, altså at man tenker seg til mulige konsekvenser som en kan følge en gitt hendelse. Dette krever derimot at barnet er kognitivt modent og har utviklet gode evner å reflektere og tenke abstrakt. Kognitiv atferdsterapi har vist seg å ha god effekt mot hyperaktivitet, men det samme kan ikke sies i så stor grad om impulsivitet og uoppmerksomhet (Young og Amarasinghe, 2010).

Atferdsterapi kan også benyttes for å motivere elever til å løse oppgaver ved å gi dem hyppige tilbakemeldinger og små belønninger for hver gang de svarer riktig. Akkurat dette blir det lagt opp til i dataprogram som er spesielt utviklet for faglig arbeid. Det skal vi se nærmere på når vi omtaler IKT som tiltak.

Tiltak i hjemmet

Det er gjerne sånn at man tenker på ADHD som en tilstand som først og fremst viser seg på skolen. Dette er i stor grad en feiloppfatning da ADHD regnes som en nevrobiologisk tilstand, og altså ikke er noe man bare har i enkelte situasjoner. Det som derimot er mer sant, er at ADHD har en tendens til lettere å komme til syne i situasjoner som krever mye konsentrasjon og stillesitting. Pedagogiske tiltak og ikke-medikamentell behandling vil som følger av dette naturlig fokusere på skolen som en arena hvor tilrettelegging er nødvendig, men man kan argumentere med at man også må ta hensyn til andre steder og situasjoner eleven befinner seg i. Dette gjelder både i en utredningsfase og i en behandlingsfase. Som vi allerede har sett, har foreldre-trening vist seg å ha god effekt. Det samme gjelder atferdsterapi. Det vil da være unaturlig om slike tiltak ikke skal innføres og øves på i hjemmet.

Skolehverdagen

Når de ikke er i hjemmet, tilbringer barn og unge store deler av hverdagen på skolen. Her skal de lære og utvikle seg både faglig, identitetsmessig og sosialt. Det er nemlig ikke sånn at man går på skole bare for å få innlært ny kunnskap. Mye av identitetsutviklingen skjer nettopp på denne arenaen da barnet vurderer seg selv opp mot medelever, samt kan få tilbakemeldinger fra jevnaldrende og lærere på hvordan de oppfattes av andre. Sosialiseringen er viktig i denne prosessen. Det er derfor viktig å se nærmere på lærerens rolle, og hvordan utforming og gjennomføring av skolehverdagen blir tilrettelagt for elever som har blitt diagnostisert eller viser symptomer forenelige med ADHD.

Som tidligere nevnt vil en rekke av elevene diagnostisert med ADHD også ha en eller flere komorbide lidelser. Disse lidelsene vil det ikke bli tatt særskilt stilling til når oppgaven nå skal ta for seg mer spesifikke pedagogiske tiltak og måter å tilrettelegge for denne elevgruppen på. Hovedfokuset ligger altså på de vansker elevene møter på og vanskene som oppstår som følger av symptombildet man forbinder direkte med ADHD.

Lærerens rolle

Det er lærerne som har ansvaret for å styre og tilrettelegge i klasserommet. Således kan det tenkes at en lærer både kan ha en direkte og indirekte rolle i elevens fremtredende atferd (Nielsen og Jørgensen, 2010). Lærerens personlig egnethet i form av evne til samarbeid, tålmodighet og holdning til barn med spesielle behov, samt lærerens utdanning og bakgrunn, har vist å ha innflytelse på hvorvidt man kan forvente en bedring eller forverring av elevens

utfordringer. Et smil til eleven for å vise at han eller hun er sett av læreren i det de går inn i klasserommet, kan være et enkelt, men samtidig virkningsfullt tiltak (Engh, 2014).

God klasseromsledelse, hvor lærerens holdninger til elevene og lærerens kunnskaper om elevenes problemer og utfordringer, skaper trivsel og videre et bedre læringsutbytte hos elevene (Manger, Lillejord, Nordahl og Helland, 2015). God klasseromsledelse innebærer også at læreren får med seg det som skjer i klasserommet, og kan danne seg et grunnlag for å beskrive elevene, og hva som eventuelt kan være medvirkende årsak til at de strever med enkelte typer oppgaver eller i enkelte fag (Engh, 2014). En god lærer vil også kunne si noe om hvorvidt avvikende atferd kanskje skyldes mobbing og utestenging, eller om det ene og alene er kognitive utfordringer som gjør seg gjeldende for eleven. Etter hvert som eleven blir eldre vil det sannsynligvis også bli lettere for læreren å samarbeide med eleven og således håndtere elevens utfordringer på en mer stillferdig måte i klasserommet.

Det er således ikke bare eleven selv og foreldrene som har behov for kunnskap om ADHD. Lærere spiller ofte en sentral rolle når det gjelder å få eleven utredet for ADHD da de har mulighet til å observere eleven og sammenligne oppførselen med den hos medelever (Sayal og Goodman, 2009). Det er, som tidligere nevnt, ofte lærerne som tar initiativ til en utredning. På den andre siden er det mange lærere som rapporterer om mangelfull opplæring i løpet av utdannelsen når det gjelder ADHD og andre diagnoser som kan påvirke opplæringen og skolehverdagen. Befring (2008) støtter dette og viser til en mangelfull helhetlig forståelse av ADHD blant lærere. Utdanningsdirektoratet (2006) påpeker at økt kunnskap og forståelse av hva ADHD er og hvordan symptombildet kan utarte seg, gjerne medfører større forståelse for denne elevgruppens vansker blant lærerne, samt at de endrer holdning i positiv forstand til disse elevene. Det er derfor viktig at man tilbyr kurs og videreutdanning til de lærerne som føler seg usikre eller ønsker mer kunnskap.

Det at færre jenter enn gutter blir diagnostisert, kan muligens være et resultat av at symptomene hos jenter utarter seg noe annerledes enn hos gutter. En rekke funn tyder nemlig på at lærere for eksempel ikke i like stor grad evner å avdekke ADHD hos jenter sammenlignet med gutter (Froelich, Lanphear, Epstein, Barbaresi, Katusic og Kahn, 2007; Groenewald, Emond og Sayal, 2009; Maniadaki, Sonuga-Barke og Kakouros, 2003; Valera, Brown, Biederman, Faraone, Makris og Monuteaux, 2010). En av årsakene til dette kan være at ADHD symptomer hos jenter ofte viser seg mer som konsentrasjonsvansker heller enn

hyperaktivitet som gjerne er mest tilstede hos gutter. Moldavsky, Groenewald, Owen og Sayal (2013) konkluderte med at det er nettopp den undergruppen av ADHD eleven har, altså om hyperaktivitet eller konsentrasjonsvansker gir mest utslag i symptomer, heller enn elevens kjønn, som trolig er avgjørende når det gjelder å bli fanget opp av systemet og sendt til utredning. Uavhengig av hva årsaken er, så er det klart at lærere bør tilegne seg mer kunnskap om psykiske lidelser, og spesielt knyttet til ADHD. Det er også svært viktig at lærere har nok kunnskap til å kunne skille elever som kanskje har litt mye energi eller sliter med andre ting fra de elevene som har vansker knyttet til ADHD-problematikk. Samtidig er det viktig at de tenker helhetlig og ser etter andre tegn som kan være bakenforliggende for elevens oppførsel, og at de ikke velger å bestille en ADHD-utredning som enkleste vei. Dette kan i verste fall føre til feil fokus som gjør at man overser eller ikke klarer å avdekke mer alvorlig problematikk.

Man har funnet at barnets kjønn kan være avgjørende for hvilken form for behandling og tiltak læreren tenker er nødvendig rundt eleven (Pisecco, Huzinec og Curtis, 2001). Det er således vesentlig at man i en utredningsprosess tar stilling til den skolemessige praksis, og at man ser dette i sammenheng med den atferden som beskrives som problematisk. Nielsen og Jørgensen (2010) poengterer at det er viktig at man kobler utviklingen opp mot diskursene som benyttes til å forstå atferd, og spesielt problematferd, i skolen for å kunne forstå den økte forekomsten av ADHD.

Tilrettelegging på skolen

En rekke studier viser til at lærere i stor grad ønsker å benytte atferdsterapi og pedagogiske tiltak heller enn medikamentell behandling av elevene sine (Curtis, Pisecco, Hamilton og Moore, 2006; Moldavsky et al., 2013; Ohan, Cormier, Hepp, Visser og Strain, 2008). Samtidig er det andre studier som viser at både lærere og foreldre fremstår som ivrige tilhengere av medikamentell behandling for å få elevene til å konsentrere seg om skolearbeidet og være roligere i klasserommet (Moldavsky et al., 2013; Ohan, Cormier, Hepp, Visser og Strain, 2008). Dette er riktignok utenlandske studier, men studiene er gjennomført i vestlige land som er etnografisk like Norge. Man kan således anta å finne liknende funn dersom man hadde spurt norske lærere. På den andre siden er det viktig å huske på at skoleorganiseringen kan fremstå som svært forskjellig både innad og mellom landene. Dette kommer særlig til syne når det gjelder spesialpedagogisk tilrettelegging.

Man må ta utgangspunkt i forventet skoleatferd når man skal tilrettelegge for problematisk atferd. Til tross for at medikamentell behandling kan ha effekt hos eleven, er det sann at de demper heller enn å fjerne symptomene. Uavhengig av medikamentell behandling eller ikke, så vil det være behov for pedagogiske tiltak. Et av de mest benyttede tiltakene for tilrettelegging på skolen er at læreren går inn i en atferdsterapeutisk rolle ved å belønne positiv atferd og i så stor grad som mulig ignorere negativ atferd (Young og Amarasinghe, 2010). Eleven vil ha godt av å få mest mulig direkte og konkrete beskjeder når oppgaver skal utføres. Videre kan det være at man må sette inn en ekstralærer, dersom ressursene tillater det, for tettere oppfølging i enkelte fag eller arbeidsoppgaver. Man kan også velge å ta eleven ut av klasserommet for å gi tilrettelagt en-til-en undervisning. Sistnevnte alternativer vil derimot kunne bli kostbart over tid, og det vil kunne bidra til en stigmatisering av eleven(e) det gjelder. Det er svært viktig at det jobbes med å optimalisere det psykososiale miljøet rundt eleven (Engh, 2014).

Det kan være til stor nytte å plassere elever som sliter med oppmerksomhet og konsentrasjon bort fra vinduer og gjerne helt fremme ved kateteret (Engh, 2014). Da tar man bort forstyrrende elementer, og man gjør det lettere å hente inn eleven dersom eleven blir ukonsentrert uten at dette får alt for mye oppmerksomhet fra medelevene. På den andre siden kan det virke stigmatiserende dersom enkelte elever alltid blir plassert helt fremme mens de andre elevene får flytte rundt i tur og orden.

Tilpasset opplæring og spesialundervisning

Som tidligere nevnt, har elever rett på å få tilrettelagt undervisningen ut i fra sine behov jamfør §1-3 og §5-1 i Opplæringslova. Tilpasset opplæring er i stor grad et politisk begrep og hver enkelt skole og lærer er selvstendig i operasjonaliseringen av det. Når det er snakk om spesialpedagogiske tiltak, vil elever med ADHD ha behov for en del andre typer tiltak enn det man vanligvis tenker på som spesialpedagogiske oppgaver. Struktur av skolehverdagen og arbeidssituasjonen er en viktig del av dette arbeidet (Utdanningsdirektoratet, 2006). Med dette menes tydelighet med tanke på tid og fysiske rammer, men også trygge relasjoner og tydelig kommunikasjon. I klasserommet kan det vise seg som repetisjon og gjentakelse av beskjeder eller instruksjoner, eller som hjelp til å dele opp oppgaver i mindre deler, eller som struktur og klare regler, eller ved at eleven er plassert nært kateteret, eller ved at læreren fanger den ukonsentrerte elevens oppmerksomhet og henter det tilbake til undervisningssituasjonen uten å forstyrre medelevene.

Elever med ADHD kjennetegnes ofte vansker når det gjelder planlegging og regulering av egen atferd. Kuo og Taylor (2003) konkluderte med skoleelever som tilbrakte mye tid utendørs, viste store reduksjoner i fremtredelsen av ADHD-symptomer. Studien er gjort i USA, men viser det samme resultatet på tvers av forskjellige amerikanske stater med forskjellig kulturell og etnisk bakgrunn, samt elever fra varierende klassetilhørighet. Det at man nå har mer stillesittende klasseromsundervisning samtidig som man tilbringer mer tid innendørs og gjerne fremfor TV- eller dataskjermen på fritiden, støtter tanken om at dagens samfunn fremmer økt forekomst av symptomer forenelige med ADHD. Tidligere tilbrakte barn mer tid utendørs, og som vi ser av studien kan dette medføre en reduksjon i symptomtrykket. Videre viser denne studien viktigheten av at man tilrettelegger for at undervisning gjennomføres på forskjellige måter, både innendørs i klasserommet, men også utendørs og i form av fysisk aktivitet. Det kan være spennende å dra ut i skogen og studere trær, blomster og dyrespor på nært hold fremfor å lese om disse tingene i en skolebok. Det vil også fremstå som mer actionfylt og således lettere holde konsentrasjonen for innlæring, spesielt hos elever med ADHD.

Digitale verktøy

Det finnes mange flere verktøy man kan ta i bruk for å tilrettelegge for elever i dag sammenlignet med tidligere. Utviklingen har vært enorm, og innenfor digitale verktøy finner man nå et bredt utvalg med alt fra pensumbøker opplest på CD, til datamaskiner med egne programmer utviklet spesielt med tanke på elevenes vansker og utfordringer, og iPad'er som lett kan fraktes med i sekken og benyttes i de fleste situasjoner. Med bakgrunn i dette presenteres nå IKT-hjelpemidler som et eget tiltak.

Studier har funnet at elever med konsentrasjonsvansker har en positiv effekt som følger av at de benytter datamaskiner som hjelpemiddel til oppgaveløsning (Aase og Meyer, 2005). Dataprogrammer som krever en eller annen form for interaksjon med eleven, har vist seg å gi økt akademisk utbytte. Spesielt gjelder dette når de oppnår en liten belønning da dette har vist seg å være ganske så effektivt for å holde motivasjon og konsentrasjon oppe blant denne elevgruppen. En positiv belønning vil gjerne føre til en forsterkning av denne typen atferd hos eleven, og samtidig gi eleven en styrket mestringsfølelse.

Identitetsutvikling og self-efficacy

Som vi har sett vil medikamentell behandling dempe symptomtrykket, men ikke fjerne de. I denne sammenhengen er det viktig å poengtere det faktum at barn med ADHD ofte sliter med lav self-efficacy. Self-efficacy kan best oversettes med tro på egen mestring, og er et begrep som forbindes med Alfred Bandura. Den manglende troen på egen mestring kommer gjerne som et resultat av tidligere erfaringer. Elever med ADHD har gjerne erfart at manglende konsentrasjon medfører manglende evne til å gjennomføre eller fullføre oppgaven, eller at de har oversett viktig informasjon som gjør at de kommer frem til feil svar, eller at de handler på impuls og svarer før de har fått tenkt seg om (gjerne til latter for andre). Slike erfaringer kan igjen føre til at man ikke ønsker å prøve neste gang man står overfor en lignende situasjon eller oppgave fordi man husker tilbake til da man ikke klarte det, og er av den oppfatning at man derfor heller ikke vil klare det denne gangen. Dette kan gjelde både faglige oppgaver i klasseromssituasjoner, eller i forsøk på samspill og interaksjon med medelevene i friminuttene.

Skolen er en god arena for å øve på nye ferdigheter. Det er derfor viktig at læreren er oppmerksom på å tilrettelegge for prøving og feiling, og at elever med konsentrasjonsvansker blir fulgt tettere spesielt ved nye typer oppgaver og utfordringer. Vygotskys teori om den nære utviklingssonen er relevant i denne sammenheng. Å opprettholde elevens motivasjon til å fortsette med prøving, er også en viktig del av dette arbeidet.

Det er også viktig at eleven får en sjanse til å utvikle sin identitet gjennom sosialisering med jevnaldrende. Skolen vil være en passende arena for tilrettelegging av det å øve på sosiale ferdigheter. Som nevnt tidligere har elever med ADHD ofte vansker med sosialt samspill da de ofte oppfattes som slitsomme å være rundt, eller at de pirker bort i og forstyrrer medelever. Læreren kan da følge eleven tett og veilede på en måte som fører til aksept og sosial inkludering. Dette kan for eksempel gjøres ved at eleven følges tettere i klasserommet og får påminnelser så snart det skjer en uønsket eller uheldig sosial interaksjon, eller at man legger opp til små grupper hvor det er lettere å konsentrere seg om oppgavene som skal gjøres og samtidig oppleve positivt sosialt samspill, eller ved at man i friminuttene får veiledning knyttet til lek og samspill med andre barn.

Diskusjon

Oppgaven har forsøkt å danne et grunnlag for å kunne diskutere hva det er som ligger til grunn for at stadig flere elever diagnostiseres med ADHD, og hvorfor dette har vært en økende tendens de siste tiårene. Er det dagens skole med høye akademiske krav som er årsaken? Kan det være at man begynner tidligere på skolen og har lengre skoledager fra tidlig alder? Eller kan det være en mer stillesittende livsstil på fritiden som gjør at elevene mangler tålmodighet til å sitte stille på skolebenken? Er det samfunnets utvikling og stadige fokus på sykkeliggjøring av normaltidstander som er årsaken? Eller er det den faglige utviklingen som nå har ført til at vi med mer kunnskap kan avdekke flere reelle tilfeller av barn som tidligere ikke hadde fått den nødvendige hjelpen? Dette er store spørsmål som det ikke nødvendigvis finnes et konkret svar på.

Det er ikke lett å peke på en bakenforliggende årsak alene, og det er nok heller en blanding av alt som gir et helhetlig bilde av situasjonen. Med inntog av seksåringer i skolen, kan man regne med at elevene som begynner i første klasse nå er mer umodne både kroppslig og kognitivt sett, sammenlignet med da det var syvåringer som startet. Lek og moro blir tidlig byttet ut med pugg og husk. Kreative og fysiske skolefag som tidligere fikk større plass, har måtte vike for de tunge teoretiske fagene. Å lære elevene lesing, skriving og regning har alltid vært sentrale mål fra skolens side, men nå kreves det i tillegg opplæring i IKT, bevisstgjøring og refleksjon rundt sosiale medier, samt at internasjonale språk som engelsk har blitt viktigere. Skolen skal også sørge for at elevene har utviklet ferdigheter til selv å kunne søke informasjon og læring på egen hånd, såkalte læringsstrategier (Saabye, 2015), og skolen skal drive identitetsutvikling. Læreplanene får altså stadig større mangfold av innhold som skal formidles til elevene.

Det krever en god del selvdisciplin for å sitte stille og konsentrere seg lenge om gangen, spesielt for de yngste elevene. Dagens skoleelever har lange skoledager med mye stillesitting. I tillegg til dette kommer hjemmelekser på ettermiddagen. Dersom man regner på det vil en elev i barneskolealder lett tilbringe opp mot åtte timer av dagen på å sitte stille for å gjøre skolearbeid. Dette er like lenge som en arbeidsdag for en voksen person. På den andre siden går de gjerne hjem etter skolen og ser TV, spiller dataspill, eller er passivt opptatt av mobilbruk og sosiale medier heller enn å spille fotball på løkka sammen med klassekameratene slik tidligere generasjoner gjorde. Dette i kombinasjon vil trolig medføre en opphopning av energi som elevene ikke får gitt utløp for. Da er det lett at man begynner å

fikle med ting eller pirke bort i andre medelever, eller ikke klarer å fokusere på det læreren forsøker å formidle.

Dersom man derimot tar utgangspunkt i forklaringsmodellen som beskriver ADHD som en nevrobiologisk tilstand, så vil det være vanskelig for elever med ADHD å fokusere og konsentrere seg sammenhengende over lengre tid. Når skolehverdagen har blitt lenger, fått mer innhold, og mindre tid til fysisk aktivitet og kreativitet, så vil elever som tidligere kunne ha mestret skolen lettere falle gjennom i dag som et resultat av de økte kravene. Dette støttes opp av studier som viser til at mer fysisk aktivitet i skolehverdagen gjør at symptomtrykket reduseres betraktelig, og at elevene er i bedre stand til å konsentrere seg om fagstoffet og innlæring av ny kunnskap. Her har skolen med andre ord en unik mulighet til å tilrettelegge for elevene på en måte som kan medføre økt trivsel, bedre fysikk helse, og samtidig ikke være så veldig kostbart i kroner og ører. Kost-nytte-verdien av å tilrettelegge for og oppfordre til mer fysisk aktivitet i skolehverdagen kan med andre ord være stor.

Studier har også vist at barn og unge som tilbringer mer tid utendørs, reduserer symptomtrykket. Det er da merkelig at man ikke tilrettelegger for mer utendørs aktivitet i skolen, men heller velger å fokusere på tyngre teoretiske fag. Mange klasser og skoler ville nok hatt mye å tjene på å innføre mer aktivitet i form av forskjellige typer undervisningsformer i skolehverdagen.

Ta en pille for alt som er ille

Et generelt fokus på helse og sunnhet preger avisoverskriftene daglig, og dette kan bidra til en sykeliggjøring av tilstander som ikke faller direkte inn under normalen. Dette er i så tilfelle en sykeliggjøring av barn og unge som vi ikke kan forutse konsekvensene av da det er et relativt nytt fenomen (Befring, 2008). Det er heller ikke til å komme forbi at man oftere tyr til medisiner som et ledd i behandling. Dette gjelder ikke bare medisiner av ADHD-symptomer, men mer generelt at man oftere tar piller for hodepine, influensa, og andre tilstander som tidligere ble forventet å gå over av seg selv. Er det en reell bedring og effekt man opplever av medisinene, eller er det en vanesak, eller Placeboeffekten som spiller inn? Og er den eventuelle effekten man ser som følger av behandling med sentralstimulerende preparater verdt risikoen for eventuelle bieffekter og/eller langtidseffekter vi kanskje ikke vet konsekvensene av ennå?

Spesielt når det gjelder sentralstimulerende stoffer, som jo ADHD-medisiner er, så har vi lite eller mangelfull kunnskap om mulige langtidseffekter av medisinerings hos barn og unge. I motsetning til det å ta en Paracett eller Ibux i ny og ne, er dette en form for medisinsk behandling som vedvarer jevnlig over lengre tid. Idås og Våpenstad (2009) hevder at langtidseffekten av medikamentell behandling med sentralstimulerende, er betydelig mindre enn antatt, og begrunner dette med at man ofte ser at positive effekter av medikamentell behandling gjerne avtar etter rundt 14 måneder. Man kan undre seg på om det er effekten på medikamentene som avtar, eller om barnet har vokst og derfor har behov for økt dose, eller om det rett og slett er kroppen som har blitt vant til medikamentet og derfor må ha større doser for å oppnå den samme effekten som tidligere. På den andre siden finnes det nemlig kritikere som vektlegger at barn er under utvikling og at det sentrale nervesystemet ennå ikke er modent. Dette betyr at medikamentell behandling egentlig behandler noe som naturlig ville ha modnet av seg selv. Videre påpekes det at det kan være risikabelt på lengre sikt å benytte medikamenter som påvirker dette sensitive systemet.

Fra rusmiljøer blir det ofte rapportert om et eskalerende rusmiddelmissbruk som et resultat av et forsøk på det som best kan beskrives som selvmedisinering. Enten med bakgrunn i at man ikke følte seg sett av helsevesenet, eller som følger av at man har tatt større doser enn det som var foreskrevet fordi man opplevde en annerledes effekt/rus. Dette gjelder spesielt medikamentet Ritalin, som er førstevalget i medikamentell behandling av barn med ADHD. Det har blitt problematisert at individer som diagnostiseres med ADHD har større risiko for å utvikle rusmisbruk og at denne gruppen også har større risiko for å gjennomføre kriminelle handlinger i voksen alder (Olsen, 2007). Jo tidligere man setter diagnosen, jo mindre er sjansen for et slikt negativt utfall. Dette kan være fordi man ved tidlig diagnostisering får gitt adekvat behandling, og tilrettelagt for individet på en måte som gjør at det er mindre sjanse for å falle utenfor samfunnets fellesskap.

Normalbegrepet er snevret inn

Man kan stille seg undrende til om det tidligere forekom en reell underdiagnostisering, eller om det er sånn i dag at et større fokus på problematferd er med på å sykeliggjøre dagens barn og unge. Ting kan tyde på at man tidligere tillot eller i alle fall tolererte atferd som i dag vurderes som plagsom, rar eller utenfor de grensene man har satt for akseptabel atferd. Det kan virke som at samfunnet medisinerer barn og unge for å få dem til å sitte stille på skolebenken sånn at de oppfører seg likt de andre elevene som vurderes å falle innenfor

normalområdet. Samtidig kan dette bidra til å snevre inn synet på hva som faktisk er akseptabelt, og det kan skape et fellesskap som er mindre fleksibelt når det gjelder å akseptere individer for hvem de er, og således snevre inn mangfoldet. Dette kan igjen være uheldig for identitetsutviklingen til de elevene som sliter med å passe inn innenfor normalen, og skolen skal jo som tidligere påpekt også være en arena for utvikling av identitet og sosial læring.

Det kan være at dagens skoleelever blir stilt strengere krav til enn sine forgjengere. Det er en kjent sak at generasjon prestasjon er flinke til å sette seg høye mål og mange stiller nok svært strenge krav til seg selv. De forventes å prestere på flere arenaer, og hvordan kan man da håndtere et nederlag på best mulig måte? Er det å få en diagnose en måte å forklare eller unnskyldte vansker på? Kan det være at foreldre som sliter med oppdragelsen ønsker å få barnet diagnostisert for ikke å måtte stemple seg selv som foreldre som har feilet? Er det lettere å si at ”barnet mitt har ADHD” heller enn å innrømme for seg selv og andre at man ikke helt har mestret oppdragelsen? Dette er kontroversielle spørsmål som stilles, det finnes ikke nødvendigvis noe klart svar.

Økt antall diagnoser kan være et resultat av økt åpenhet rundt psykiske lidelser. Psykiske lidelser har vært, og er fortsatt i stor grad tabubelagt. Det å innrømme at man sliter psykisk anses ofte som et nederlag. ADHD er klassifisert som psykisk lidelse, men man tenker kanskje ikke på ADHD på samme måte som man tenker på depresjon eller schizofreni. Dette kan bidra til at det er lettere å akseptere en ADHD-diagnose, både for den som rammes og for de rundt vedkommende. I tillegg er det ikke til å se bort ifra at den generelle befolkningen har lettere tilgang på kunnskap om forskjellige lidelser i dag sammenlignet med tidligere. Dette gjør at man lettere kan gjøre seg kjent med symptomer og sykdomsforløp, og således fremlegge mer relevant informasjon når man oppsøker helsehjelp.

Det at man ser en økt forekomst, spesielt hos gutter, kan være fordi det i realiteten er færre jenter som tilfredsstillt diagnosekriteriene, men det kan også være fordi man opplever en underdiagnostisering hos jenter som følger av at vanskene kan ha forskjellig uttrykk hos de to kjønnene, eller at man oftere hører om gutter og ADHD sånn at man lettere forbinder ADHD med noe gutter sliter med og derfor er mer observant på at deres atferd kan være uttrykk for ADHD. Gutter med ADHD beskrives oftere som hyperaktive og impulsive, og viser gjerne større forekomst av utagerende atferd, mens man hos jenter med ADHD gjerne ser mer av oppmerksomhetsvansker og konsentrasjonsproblemer.

Misbruk av diagnoser i dagens samfunn

Det har vært store fremskritt på forskningen knyttet til ADHD de siste tiårene, men enda gjenstår en god del før vi har full forståelse for hva tilstanden egentlig innebærer. Vi har ikke gode nok tester, verken psykologiske eller biofarmakologiske, som kan slå fast med sikkerhet om det er ADHD eller ikke, som er korrekt diagnose.

I utgangspunktet er diagnoser ment som et klassifiseringssystem for å beskrive lidelser og symptomer sånn at helsepersonell kan behandle den aktuelle tilstanden mer effektivt og tilrettelegge på en bedre måte. Med den økte forekomsten av diagnoser i dagens samfunn, og spesielt bruken av ADHD i den norske skolen, dukker det opp en rekke spørsmål: Har vi blitt for dårlige til å skille mellom psykiske sykdommer og alminnelige livsstilsproblemer? Kan det være at barn heller diagnostiseres med ADHD i stedet for å adressere det virkelige problemet, eller har vi tidligere hatt en underdiagnostisering som følge av at forskningen ikke var komt langt nok? Er det bedre at barnet får en diagnose og medfølgende hjelp og tilrettelegging, eller vil det å få en diagnose være så stigmatiserende for barnet at det hadde vært bedre hjulpet uten å få en merkelapp hengende ved seg? Hvem er det vi egentlig diagnostiserer for? Er det barnet, skolen, hjelpeapparatet, eller for lettere å kunne sette personer i bås og føre statistikk?

Tanken om at alle befinner seg langs et kontinuum heller enn innenfor eller utenfor boksen, gjør til at grensene for diagnoser kanskje er mer utydelige enn før. Vi har også sett at alt etter hvilke diagnoseverktøy som legges til grunn, så vil man kunne inkludere eller ekskludere flere individer. Mange har hevdet at diagnosekriteriene i DSM-systemet er for vide, mens man på den andre siden kan argumentere for at ICD er for snevre. Det er bra at man forsikrer seg om at individer ikke forblir udiagnostisert, men samtidig bør man tenke på hva det betyr for de som blir diagnostisert uten at de kanskje egentlig burde ha blitt det. At man må ha en diagnose for å få rett til helsehjelp, og i tilfeller med ADHD-problematikk skolehjelp, gjør at terskelen for å sette diagnoser blir lavere. Dette kan ramme skoleelever hvor man ønsker midler til å til bedre tilrettelegging av skolehverdagen. At skolene gjerne har knapt med ressurser er en kjent sak, og det at midler følger diagnosene kan føre til at terskelen for å stille diagnoser blir lavere.

Utredningen

Før en diagnose i det hele tatt kan stilles, må man gjennomføre en utredning. Det er som nevnt tidligere ofte lærere eller foreldre/foresatte som tar initiativ til en utredning. De ønsker gjerne å få bekreftet eller avkreftet om eleven tilfredsstillende diagnosekriteriene for å sette diagnosen og starte tiltak for å behandle en tilstand. På den andre siden av bordet sitter helsepersonell klare til å stille diagnoser. Det kan lett oppstå en forventning om at en diagnose er ønskelig eller bør stilles for at barnet skal få hjelp. Som helsepersonell kan man også forestille seg at lærerne og foreldre/foresatte må ha gjort seg opp en formening om elevens tilstand basert på en rekke observasjoner og er lengre tid, og at de tross alt kjenner barnet best. I så tilfelle kan det hevdes at en slags misforståelse om forventning til hva en utredning skal føre til, medfører at flere diagnoser blir stilt. Samtidig har helsepersonell diagnosemanualer og rutiner som skal følges for å unngå nettopp dette.

I en utredningsfase er det viktig at man passer på å undersøke elevens hjemmemiljø, og ikke bare observerer barnet i læringssituasjoner på skolen. For eksempel opplever noen barn et hjemmemiljø som påfører dem bekymringer og psykisk smerte i så stor grad at de ikke evner å konsentrere seg på skolen. Det kan være i form av vedvarende omsorgssvikt, eller mer kortvarige perioder som ved sykdom eller skilsmisse. Dette gjør at utredninger blir kostbare og tar lenger tid, så når man er presset for tid er det lett å droppe denne delen av utredningen. I ytterste konsekvens vil dette, som vi har vært inne på, medføre en feildiagnostisering, men det kan også føre til at barnet mottar behandling på feil grunnlag og får en behandling som ikke har noen effekt.

Selv om et barn viser tendenser til ukonsentrasjon, uakseptabel atferd eller økt aktivitetsnivå så er ikke dette nødvendigvis ensbetydende med ADHD. Det kan være andre årsaker som ligger til grunn for atferden. Det kan være at barnet er vant til et høyt aktivitetsnivå og derfor har lett for å kjede seg og fremstå som impulsiv og ukonsentrert. Det kan også være at barnet blir utsatt for mobbing eller utestenging av medelever, og således bruker all energi på å konsentrere seg om dette heller enn skolearbeidet. Eller det kan være at barnet blir utsatt for omsorgssvikt og/eller overgrep på fritiden, og at atferden kan karakteriseres som et rop om å bli sett.

Man kan stille seg spørsmål om resultatet fra utredningen er i stand til å skille mellom elevens evner og vilje. Idås og Våpenstad (2009) viser til at konsentrasjon, oppmerksomhet, og

impulsivitet i stor grad kan være viljestyrte prosesser. Det er også evner man kan trene på og bli flink til. Dette poengterer viktigheten av at en grundig utredning blir gjennomført. Skulle eleven ende opp med en diagnose, er medikamentell behandling aktuelt. Det er likevel viktig at man undersøker mulighetene for å tilrettelegge for eleven på andre måter for muligens å unngå bruk av sentralstimulerende medikamenter. Samtidig kan medikamentell behandling gjøre eleven mer mottakelig for de pedagogiske tiltakene som gjennomføres.

Behandling

Etter å ha lagt ned ressurser i en utredningsfase, kommer det gjerne krav om tilrettelegging i skolen. Da kan man stille seg spørsmål om elevene får den tilpasningen de har krav på etter loven, eller om man ofte tenker at medisinerer er nok eller godt nok? Er det skolens økonomi som avgjør hvem som får tilpasset tilrettelegging og hvem som kanskje ikke får alt det de har lovmessig krav på?

De siste tiårene har vi blitt oppmerksomme på at tidlig intervensjon er viktig for å oppnå gode behandlingsresultater. Det er viktig at vi samtidig husker å tilrettelegge behandlingene så langt det er mulig da elever med ADHD vil ha forskjellige vansker og vise et varierende symptomtrykk. Det er også viktig at man husker å behandle og tilrettelegge for elevenes eventuelle komorbide lidelser. Dette for å kunne oppnå best mulig effekt av selve ADHD-behandlingen.

Når et barn først diagnostiseres med ADHD, har man ikke nødvendigvis et enkelt fasitsvar på hva som er neste skritt. Hvilken behandling eleven får vil trolig påvirkes av hvorvidt behandlerne anser ADHD hovedsaklig som et biologisk avvik og noe som kan behandles medikamentelt, eller om man tenker seg ADHD mer som en konstruksjon for å beskrive atferd som er noe avvikende fra normalen, og altså er mer noe som man heller kan og bør tilrettelegge for. Som vi har sett finnes det store mengder forskningsresultater som taler for en ikke-medikamentell behandling, enten som eneste behandlingsform eller i en kombinasjon med medikamentell behandling. Spesielt med bakgrunn i at medikamentell behandling bare demper og ikke fjerner symptomene, er pedagogiske tiltak å foretrekke.

Da det er lite forskning på langtidseffekten av hva tidlig oppstart med sentralstimulerende medisinerer kan medføre, er det på mange måter å anse som et risikoprojekt at man lar stadig flere barn og unge motta denne formen for ADHD-behandling. På den andre siden har

vi sett at rusmisbruk som følger av såkalt selvmedisinering, forenklet sett er en mulig konsekvens av sent igangsetting eller manglende igangsetting av medikamentell behandling hos individer med stort symptomtrykk. Dette kan selvfølgelig også være en konsekvens av manglende pedagogisk tilrettelegging i skolen som videre har ført til skolefaglig frafall og utenforskap, som igjen har ført til søken mot et rusmiljø.

Et annet vesentlig moment når det gjelder hvilke behandlinger som tilbys, er kostnader knyttet til dette. Gullstandarden er kanskje en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentelle tiltak, og at det skjer tilrettelegginger både på skolen og i hjemmet. Helst skal det også god opplæring til hos de som oppholder seg mye sammen med barnet. Når det stadig blir rapportert i media om kutt i skolebudsjetter så vil det kunne tenkes at det er slike tiltak som ryker først. Da står man kanskje igjen med et medikamentelt behandlingsopplegg som eneste alternativ. MTA-studien avdekket at det var et sprik mellom effekten av det tilbudet som ble gitt i sterkt kontrollerte omgivelser, og det som var opp til den enkelte familie å administrere på egenhånd. Dette betyr at man potensielt kan ha mindre effekt av behandlingen enn det man ser under optimale forhold.

Det å benytte sentralstimulerende medisiner, spesielt på yngre barn og ungdommer som har en nervesystem i utvikling, er kontroversielt og bør forskes mer på. Relativt få studier har fokusert på hvordan man kan optimalisere den ikke-medikamentelle behandling av ADHD hos barn. Dessuten er det få studier, om noen, som tar for seg mulige langtidseffekter hos barn som mottar medikamentell behandling. Med langtidseffekt i denne sammenhengen menes det effekter som først kan gjøre seg gjeldende i voksenlivet. Dette kan være vanskelig å forske på da man ikke vet med sikkerhet hvordan det hadde vært for individer uten at de hadde mottatt den eventuelle behandlingen. Det kan også skyldes at det først de seneste tiårene har blitt vanlig å medisinere barn for upassende eller utagerende atferd i den grad som finner sted i dagens norske grunnskole, og at man har derfor ikke stor tilgang på informanter eller individer det kan forskes på. Denne typen studier vil nok trolig bli gjort i fremtiden, men da kan skaden allerede ha oppstått for dagens oppvoksende generasjon.

En ting er det at vi utreder, diagnostiserer og mediserer flere barn, men hvem er det som i realiteten taper eller vinner på dette? Det er ikke til å komme forbi at store farmasøytiske selskap gjerne sponser forskning eller bidrar med midler. Er skoleelevene offer for griske

selskaper som ønsker å tjene penger på medisiner av barn og unge, eller er det elevene som er heldig som får bedre hjelp enn det som var tilgjengelig for tidligere generasjoner?

Voksne som starter opp på medikamentell behandling rapporterer ofte tilbake at de føler seg avflatet følelsesmessig. Dette betyr at de ikke føler seg like energiske eller positive, men heller ikke blir like lei seg som tidligere. Hva kan det gjøre med et barn å oppleve tilsvarende? Osvold (2014) har gjennomført en studie hvor gutter uttalte seg om nettopp dette. De beskrev seg selv som roligere etter oppstart av medisiner, men samtidig som mer kjedelig. Små barn har gjerne ikke et like godt utviklet ordforråd når det gjelder å beskrive emosjonelle tilstander. Samtidig er det i en fase av livet hvor det utvikler seg selv, selvforståelse og identitet. Det å plutselig ikke kjenne seg selv igjen etter oppstart av medikamentell behandling kan da være en ubehagelig opplevelse for barnet. Videre vil et manglende emosjonelt ordforråd gjøre det vanskelig å beskrive dette ubehaget.

Doktor Google

Et annet resultat av samfunnsutviklingen er tilgjengeligheten av alle typer informasjon. Med enkle tastetrykk kan man nå google seg frem til det aller meste. Dette fører til at man lettere kan finne svar på det man lurer på selv, men samtidig så er mye av informasjonen som er tilgjengelig ikke alltid korrekt eller faktabasert, noe som kan medføre at selvdiagnostiseringen gjøres på feil grunnlag. Informasjon på nettet kan spre seg som ild i tørt gress, og når det fokuseres på noe i samfunnet så blir det gjerne diskutert på forskjellige nettforum. Her vil utveksling av informasjon og erfaringer kunne bidra til å opprettholde fokus på en sykeliggjøring av atferd, og kanskje motivere til å oppsøke helsevesenet for atferd som tidligere var akseptert.

På den andre siden vil ressurssterke og opplyste foreldre med tilgang på kunnskap om ADHD vil lettere kunne kjenne igjen symptombildet og således søke en utredning i forsøk på å bekrefte eller avkrefte mistankene sine. De vil da kunne stille bedre forberedt til en utredningsfase, og gjerne svare mer utfyllende på spørsmål som følger av at de har lest seg opp på området forut for prosessen.

Klassemiljøet

Det er ikke bare den diagnostiserte eleven selv som berøres av utfordringene knyttet til ADHD-diagnosen. At en elev er utfordrende for læreren og opptrer forstyrrende i

undervisningssituasjonen går ut over læringen og kvaliteten på skolehverdagen til resten av klassen. Det er således viktig at man også tilrettelegger for de andre elevene i klassen.

Læreren har et ansvar for at alle elevene, også de med diagnoser og tilleggsvansker, føler seg sett, akseptert, og blir inkludert i klassemiljøet.

Oppsummering og konklusjon

Oppgaven har tatt for seg utfordringer knyttet til ADHD i den norske grunnskolen. Vi har sett på bakgrunnen for diagnostiseringen, samt drøftet en rekke behandlingsformer og tiltak som kan bidra til å bedre livskvaliteten til den diagnostiserte eleven, samt sørge for å optimalisere opplæringstilbudet. Videre har vi diskutert mulige årsaker til at vi nå ser en økt forekomst av antall tilfeller ADHD.

Det er viktig å huske på at barn som har blitt diagnostisert med ADHD tilhører en heterogen gruppe. Det betyr at man må se barna som enkeltindivider til tross for at de har en felles diagnose. Hva man tenker på som normal atferd hos barn og unge, vil nok påvirkes av det samfunnet vi har rundt oss og den kulturen vi er en del av. Dette kan tenkes å være en medvirkende årsak til at man ser såpass store variasjoner når det kommer til antall diagnostiserte tilfeller i forskjellige deler av verden. Samtidig har vi sett en generell økning av tilfeller, i alle fall i den vestlige verden. Dette kan være et resultat av mer kunnskap og et økt fokus på at opplæringen skal være så optimal som mulig og aller helst være tilpasset hver enkelt elev.

Vi har sett at det må tverrfaglig samarbeid til for å få gjennomført kartlegging, utredning, diagnostisering, medikamentell behandling og tilrettelegging for eleven i skolen. Hva blir da pedagogens rolle knyttet til dette samarbeidet? Pedagoger har kunnskap om barns utvikling og hva som skal til for å få på plass optimal læring. Det er viktig at pedagoger deltar i det tverrfaglige samarbeidet rundt eleven, og at pedagogisk personell evner å utarbeide en plan for individuell tilrettelegging. Som vi har sett i oppgaven har skoleelever i Norge lovfestet rett til tilpasset opplæring med utgangspunkt i sine vansker og behov. Pedagoger er gjerne den yrkesgruppen som blir ansvarlig for den tette oppfølgingen av eleven i tiden etter at diagnostisering, behandling og tiltak er på plass, og vil således kunne bidra med gode observasjoner i tverrfaglige team for en mer langsiktig oppfølging av eleven.

Benytter man DSM-5 vil trolig flere oppfylle diagnosekriteriene, mens ICD-10 gjerne avdekker de mer alvorlige tilfellene. Mer forskning må til for å få en bedre forståelse av ADHD. Det bør fokuseres på å finne standardiserte tester som med større sikkerhet kan slå fast hvorvidt det er, eller ikke er, ADHD, og hvor man lettere kan avgjøre elevenes største utfordringer knyttet til diagnosen. En god del av forskningen som gjennomføres på nåværende tidspunkt forsøker å finne genetiske markører for å kunne fastslå om det er snakk om ADHD

eller ikke. Fra et pedagogisk ståsted er det derimot viktig at man fokuserer på best mulig tilrettelegging for de vanskene som gjør seg gjeldende for hver enkelt elev, heller enn å være opptatt av hvorvidt den bakenforliggende årsaken er arv eller miljø eller en miks av begge deler. Videre bør man forsøke å finne bedre måter å behandle og tilrettelegge for de elevene som diagnostiseres.

Referanser

- Aase, H., & Meyer, A. (2005). Pedagogisk programvare for elever med konsentrasjonsvansker. I T. Brøyn, & J.-H. Schultz (Red.), *IKT og tilpasset opplæring*. (s. 124-138). Oslo: Universitetsforlaget.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. USA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2019). *What is ADHD?* Hentet fra: <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd> (10.04.2019)
- Anda, R. F., Whitfiels, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services, 53*, 1001-1009.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Befring, E. (2008). Problematferd. Sosiale og emosjonelle vansker. I E. Befring & R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk* (s. 372-392). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bryhn, G. (2009). AD/HD – utredning, diagnostikk og behandling. I G. Strand (Red). *ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi* (s. 11-56). Bergen: Fagbokforlaget.
- Chronis, A. M., Fabiano, G. A., Gnagy, E. M., Wymbs, B., Burrows-MacLean, L., & Perham, W. E. (2001). Comprehensive, sustained behavioral and pharmacological treatment for ADHD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 346.
- Chronis-Tuscano, A., O'Brien, K. A., Johnston, C., Jones, H. A., Clarke, T. L., Raggi, V. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., Pian, J. & Seymour, K. E. (2011). The relation between maternal ADHD symptoms & improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. *Journal of Abnormal Childhood Psychology, 39*(7), 1047-1057.
- Curtis, D. F., Pisecco, S., Hamilton, R. J., & Moore, D. W. (2006). Teacher perceptions of classroom interventions for children with ADHD: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly, 21*, 171-197.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming* (2. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuser: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect, 25*(12), 1627-40.
- DuPaul, G. J., & Stoner, T. J. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3. Utg.). New York: Guilford Publications.
- Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants and Young Children, 19*, 109-122.
- Eiden, R. D., Ostrov, J. M., Colder, C. R., Leonard, K. E., Edwards, E. P., & Orange-Torchia, T. (2010). Parental Alcohol Problems and Peer Bullying and Victimization: Child Gender and Toddler Attachment Security as Moderators. *J Clin Child Adolesc Psychol, 39*(3), 341-350. DOI: 10.1080/15374411003691768.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fisher, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 463-475.
- Folkehelseinstituttet (2018). Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/barn-og->

- unge/utviklingsforstyrrelser/adhd--faktaark/#forekomst (05.03.2018)
- Forbundet mot rusgift (2006). Norge på Europatoppen i ADHD-medisinerer. Hentet fra: <http://www.fmr.no/norge-paa-europatoppen-i-adhd-medisinerer.308410-9431.html> (06.03.2018)
- Froelich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Kahn, R. S. (2007). Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(9), 857-864.
- Groenewald, C., Emond, A., & Sayal, K. (2009). Recognition and referral of girls with attention deficit hyperactivity disorder: Case vignette study. *Child: Care, Health and Development*, 35, 767-772.
- Häge, A., Alm, B., Banaschewski, T., Becker, K., Colla, M., Freitag, C., Geissler, J., Gontard, A., Graf, E., Haack-Dees, B., Hänig, S., Henninghausen, K., Hohmann, S., Jacob, C., Jaite, C., Jennen-Steinmetz, C., Kappel, V., Matthies, S., Philipsen, A., Poustka, L., Retz, W., Rösler, M., Schneider-Momm, K., Sobanski, E., Vloet, T. D., Warnke, A. & Jans, T. (2018). Does the efficacy of parent-child training depend on maternal symptom improvement? Results from a randomized controlled trial on children and mothers both affected by attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 1011-1021.
- Harvey, E., Danforth, J. S., McKee, T. E., Ulaszek, W. R. & Friedman, J. L. (2003). Parenting of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord* 7(1), 31-42.
- Helsedirektoratet (2014). *ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging: rett diagnose - individuell behandling*. Helsedirektoratet: Oslo.
- Helsedirektoratet (2018). *Fører kortveilederen*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveilederen> (05.05.2019)
- Hunt, T. K. A., Slack, K. S. & Berger, L. M. (2017). Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse & Neglect*, 67, 391-402
- Idås, E., & Våpenstad, E. V. (2009). Er vi best i klassen, eller skaper vi en tragedie? *Tidsskrift Norsk Psykologforening*, 46 (9), 878-881.
- Ingierd, H. (2012). *Humaniora, samfunnsfag, juss og teologi*. De nasjonale forskningsetiske komiteer. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Innforing-i-forskningsetikk/Humaniora-samfunnsfag-juss-og-teologi/> (17.03.2018)
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (3. Utg). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Karlstad, Ø., Furu, K., Stoltenberg, C., Håberg, S. E., & Bakken, I. J. (2017). ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month: Nationwide cohort study from Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 343-349
- Kuo, F. E., & Taylor, A. F. (2004). A Potential Natural Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence From a National Study. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1580-1586.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). Hentet fra: lovdata.no (11.03.2018.)
- Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E. J., & Kakouros, E. (2003). Trainee nursery teachers' perceptions of disruptive behaviour disorders; the effect of sex of child on judgements of typicality and severity. *Child: Care, Health and Development*, 29, 433-440.

- Manger, T., Lillejord, S., Nordahl, T., & Helland, T. (2015). *Livet i skolen: grunnbok i pedagogikk og elevkunnskap: undervisning og læring*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Moen, T og Karlsdóttir, R. (2011). Innledning. I Moen, T og Karlsdóttir, R. (Red.). *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning* (s.9-14). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Moldavsky, M., Groenewald, C., Owen, V., & Sayal, K. (2013). Teachers' recognition of children with ADHD: role of subtype and gender. *Child and Adolescent Mental Health, 18*(1), 18-23.
- Nielsen, K. & Jørgensen, C. R. (2010). Patologisering af uro. I S. Brinkmann (Red.). *Det diagnostiserende liv, sygdom uden grænser*. (S 179-205). Århus: Forlaget Klim.
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review, 28* (4), 692-708.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*, 172-180.
- Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A. W., & Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly, 23*, 436-449.
- Olsen, F. (2007). Refleksjoner rundt diagnostisering av AD/HD, og hvordan en forstår personer med denne diagnosen. *Skolepsykologi, Tidsskrift for pedagogiskpsykologisk tjeneste, 5*, 35-39.
- Osvold, A. (2014). *Når ADHD kommer inn døren: en psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og medisinerings* (Doktorgradsavhandling). Medisinsk fakultet. Institutt for helse og samfunn. Universitetet i Oslo.
- Park, S., & Schepp, K. G. (2015). A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *J Child Fam Stud, 24*, 1222-1231. DOI: 10.1007/s10826-014-9930-7.
- Pisecco, S., Huzinec, C., & Curtis, D. (2001). The effect of child characteristics on teachers' acceptability of classroom-based interventions and psychostimulant medication for the treatment of ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 413-421.
- Pierangelo, R. & Giulliani, G. (2008). *Classroom management techniques for students with ADHD. A step-by-step guide for educators*. Corwin press.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. Utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Quintero, J., Ramos-Quiroga, J. A., San Sebastian, J., Montner, f., Fernandez-Jaen, A., Martinez-Raga, J., Giral, M. G., Graell, M., Mardomingo, M. J., Soutullo, C., Eiris, J., Tellez, M., Pamiás, M., Correas, J., Sabate, J., Garcia-Orti, L., & Alda, J. A. (2018). Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: a descriptive analysis. *BMC Psychiatry* DOI: 10.1186/s12888-017-1581-y
- Reseptregisteret (2018), Folkehelseinstituttet. Hentet fra: www.reseptregisteret.no (20.03.2018)
- Rugtvedt, L., (2008). *ADHD-forskning og skole*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/adhd-forskning-og-skole/id512183/> (17.03.2018).
- Saabye, M. (2015). *Læreplanverket for kunnskapsløftet Grunnskolen*. PEDLEX Norsk Skoleinformasjon.
- Sayal, K., & Goodman, R. (2009). Do parental reports of child hyperkinetic disorder

- symptoms at school predict teacher ratings? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 336-344.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D. & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children with ADHD? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(6), 696-702.
- Sounaga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A randomised, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 402-408.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Veileder I diagnostikk og behandling av AD/HD*.
- Stormont, M. (2001). Social outcomes of children with ADHD: Contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools*, 38, 521-531.
- Strand, G. (2007). Diagnosen er AD/HD eller er den nå det? *Skolepsykologi, tidsskrift for pedagogisk-psykologisk tjeneste*, 5, 5-11.
- Sung, V., Hiscock, H., Sciberras, E., & Efron D. (2008). Sleep Problems in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Prevalence and the Effect on the Child and Family. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(4), 336-342.
- Tetzchner, S. V. (2012). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thomsen, P. H. & Skovgaard, A. M. (2010). *Børne og ungdoms Psykiatri. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme*. København: Fadl's Forlag.
- Tveit, K., Hjordemaal, F. & Kleven, T. A. (2002). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode: en hjelp til kritisk tolking og vurdering*. Oslo: Unipub.
- Utdanningsdirektoratet. (2006). AD/HD og lignende adferdsvansker- skoleperspektivet. Statusrapport 7.april 2006. Hentet fra: https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/5/adhd_rapport.pdf (09.04.2019)
- Wang, C. H., Mazursky-Horowitz, H. & Chronis-Tuscano, A. (2014). Delivering evidence-based treatments for child attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the context of parental ADHD. *Curr Psychiatry Rep*, 16(10), 474
- Wehmeier, P.M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217.
- World Health Organization (2011). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (16. opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Young, S. & Amarasinghe, M. (2010). Practitioner Review: Non-pharmalogical treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 116-133.
- Zeiner, P. (2004). *Barn og unge med AD/HD*. Oslo: Tell forlag.
- Øgrim, G. (2009). AD/HD-I: Oppmerksomhetsforstyrrelser uten hyperaktivitet – en undergruppe av AD/HD. I G. Strand (Red). *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi* (s. 57-87). Bergen: Fagboklaget.
- Øgrim, G. & Gjærum, B. (2002). Urolige, uoppmerksomme og impulsive barn. I: B. Gjærum & B. Ellertsen (Red.) *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv-et skritt videre*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Ørstavik, R., Gustavson K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø., Reichborn-Kjennerud Ted., Borge, T., & Aase, H. (2016). *Rapport 2016:4. ADHD i Norge. En statusrapport*. Folkehelseinstituttet.

Appendiks 1

Tabell som viser antall individ, fordelt på kjønn, i skolealder (5-19) som blir medikamentelt behandlet for ADHD, samt kostnader knyttet til medisineren.

				Antall brukere	Omsetning i kroner		
ADHD- midler	2004	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	1 777	9 286 664	
			Kvinne	Hele landet	321	1 528 093	
			Mann	Hele landet	1 456	7 758 571	
	2005	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	4 555	32 407 122	
				Kvinne	Hele landet	839	5 484 094
				Mann	Hele landet	3 716	26 923 028
		15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	2 902	20 158 282	
				Kvinne	Hele landet	668	4 065 216
				Mann	Hele landet	2 234	16 093 066
	2006	2005	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 165	13 783 312
				Kvinne	Hele landet	431	2 435 863
				Mann	Hele landet	1 734	11 347 449
2007		10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	5 811	47 007 428	
				Kvinne	Hele landet	1 140	8 342 354
				Mann	Hele landet	4 671	38 665 076
		15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	4 120	32 256 472	
				Kvinne	Hele landet	1 132	7 873 741
				Mann	Hele landet	2 988	24 382 732
2007		2006	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 041	12 546 040
				Kvinne	Hele landet	403	2 321 814
				Mann	Hele landet	1 638	10 224 226
	2008	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	6 225	46 112 336	
				Kvinne	Hele landet	1 311	8 964 223
				Mann	Hele landet	4 914	37 148 112
		15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	4 915	35 289 484	
				Kvinne	Hele landet	1 474	9 361 705
				Mann	Hele landet	3 441	25 927 780
	2009	2007	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 157	13 062 096
				Kvinne	Hele landet	440	2 384 063
				Mann	Hele landet	1 717	10 678 033
2008		10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	6 814	52 691 328	
				Kvinne	Hele landet	1 517	10 561 505
				Mann	Hele landet	5 297	42 129 820
2009	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	5 638	42 287 408		

		Kvinne	Hele landet	1 765	11 611 863
		Mann	Hele landet	3 873	30 675 548
2008	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 215	13 574 593
		Kvinne	Hele landet	501	2 684 586
		Mann	Hele landet	1 714	10 890 007
	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	7 294	55 060 220
		Kvinne	Hele landet	1 657	11 622 618
		Mann	Hele landet	5 637	43 437 604
	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	6 321	47 029 112
		Kvinne	Hele landet	2 056	12 935 149
		Mann	Hele landet	4 265	34 093 964
2009	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 268	12 374 316
		Kvinne	Hele landet	515	2 581 178
		Mann	Hele landet	1 753	9 793 139
	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	7 826	53 746 412
		Kvinne	Hele landet	1 855	11 793 097
		Mann	Hele landet	5 971	41 953 312
	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	6 712	46 691 708
		Kvinne	Hele landet	2 228	13 555 050
		Mann	Hele landet	4 484	33 136 658
2010	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 333	12 189 910
		Kvinne	Hele landet	559	2 674 739
		Mann	Hele landet	1 774	9 515 172
	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	8 140	52 912 236
		Kvinne	Hele landet	2 024	12 160 574
		Mann	Hele landet	6 116	40 751 660
	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	7 043	48 578 068
		Kvinne	Hele landet	2 300	14 156 661
		Mann	Hele landet	4 743	34 421 408
2011	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 220	10 499 766
		Kvinne	Hele landet	518	2 241 024
		Mann	Hele landet	1 702	8 258 743
	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	8 187	47 835 220
		Kvinne	Hele landet	2 055	11 173 134
		Mann	Hele landet	6 132	36 662 084
	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	7 183	43 890 196
		Kvinne	Hele landet	2 332	12 795 115
		Mann	Hele landet	4 851	31 095 080
2012	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 300	10 380 790
		Kvinne	Hele landet	526	2 160 492

		Mann	Hele landet	1 774	8 220 299
	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	8 219	45 124 984
		Kvinne	Hele landet	2 135	10 875 315
		Mann	Hele landet	6 084	34 249 668
	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	7 253	40 073 248
		Kvinne	Hele landet	2 388	12 022 667
		Mann	Hele landet	4 865	28 050 580
2013	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 290	9 961 085
		Kvinne	Hele landet	545	2 132 790
		Mann	Hele landet	1 745	7 828 296
	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	8 306	44 608 096
		Kvinne	Hele landet	2 164	10 995 838
		Mann	Hele landet	6 142	33 612 256
	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	7 221	37 324 636
		Kvinne	Hele landet	2 387	11 532 272
		Mann	Hele landet	4 834	25 792 364
2014	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 439	11 597 026
		Kvinne	Hele landet	564	2 505 188
		Mann	Hele landet	1 875	9 091 838
	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	8 393	48 305 728
		Kvinne	Hele landet	2 224	12 286 559
		Mann	Hele landet	6 169	36 019 168
	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	7 390	39 047 480
		Kvinne	Hele landet	2 529	12 739 696
		Mann	Hele landet	4 861	26 307 784
2015	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 486	11 792 290
		Kvinne	Hele landet	571	2 414 590
		Mann	Hele landet	1 915	9 377 700
	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	8 406	47 925 816
		Kvinne	Hele landet	2 268	12 367 025
		Mann	Hele landet	6 138	35 558 792
	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	7 480	39 009 072
		Kvinne	Hele landet	2 631	12 645 432
		Mann	Hele landet	4 849	26 363 638
2016	5 - 9	Begge kjønn	Hele landet	2 558	13 370 254
		Kvinne	Hele landet	608	2 901 294
		Mann	Hele landet	1 950	10 468 960
	10 - 14	Begge kjønn	Hele landet	8 550	50 989 420
		Kvinne	Hele landet	2 291	13 297 675
		Mann	Hele landet	6 259	37 691 748

15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	7 573	42 170 160
	Kvinne	Hele landet	2 627	13 254 686
	Mann	Hele landet	4 946	28 915 476

Hentet fra: www.reseptregisteret.no (11.03.2018)

