

Bente Knutsen

Behandling og oppfølging av personer med ADHD

En dokumentanalyse av nasjonale føringer

Masteroppgave i spesialpedagogikk (PED6905)

Veileder: Ottar Ness

Trondheim, november 2018

Bente Knutsen

Behandling og oppfølging av personer med ADHD

En dokumentanalyse av nasjonale føringer

Masteroppgave i spesialpedagogikk (PED6905)

Veileder: Ottar Ness

Trondheim, november 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

Institutt for pedagogikk og livslang læring



Kunnskap for en bedre verden

Behandling og oppfølging av personer med ADHD - en dokumentanalyse av nasjonale føringer

Nøkkelord:

ADHD, hyperkinetisk forstyrrelse, behandlingsmetoder, tiltak, medisiner, ernæring, foreldretreningsprogrammer, kognitiv atferdsterapi, computerbaserte treningsprogram, neurofeedback, sosial ferdighetstrening, spesialpedagogiske tiltak, psykoedukasjon, coaching, retningslinjer, behandling, oppfølging, nasjonale føringer, Helsedirektoratet, dokumentanalyse, argumentasjonsanalyse, Norge.

© Bente Knutsen

År: 2018

Tittel: Behandling og oppfølging av personer med ADHD - en dokumentanalyse av nasjonale føringer

Forfatter: Bente Knutsen

Trykk: NTNU Grafisk senter

Sammendrag

Bakgrunn:

ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, og er en medisinsk diagnose som kan stilles når visse atferdskriterier er oppfylt (Engh, 2014). Disse kriteriene omhandler ulike atferdsavvik som viser seg ved lav impulskontroll, oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet (Reynolds & Kamphaus, 2013).

Som mor til en jente med ADHD, og gjennom min erfaring som spesialpedagog i barnehage, skole og spesialisthelsetjenesten, har jeg endel erfaring med ADHD-diagnosen. Jeg sitter likevel med mange ubesvarte spørsmål, da særlig i forhold til behandling og oppfølging av personer med denne diagnosen. Jeg erfarer også at det i samfunnet for øvrig finnes mange og sprikende meninger knyttet til denne diagnosen. Noen hevder at diagnosen kan forklares og behandles som en medisinsk tilstand, mens andre holder fast ved at vanskene skyldes psykososiale årsaker, og må forstås og behandles ut i fra dette (Isaksen & Tjora, 2016).

Hensikt og problemstilling:

Fordi ADHD er blitt en diagnose mange snakker om, og som mange har en mening om, ønsker jeg gjennom min masteroppgave å se nærmere på hvilke behandlingsmetoder som anbefales for personer med ADHD i Norge, og hvilket belegg man finner i nasjonale føringer for å anbefale disse. Jeg håper med dette å kunne gi foreldre og fagfolk innsikt i og oversikt over innholdet samt formålet med de ulike behandlingsmetodene. Målet er å bidra til en bevisstgjøring rundt effekt og dokumentasjon i forhold til hver enkel behandlingsmetode som er beskrevet i de nasjonale føringene.

Problemstillingen for studien er: *Hva innebærer behandlingsmetodene som Helsedirektoratet anbefaler for personer med ADHD, og hvilken argumentasjon og dokumentasjon benyttes som bakgrunn for deres anbefalinger?*

Metode:

Med bakgrunn i min problemstilling har jeg valgt å benytte en kvalitativ tilnærming til min problemstilling. Fordi jeg ønsket å finne hvilke belegg og argumentasjoner som Helsedirektoratet har for sine anbefalinger i sin veileder «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging» var det naturlig å velge dokumentanalyse som metode, i form av en argumentasjonsanalyse.

Funn og konklusjon:

Det er stor variasjon når det kommer til hvor godt belegg og argumentasjoner Helsedirektoratet (2017) har for å anbefale de behandlingsmetoder som står omtalt i deres veileder. Ved syv av ti metoder konkluderer Helsedirektoratet (2017) med usikker effekt og/eller mangelfulle studier. Dette gjelder ernæring, neurofeedback-terapi, kognitiv atferdsterapi, computerbaserte treningsprogram, sosial ferdighetstrening, foreldretreningsprogrammer og coaching. Når det gjelder spesialpedagogiske tiltak omtaler Helsedirektoratet (2017) dette som et av de viktigste tiltakene for barn med ADHD, men det er ikke vist til dokumentasjon som bekrefter effekten av tiltaket. De metodene Helsedirektoratet (2017) har funnet best faglig belegg for å anbefale, og som de har gradert til A, er psykoedukasjon og legemiddelbehandling.

Forord

Å skrive masteroppgave har vært en spennende, lærerik og utfordrende prosess. Jeg har lært mye både når det gjelder forskningsarbeid, oppgaveskriving, om ADHD og om behandlingsmetoder ved denne diagnosen. Når det gjelder oppgaveskrivingen har det vært motiverende å se hvordan oppgaven stadig har vært i utvikling, og gradvis blitt mer utfyllende og treffende i forhold til problemstillingen. Samtidig har det til tider vært frustrerende når arbeid har vært nødt til å endres og tekst slettes i takt med at problemstillingen og oppgaven har tatt nye veier. Men når jeg nå sitter igjen med en oppgave ferdig til innlevering, kjenner jeg på en tilfredshet over å ha fullført, og er veldig godt fornøyd med resultatet jeg gir fra meg. Dette er en prosess jeg ikke ville ha vært foruten.

Gjennom masterstudiet er det mange som har bistått meg, og som fortjener en stor takk. Først og fremst vil jeg takke min samboer Stefan, som har vært en god støttespiller gjennom prosessen. Han har hørt på mine gleder og frustrasjoner, bistått med gjennomlesing, vist interesse for oppgaven og ikke minst tatt i et ekstra tak på hjemmebane.

Jeg vil også takke min eldste datter Natalie, som er hovedgrunnen til at jeg valgte å se nærmere på dette temaet. Takk for at jeg har fått bruke din historie til å belyse et viktig tema, og takk for alt du har lært meg ved å være akkurat den du er.

Jeg vil også rette en takk til mine to yngste barn, Nora og Aron, som har vært nødt til å dele mammas oppmerksomhet med PC, fagbøker og forskningslitteratur. Dere har vært tålmodige og forståelsesfulle, noe jeg setter stor pris på.

En takk rettes også til mine medstudenter, som har vært til stor hjelp og støtte gjennom denne prosessen. Takk for motiverende samarbeid.

En stor takk rettes også til min veileder Ottar Ness. Takk for god hjelp, uvurderlige tips og råd, oppmuntrende ord og positive tilbakemeldinger. Uten deg ville dette blitt en mer utfordrende prosess enn hva det faktisk ble. Du hjalp meg til å ta gode veivalg underveis, til å se løsninger når jeg sto fast, og ga meg motivasjon og ny giv når frustrasjonen tok overhånd. Tusen takk for god hjelp og støtte!

Til slutt: Takk for meg NTNU, det har vært en flott opplevelse å være masterstudent hos dere.

Bjugn, 07.11.18

Bente Knutsen

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Aktualitet og relevans	1
1.3 Hensikt og problemstilling	3
1.4 Oppgavens oppbygning	5
2 Teori	6
2.1 ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	6
2.1.1 Diagnostisering	6
2.1.2 Kjernesymptomer ved ADHD: Oppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet	7
2.1.3 Årsakssammenhenger til ADHD	9
2.1.4 Kjønnforskjeller og ADHD	10
2.1.5 ADHD i et historisk perspektiv	10
2.1.6 Kritisk blick på diagnosekulturen.....	11
2.2 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge	12
2.3 Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer	13
2.4 Behandlingsmetoder	15
2.4.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT).....	15
2.4.2 Foreldretreningsprogrammer	17
2.4.3 Computerbaserte treningsprogrammer	18
2.4.4 Nevrofeedback-terapi (NFT).....	19
2.4.5 Ernæring	20
2.4.6 Legemiddelbehandling	21
2.4.7 Sosial ferdighetstrening.....	23
2.4.8 Psykoedukasjon	23
2.4.9 Veiledning og coaching.....	24
2.4.10 Spesialpedagogiske tiltak	25
3 Metode	26
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring – Hermeneutikk	26
3.2 Forforståelse	27
3.3 Valg av metode	28
3.4 Dokumentanalyse som forskningsmetode	29
3.5 Utvalg	29
3.6 Presentasjon av datamaterialet	31
3.6.1 «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD»	31

3.6.2 «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging».....	33
3.7 Argumentasjonsanalyse	35
3.8 Kildekritikk	39
3.9 Forskningsetiske vurderinger	40
3.10 Reliabilitet	41
3.11 Validitet.....	41
3.12 Overførbarhet	42
3.13 Studiens metodiske styrker og svakheter.....	43
4 Presentasjon av funn	45
4.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT).....	45
4.2 Foreldretreningsprogrammer	46
4.3 Computerbaserte treningsprogrammer	48
4.4 Nevrofeedback-terapi (NFT).....	49
4.5 Ernæring.....	50
4.6 Legemiddelbehandling	52
4.7 Sosial ferdighetstrening.....	53
4.8 Psykoedukasjon	53
4.9 Veiledning/coaching	55
4.10 Spesialpedagogiske tiltak	55
5 Drøfting	57
5.1 Oppsummering av metodenes innhold og antatte effekt.....	58
5.1.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT).....	58
5.1.2 Foreldretreningsprogrammer	58
5.1.3 Computerbaserte treningsprogrammer	59
5.1.4 Nevrofeedback-terapi.....	60
5.1.5 Ernæring.....	60
5.1.6 Legemiddelbehandling	61
5.1.7 Sosial ferdighetstrening.....	62
5.1.8 Psykoedukasjon	62
5.1.9 Veiledning og coaching	63
5.1.10 Spesialpedagogiske tiltak	64
5.2 Drøfting av Helsedirektoratets omtale av behandlingsmetodene	64
5.3 Avsluttende refleksjoner	67
Litteraturliste	69
Vedlegg 1: Argumentasjonsanalyse	78

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Jeg har lenge hatt interesse for diagnosen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Denne interessen begynte allerede i 20-årene, da min datter var ca. syv år og jeg fikk mistanke om at hun kunne ha diagnosen. Fra jeg fikk mistanken til jeg kontaktet hjelpeapparatet og videre til utredning og diagnose gikk det mange år. Gjennom disse årene har jeg lært mye om ADHD, samtidig som jeg fremdeles sitter igjen med mange spørsmål. Disse spørsmålene dreier seg blant annet om hvor pålitelige diagnosekriteriene på ADHD er, hvor grensen bør gå for å sette en diagnose, hvordan diagnosen påvirker personen som får den og ikke minst hvordan man best kan hjelpe personer med ADHD til god fungering i hverdagen.

Da min datter fikk ADHD-diagnosen, var hun blitt tretten år. Vi var da lettet over endelig å få hjelp. Støtten fra hjelpeapparatet kom raskt, og vi begynte utprøving av medisiner. Parallelt med støtten og hjelpen vi fikk fra hjelpeapparatet, opplevde jeg at personer i vår omgangskrets ikke nødvendigvis var like positive til diagnosen og behandlingen som ble gitt. Jeg opplevde flere episoder hvor jeg måtte forsvare hvorfor vi ønsket å benytte medisin som behandling. Jeg følte jeg måtte stå til rette for, argumentere og forklare hvorfor vi hadde tatt denne avgjørelsen på vegne av vår datter. Dette bidro til å gjøre meg usikker. Var det riktig å la henne bruke medisin? Skulle vi heller gjort noe annet? Hvilke andre muligheter hadde vi? Disse spørsmålene har fulgt meg i alle disse årene, og jeg ønsker å finne svar. Jeg vil derfor bruke min masteroppgave til å se nærmere på hvilke behandlingsmetoder som tilbys personer med ADHD i Norge, og hvilket belegg hjelpeapparatet har for å tilby disse behandlingene.

1.2 Aktualitet og relevans

Samtidig som jeg opplevde kritiske spørsmål fra venner og kjente, leste jeg alt jeg kom over av avisartikler. Disse kom jevnlig, med ulike synsvinkler. Også her opplevde jeg at skepsisen til bruk av medisin, og generelt det å diagnostisere barn med ADHD, stadig kom opp til debatt. Som mor ble jeg usikker og som fagperson ble jeg nysgjerrig. Jeg ønsker derfor å utforske dette videre, og vil i min studie se nærmere på de nasjonale føringene vi har i Norge når det gjelder behandling og oppfølging av personer med ADHD.

Isaksen og Tjora (2016) har sett på hvordan ADHD-debatten har utviklet seg i media de siste årene. Debatten beveger seg i ulike retninger, med ulike synspunkt. I enkelte artikler

dominerer biologien som forklaring på diagnosen, og troen på at ADHD kan forstås og behandles som en medisinsk tilstand står sterkt. I andre artikler er det lagt vekt på psykososiale årsaker til diagnosen, og årsaken til vanskene letes etter i familien, skole, diett eller livsstil (Isaksen & Tjora, 2016). Isaksen og Tjora (2016) hevder at mediene bidrar sterkt i ADHD-debatten, enten det dreier seg om årsaker til ADHD eller behandlingen av symptomer. De har derfor sett på hvordan de tre avisene Aftenposten, VG og Dagbladet har omtalt ADHD/ADD (ADHD uten hyperaktivitet) i perioden fra 2000 til 2002, og 2013 til 2015. Dette ønsket de å gjøre med bakgrunn i at pressen er en viktig premissleverandør når det gjelder forklaringer på, og tiltak ved, symptomer på ADHD (Isaksen & Tjora, 2016).

Mediene har stor betydning når det gjelder å påvirke folks meninger og holdninger, Isaksen og Tjora (2016) mente derfor det ville være interessant å ikke bare undersøke graden og omfanget av medieoppmerksomhet rundt enkelte emner, men også hvilke emner som blir utelatt fra diskusjonen. Gjennom sine analyser fant de at medisiner, diagnostisering og ernæring var de mest dominerende temaene ADHD blir presentert gjennom i media. Med tanke på at Helsedirektoratet (2017) anbefaler ti ulike behandlingsmetoder i sine retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med ADHD, er det innlysende at fremstillingen rundt behandlingen av ADHD blir mangelfull i det offentlige rom. Ved at media velger å skrive mye om enkelte behandlingsmetoder, og bevisst eller ubevisst velger å ikke skrive om andre, har de stor innvirkning på hva befolkningen får av informasjon. Isaksen og Tjora (2016) mener den offentlige diskusjonen om ADHD handler om verdier, hvem som kommer til orde, og dermed hvilket syn på virkeligheten som får komme frem. Gjennom noe ensidig fremstilling i media er ADHD derfor blitt en diagnose alle vet noe om, men som de færreste har nok kunnskap om.

Ifølge Helsedirektoratet (2017) er det estimert at 1-3 % av befolkningen har ADHD ut i fra WHO's diagnosekriterier ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), og 4-8 % ut i fra Den amerikanske psykiaterforeningens kriterier DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Med tanke på den høye forekomsten av diagnosen er det viktig at fagpersoner i skole, barnehage og hjelpeapparat har riktig og oppdatert kunnskap på området.

1.3 Hensikt og problemstilling

ADHD er på mange måter blitt en diagnose som skaper samfunnsdebatt, og jeg erfarer at det finnes mange og sprikende oppfatninger rundt denne diagnosen.. Noen hevder at diagnosen kan forklares og behandles som en medisinsk tilstand, mens andre holder fast ved at vanskene skyldes psykososiale årsaker, og må forstås og behandles ut i fra dette (Isaksen & Tjora, 2016).

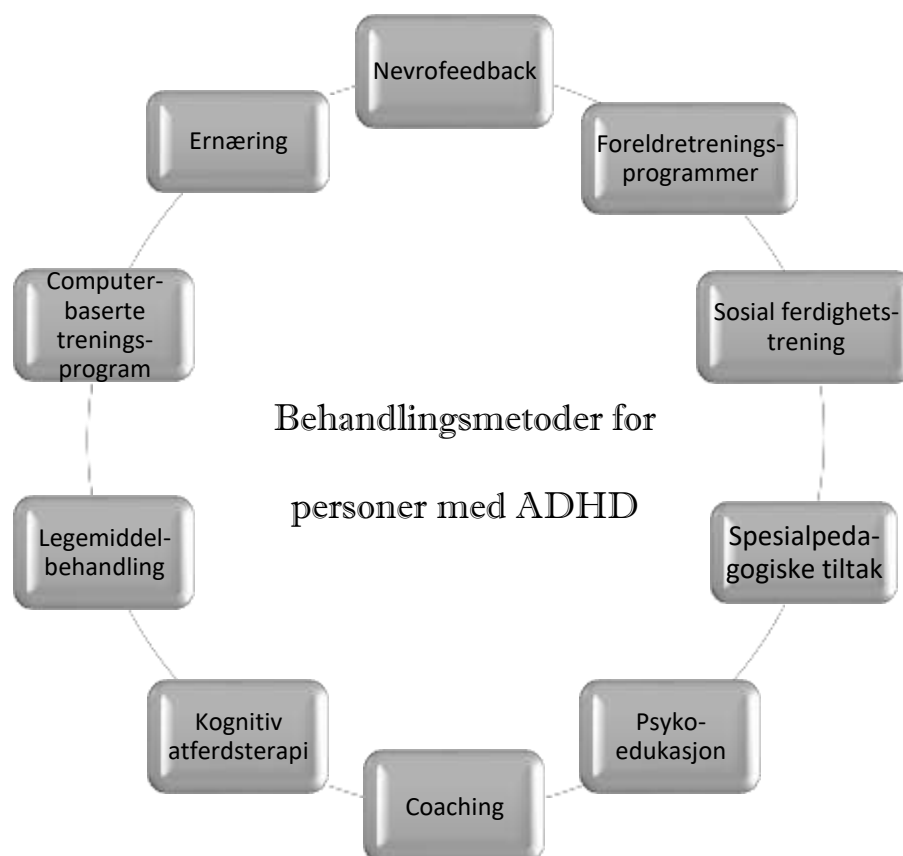
Fordi ADHD er blitt en diagnose mange snakker om, og som mange har en mening om, ønsker jeg gjennom min masteroppgave å se nærmere på hvilke behandlingsmetoder som anbefales for personer med ADHD i Norge, og hvilket belegg man finner i nasjonale føringer for å anbefale disse. Med belegg menes den begrunnelsen som gis for gitte påstander (Bratberg, 2014). Jeg håper med dette å kunne gi foreldre og fagfolk innsikt i og oversikt over innholdet samt formålet med de ulike behandlingsmetodene. Målet er å bidra til en bevisstgjøring rundt effekt og dokumentasjon i forhold til hver enkel behandlingsmetode som er beskrevet i de nasjonale føringene.

I forarbeidet til min masteroppgave søkte jeg etter opplysninger om hvilke behandlingsmetoder som benyttes i Norge, og kom da over veilederen «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging» (Helsedirektoratet, 2017). Denne veilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet, og ble først utgitt i 2005 med tittelen «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD». Denne ble senere revidert i 2007. I 2014 kom en ny og forbedret utgave ut, i form av veilederen «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging». Denne ble senere revidert i 2017. Dette er en retningsgivende veileder for fagpersoner som jobber med utredning, diagnostikk, behandling og tilrettelegging for personer med ADHD. Veilederen sier noe om diagnostiske vurderinger, hvilke metoder og tiltak som finnes, og hva som er å anbefale med tanke på behandlingen og oppfølging av personer med ADHD.

«Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD» (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) og «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelser – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging» (Helsedirektoratet, 2017) vil bli benyttet som datamateriale i min oppgave. Disse veilederne vil derfor bli grundigere omtalt i metodedelen, under presentasjon av datamateriale.

Når det gjelder teori om de ulike behandlingsmetodene, har jeg i denne studien vært opptatt av å finne gode beskrivelser av hva disse behandlingstilnærmingene går ut på. Det har derfor ikke vært viktig for meg å finne frem til forskningsbasert litteratur som bekrefter om disse metodene har effekt eller ikke. Jeg vil gi en fremstilling av hvilke metoder som benyttes i Norge, hva disse går ut på og hva man har til hensikt å oppnå av resultater. I hvilken grad det finnes dekning for å anbefale disse metodene vil jeg se nærmere på i argumentasjonsanalysen av Helsedirektoratets veiledere «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD» (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) og «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging» (Helsedirektoratet, 2017).

I figuren nedenfor har jeg synliggjort de ti behandlingsmetodene som står omtalt i Helsedirektoratet (2017) sine retningslinjer:



Figur 1: Behandlingsmetoder for personer med ADHD

Studiens problemstilling er: «*Hva innebærer behandlingsmetodene som Helsedirektoratet anbefaler for personer med ADHD, og hvilken argumentasjon og dokumentasjon benyttes som bakgrunn for deres anbefalinger?*»

1.4 Oppgavens oppbygning

Min masteroppgave består av 5 kapitler. I kapittel 1 gir jeg en begrunnelse for valg av tema, og sier noe om bakgrunnen for mitt valg. Videre gjør jeg rede for aktualitet, relevans og formål, før jeg kommer frem til min problemstilling. I kapittel 2 har jeg valgt å gjøre en teori- og litteraturgjennomgang, hvor jeg gjør rede for diagnosen ADHD og de ulike behandlingsmetodene som er omtalt i Helsedirektoratets retningslinjer. Her vil jeg i all hovedsak gjøre rede for oppgavens teoriforankring, slik at leseren har nødvendig forkunnskap for videre lesning. I kapittel 3 gjør jeg rede for oppgavens rammeverk. Her fremkommer valg av metode, presentasjon av mitt datamateriale, studiens kvalitet, forskningsetiske vurderinger og kildekritikk. I kapittel 4 vil jeg presentere mine funn fra argumentasjonsanalysen. I kapittel 5 vil jeg gi en oppsummering av innhold og antatt effekt rundt hver av de ti behandlingsmetodene, for deretter å gjøre en helhetlig drøfting av Helsedirektoratet (2017) sine anbefalinger når det gjelder behandling og oppfølging av personer med ADHD. Avslutningsvis vil jeg reflektere rundt min egen studie, og se på behovet for videre forskning på området.

2 Teori

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for aktuell litteratur tilknyttet oppgavens tema. Jeg vil først si noe om diagnosen ADHD, for deretter å gi en beskrivelse av ulike behandlingsmetoder og hensikten med disse. Jeg vil også kort gjøre rede for den nasjonale veilederen: «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (Helsedirektoratet, 2008), og si noe om kunnskapsbaserte faglige retningslinjer.

Når det gjelder teori om de ulike behandlingsmetodene er det viktig å understreke at jeg i denne studien har vært opptatt av å finne gode beskrivelser av hva disse metodene går ut på. Det har derfor ikke vært viktig for meg å finne frem til forskningsstudier som bekrefter eller avkrefter metodenes effekt. Jeg vil gi en fremstilling av hvilke metoder som benyttes i Norge, hva disse går ut på og hva man har til hensikt å oppnå av resultater. I hvilken grad det finnes dekning for å anbefale disse metodene vil jeg se nærmere på i argumentasjonsanalysen av Helsedirektoratets veiledere «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD» (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) og «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging» (Helsedirektoratet, 2017).

2.1 ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

2.1.1 Diagnostisering

ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, og er en medisinsk diagnose som kan stilles når visse kriterier er oppfylt. Disse kriteriene bestemmes av Verdens helseorganisasjon (WHO) eller Den amerikanske psykiaterforeningen, og er beskrevet i deres diagnosemanualer. Den amerikanske psykiaterforening har beskrevet sine kriterier i håndboken Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Denne håndboken ble første gang utgitt i 1952, og er siden blitt oppdatert en rekke ganger. Disse revisjonene er synliggjort ved at håndbokens tittel har fått et tall etter seg. Den femte og nyeste utgaven ble utgitt i 2013 og forkortes DSM-5. Verdens helseorganisasjon (WHO) har også utarbeidet en manual med oversikter over ulike psykiatriske diagnoser, psykiske lidelser, sykdommer o.a. (Engh, 2014). Deres diagnosemanual har betegnelsen ICD-10, og er den tiende revisjonen av The International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems (ICD) siden den ble utgitt for første gang i 1893 (Helsedirektoratet, 2010). I 2018 ble første utgave av ICD-11 publisert av WHO, og de ulike medlemslandene jobber i disse dager med å

oversette og tilpasse verktøyet til nasjonale forhold (Frambu, 2018). Men med tanke på at overgangen fra ICD-9 til ICD-10 i Norge tok mellom fem og syv år, forventes det at det enda vil ta noe tid før ICD-11 blir innført og tatt i bruk i Norge (Direktoratet for e-helse, 2018).

Diagnosekriteriene i begge manualene går direkte på ulike typer atferd som kartlegges gjennom intervjuer, observasjon og testing. Om man sammenligner de to manualene vil man se at mye er likt, men at det også er små forskjeller. Generelt sett betraktes WHO sine kriterier som strengere enn kriteriene Den amerikanske psykiaterforeningen opererer med (Haugen, 2008). Det opereres også med ulike navn på diagnosene i de to manualene. I diagnosemanualen ICD-10 omtales diagnosen som Hyperkinetisk forstyrrelser, mens den i DSM-5 omtales som ADHD (Helsesdirektoratet, 2017). Hyperkinetisk forstyrrelser beskriver alvorligere symptomatologi og klarere avvik fra normalitet enn det ADHD gjør. Ved å bruke kriteriene for ADHD vil derfor flere personer oppfylle kriteriene for diagnosen. utfordringer ved å benytte kriterier for diagnosen ADHD kan være å skille tilstanden fra normalutviklingen, og fra andre tilstander som også kan gi konsentrasjonsvansker og/eller hyperaktivitet/impulsivitet (Helsesdirektoratet, 2017).

I Norge benytter man ofte ADHD som en fellesbetegnelse for både ADHD og Hyperkinetisk forstyrrelser, men ved diagnostisering i spesialisthelsetjenesten skal diagnosemanualen ICD-10 brukes (Helsesdirektoratet, 2017).

Før jeg går videre i oppgaven vil jeg presisere at jeg i min studie har valgt å bruke ADHD som en fellesbetegnelse for ADHD og Hyperkinetisk forstyrrelse. Dette fordi nesten alle forskningsresultater er basert på studier som har anvendt begrepet ADHD og tilhørende diagnostiske kriterier.

2.1.2 Kjernesymptomer ved ADHD: Oppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet

ADHD kjennetegnes i hovedsak ved lav impuls kontroll, oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet. I diagnosemanualen DSM-5 opereres det med ni atferdsavvik i kategoriene for ADHD. ICD-10 har også en lignende diagnosemanual, hvor man finner mange likhetstrekk med DSM-5. Fordi det meste av forskningen tar utgangspunkt i ADHD og DSM-5, og fordi de fleste tester som benyttes i utredningen av ADHD tar utgangspunkt i diagnosekriteriene fra DSM-5, velger jeg å referere til disse i min oppgave.

For at ADHD-diagnosen skal kunne settes må man være sikker på at barnet eller ungdommen kjennetegnes ved minst seks av avvikene i hver kategori (for ungdom over 17 er det tilstrekkelig med fem), at noen av disse vanskene har vist seg før fylte 7 år, at vanskene har vart i minst seks måneder og at vanskene sees på minst to ulike arenaer (Engh, 2014). Disse atferdsavvikene er (Reynolds & Kamphaus, 2013):

Uoppmerksomhet

- Klarer ofte ikke å være fokusert på detaljer, eller gjør uforsiktede feil i skolearbeidet eller i andre aktiviteter.
- Har ofte vansker med å holde oppmerksomheten når de utfører oppgaver eller leker.
- Ser ofte ikke ut til å høre når de blir snakket til.
- Følger ofte ikke instruksjoner fullt ut, og klarer ikke å avslutte skolearbeidet, fullføre rutinearbeid eller andre oppgaver.
- Har ofte vansker med å organisere oppgaver eller aktiviteter.
- Unngår ofte, eller misliker oppgaver som krever vedvarende tankevirksomhet, slik som skolearbeid eller hjemmelekser.
- Mister ofte ting som behøves for å utføre aktiviteter, som for eksempel bøker, blyanter, leker eller verktøy.
- Lar seg ofte lett distrahere.
- Glemmer ofte.

Hyperaktivitet og impulsivitet

- Fikler ofte med hendene og føttene, eller vrir seg i stolen.
- Forlater ofte pulten sin i klasserommet eller i andre situasjoner der man forventer at de sitter ved pulten.
- Løper eller klatrer når det ikke er nødvendig. Ungdommer gjør kanskje ikke det, men de kan føle seg konstant urolige.
- Har ofte problemer med å leke stille og rolig.
- Er som regel på farten, eller opptrer som om de er drevet av en motor.
- Er ofte svært snakkesalige.
- Buser ofte ut med svarene før spørsmålene er blitt fullstendig stilt.
- Har ofte vansker med å vente på sin tur.
- Avbryter eller blander seg ofte inn i andres samtaler eller spill.

De oversikter og kategoriseringer av psykiske lidelser og atferdstrekk som DMS-5 og ICD-10 gir, må betraktes som en vurdering og en forståelse som er i kontinuerlig utvikling i takt med nye erfaringer og oppdatert forskning. Det er heller ikke slik at alle som innfrir en ADHD-diagnose har den samme hyperaktive atferden, samme grad av oppmerksomhetssvikt eller har like lav impuls kontroll (Engh, 2014).

Det er også individuelle forskjeller på når i livet personer med ADHD har flest symptomer. Noen personer klarer seg godt gjennom barneårene, men får større vansker når de kommer til ungdomsårene og kravene til de eksekutive funksjonene blir større. Andre har flest symptomer gjennom barndommen, men får gradvis færre symptomer jo eldre de blir (Brown, 2013). Det er derfor viktig at personer med ADHD blir behandlet ut i fra sine individuelle personligheter og individuelle behov. Det kompliserer også bildet at mange barn og unge kan utvise ADHD-lignende symptomer uten at de har diagnosen (Engh, 2014).

2.1.3 Årsakssammenhenger til ADHD

Det er ingen enkeltfaktorer alene som kan forklare utvikling av ADHD, her spiller både genetiske og ikke-genetiske faktorer inn, og utgjør et komplisert samspill over tid (Thapar, Cooper, Eyre, & Langley, 2013).

Det er avdekket flere miljøfaktorer som øker risikoen for å utvikle ADHD. Dette kan for eksempel være lav fødselsvekt, mors bruk av rusmidler, tobakk og alkohol i svangerskapet, samt mors stress under svangerskapet (Thapar et al., 2013).

Ulike tvillingstudier har også avdekket at genetiske årsaksfaktorer er av stor betydning i utviklingen av ADHD (Greven, Rijdsdijk & Plomin, 2011; Faraone et al., 2005; Faraone & Larsson, 2018). Av genetiske faktorer kan nevnes endringer i hjernens fremre deler, frontallappene, hvor blant annet våre eksekutive funksjoner styres fra. Slike endringer i hjernen sees ofte hos personer med ADHD. Hvis våre eksekutive funksjoner fungerer dårlig, påvirker dette vår evne til planlegging, oppmerksomhet, problemløsning, dømmekraft, impulsstyring og evnen til koordinering av tanke og atferd (Ørbeck, 2011). Hos personer med ADHD kan dette gi utslag i for eksempel vansker med å gjennomføre dagligdagse oppgaver og skolearbeid, holde avtaler og tidsfrister, samhandle og samarbeide med andre, eller de kan sette seg selv i farlige situasjoner (Brown, 2013).

2.1.4 Kjønnforskjeller og ADHD

Det er færre jenter enn gutter som får diagnosen ADHD, og forekomsten ligger på cirka en jente per fire gutter som fyller diagnosekriteriene (Rønhovde, 2004). Folkehelseinstituttet gjorde en undersøkelse av antall norske barn i alderen 6-17 år med ADHD-diagnose, i perioden 2008-2013. Ved å se i Norsk pasientregister fant de at ADHD-diagnosen hadde en forekomst på 4,3 % hos guttene og 1,7 % hos jentene (Folkehelseinstituttet, 2016). Årsaken til kjønnforskjellen er uavklart, men Goldstein og Gordon (2003) mener dette ikke har noe med selve diagnosekriteriene å gjøre, men heller at ADHD-diagnosen har noe ulik forekomst hos gutter og jenter, samt at jenters ADHD ofte ikke blir avdekket. Jenter i ungdomsårene som lider av depresjon, angst eller lignende kan ofte ha en uoppdaget ADHD som gjør livet vanskelig for dem (Goldstein & Gordon, 2003).

I sin litteraturgjennomgang av 30 vitenskapelige studier fant Goldstein og Gordon (2003) at gutter og jenter som henvises for mistanke om ADHD har mange likhetstrekk med tanke på symptomer, men at graden av funksjonsevne og komorbide tilstander var varierende. De kom også frem til at det var flere jenter enn gutter som fikk diagnosen ADD, altså ADHD uten hyperaktivitet. Dette skyldes gjerne at jentene har lavere grad av utagerende atferd og spesifikke lærevansker, og jentene er ofte mer hyperverbale i stedet for hyperaktive. De scorer dermed lavt på hyperaktivitet og impulsivitet, men scorer derimot veldig høyt på uoppmerksomhet, noe som gjør at de allikevel innfrir diagnosekriteriene for ADHD (Goldstein & Gordon, 2003).

2.1.5 ADHD i et historisk perspektiv

En av de første som omtalte et barn med ADHD var den tyske legen Heinrich Hoffman, som i 1865 ga ut poesi rundt dette temaet. Hoffman brukte poesi til å beskrive ulike barnesykdommer han ble kjent med gjennom sin medisinske praksis. Når det kommer til vitenskapelig omtale, er det ofte George Still som blir nevnt som den første forfatteren som satte søkelyset mot barn med den type atferdsvansker som vi i dag omtaler som ADHD. I 1902 publiserte Still en vitenskapelig artikkel hvor han beskriver de nevrologiske symptomene som forbindes med ADHD, og mente denne tilstanden var en form for moralsk defekt. Tilstanden fikk derfor navnet «Defect of moral control» (Barkley, 2006).

I perioden 1917-1918 herjet en epidemi av hjernehinnebetennelse i Nord-Amerika (Cantwell, 1981). I etterkant av denne epidemien oppdaget legene at flere av de rammede barna utviste de samme symptomene som Still hadde beskrevet noen år tidligere. De mente denne atferden måtte komme som følge av at betennelsen hadde gitt barna hjerneskode, og omtalte tilstanden som «Post encephalitic behavior disorder». Senere ble denne tilstanden omdøpt til minimal brain dysfunction (MBD) (Barkley, 2006).

Etter som årene gikk, og ingen greide å påvise den såkalte hjerneskode, begynte man å se på andre årsaksforklaringer til disse symptomene. Flere begynte å se på hyperaktivitet som den mest nærliggende årsaken, og i 1968 ble derfor MBD omdøpt til Hyperactive Reaction of Childhood. Diagnosen og dens kriterier ble omtalt i den offisielle diagnosemanualen DSM-2 (Barkley, 2006).

I løpet av 1980 fikk diagnosen igjen nytt navn, og ble først omdøpt til Attention-deficit disorder med eller uten hyperaktivitet (ADD+H/ADD-H). Senere på 1980-tallet ble diagnosens navn endret nok en gang, denne gangen til Attention-deficit hyperactive disorder (ADHD). Diagnosen og dens kriterier ble omtalt i den offisielle diagnosemanualen DSM-3, og for første gang ble diagnosekriteriene som omhandler uoppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet omtalt i diagnosemanualen (Barkley, 2006).

2.1.6 Kritisk blikk på diagnosekulturen

Brinkmann, Petersen, Kofod & Birk (2014) mener vi i dag lever i en diagnosekultur, hvor flere og flere personer i den vestlige verden får psykiatriske diagnoser, og tilbys medisinsk eller terapeutisk behandling. De påpeker også at psykiatriske diagnoser ikke lenger er forbeholdt legers og psykologers fagspråk, men som i stor grad brukes i offentligheten for å forstå mellommenneskelige og sosiale vansker. De mener diagnosekulturen med dette overskygger andre forståelser av vansker i samfunnet, slik som moralske, religiøse og kulturelle problemstillinger (Brinkemann et al., 2014).

Allen Frances er også av den oppfatning at man i dagens samfunn driver med overdiagnostisering. Han har selv vært med å utarbeide diagnosemanualene DSM-III, DSM-III-R og DSM-IV, men mener nå at dette var en feiltakelse. Frances mener at man i dag driver med diagnostisering av normal atferd, gjerne for å få tilgang på de rettigheter og tjenester som følger med (Michaels & Frances, 2013). Skulle man ha testet hele befolkningen for psykiatriske diagnoser, ville hele 50 % ha innfridd en psykiatrisk diagnose i løpet av livet

(Moffitt, et al., 2010). Dette er ikke fordi befolkningen er blitt sykere, men fordi terskelen er blitt lavere for å sette psykiatriske diagnoser (Michaels & Frances, 2013).

Frances påpeker at det ikke finnes noen overordnet definisjon på normalitet. Det finnes heller ikke noen definisjon på psykiske lidelser som kan gi veiledning på hvilke lidelser som bør inkluderes i diagnosemanualen DSM. Han mener derfor at grensen mellom normalitet og psykiske lidelser er uklar, vilkårlig og elastisk. Frances er blitt en forkjemper for at man må slutte å sykeliggjøre det som er normalt. «Normal is worth saving» er hans budskap. (Michaels & Frances, 2013).

2.2 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge

Helsedirektoratet ga i 2008 ut veilederen «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge». Formålet med veilederen var å gi føringer for videreutviklingen av poliklinikkenes tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge. Bakgrunnen for dette var St.meld. nr. 25 (1996-97) «Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene», som slo fast at det var store mangler innen psykisk helsevern, og at det var behov for styrking og omstrukturering av tjenestetilbudene. For å bidra til dette kvalitetsarbeidet utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet i 2005 en kvalitetsstrategi (Helsedirektoratet, 2008). Målet i strategien var å sikre at tjenestene var virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, tilgjengelige og rettferdige fordelt, involverte brukerne og ga dem innflytelse, samt at ressursene ble utnyttet på en god måte (Helsedirektoratet, 2008).

Helsedirektoratet (2008) tok utgangspunkt i disse målområdene når de utarbeidet veilederen «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge». Veilederen gir anbefalinger for hvordan man best mulig kan ivareta disse målområdene, og sikre utvikling i tjenestetilbudet. Veilederen har et særlig fokus på organisering, ansvars- og oppgavefordeling, samhandling, tjenestens kjerneoppgaver, fagutvikling og faglig kvalitet i tjenesten. Når det gjelder behandling, står det noe om utarbeidelse av behandlingsplan, men lite om spesifikke metoder. Det er likevel presisert at for de pasientgrupper hvor det foreligger publiserte nasjonale eller internasjonale retningslinjer eller veiledere, bør disse følges. Dersom tjenesten velger å avvike fra disse retningslinjene må dette begrunnes og journalføres. For pasienter med ADHD betyr dette at veilederen «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging» bør brukes som retningsgivende ved behandling og oppfølging av personer med ADHD (Helsedirektoratet, 2008).

«Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (Helsedirektoratet, 2008) har vært gjenstand for flere tilfeller av forskning. Blant annet har Franca Armata (2017) gjennomført en tekstanalyse av veilederens innhold, og Lennart Lorås (2016) har sett på hvorfor BUP opplever utfordringer med å arbeide innenfor en systemisk familierapeutisk referanseramme.

Franca Armata (2017) kom frem til flere interessante funn i sin tekstanalyse. Hun fant blant annet at det spriket mellom de intensjoner som ble gitt i forhold til samarbeid og medvirkning, og det som var beskrevet i fasene i behandlingsprosessen. I deler av teksten fremstilles partene i samarbeidet som likestilte med tanke på medvirkningsmuligheter. Senere i teksten finner Armata motstridende føringer, hvor samarbeid fremstår som noe som skal foregå på behandlers premisser. Behandleren blir posisjonert i en ekspertposisjon, og barn og familier står igjen som mottakere av behandlingen. Armata stiller spørsmålsteget ved om de nasjonale føringene som gis i Norge fyller fullstendig den funksjonen de er tenkt å ha når man i disse veilederne finner motstridende og gjensidig utelukkende diskurser (Armata, 2017). For min studie er dette en interessant debatt, som skaper bevissthet rundt hvordan fremstillingen av tekst i nasjonale føringer gir konsekvenser i praksisfeltet.

Lennart Lorås (2016) ønsket i sin studie å undersøke om den systemiske familierapis teoretiske utgangspunkt bryter med Helsedirektoratets juridiske bindende krav når det gjelder poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i Norge, og at dette kan være årsaken til at psykisk helsevern for barn og unge (BUP) har vanskelig for å arbeide innenfor en systemisk familierapeutisk referanseramme. Lorås fant i sin forskning at den systemiske familierapis teoretiske utgangspunkt ikke nødvendigvis bryter med Helsedirektoratets juridiske bindende krav når det gjelder poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i Norge. Likevel påpeker han at enkelte språklige formuleringer i veilederen utfordrer den systemiske tankegangen, men at systemisk familierapi kan være en nødvendig og hensiktsmessig tilnærming på flere områder dersom BUP skal kunne ivareta Helsedirektoratets juridiske bindende krav. Blant annet gjelder dette områder som diagnostisering og utredning, da særlig hos personer med akse 5-problematikk (avvikende psykososiale forhold) (Lorås, 2016).

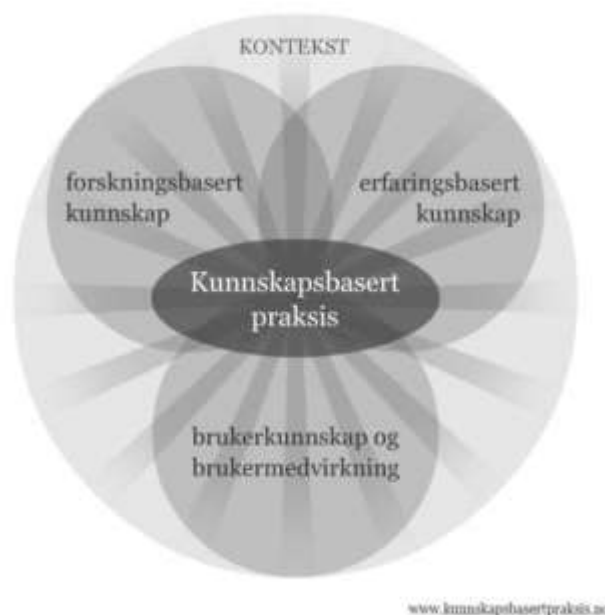
2.3 Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer

Retningslinjer er ment som et hjelpemiddel ved avveininger tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. De er ikke rettslig bindende, men faglig normerende (Helsedirektoratet, 2012).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 fastslår at Helsedirektoratet er eneste aktør som får utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer. Ved utvikling av nasjonale retningslinjer bør man kvalitetssikre arbeidet ved hjelp av internasjonale metoder som for eksempel AGREE (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), samt Helsedirektoratets egen veileder «Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer» (2012). Denne veilederen omhandler hvordan man utarbeider en retningslinje, hvilke krav som stilles til kvalitet, kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon, samt implementering og evaluering av retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012).

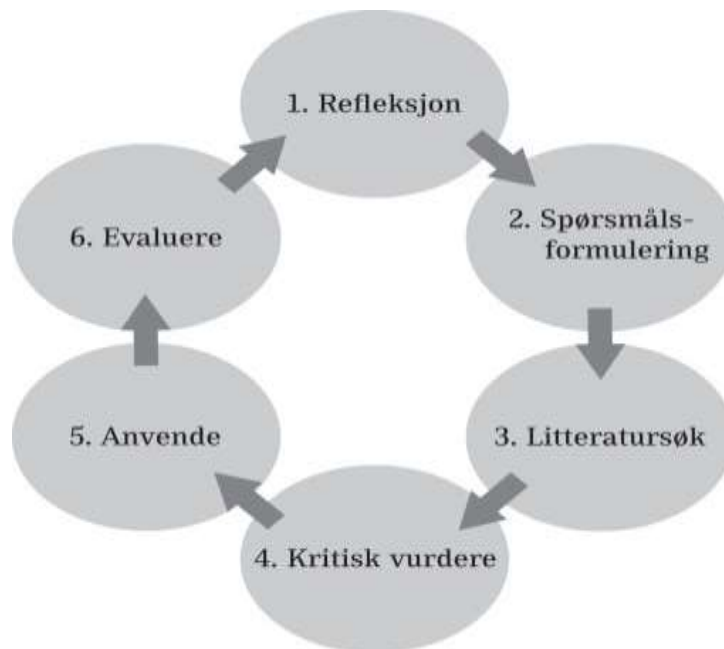
Målet med kunnskapsbaserte faglige retningslinjer er å gi råd og anbefalinger knyttet til oppfølging av en pasient eller diagnosegruppe. Veilederen skal inneholde systematisk utviklede råd og anbefalinger når det kommer til forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging. Rådene som gis skal være konkrete, de skal sikre samhandlingsutfordringer og helhetlige pasientløp, bidra til å redusere uønsket variasjon i tjenestene og å fremme god kvalitet i helsesektoren. Gode retningslinjer bør inneholde informasjon om kvaliteten og styrken på de anbefalinger som blir gitt (Helsedirektoratet, 2012).

Anbefalingene i retningslinjene skal bygge på kunnskapsbasert praksis, hvor forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov vurderes opp imot foreslåtte tiltak i kontekst av verdier, ressursbruk, prioriteringskriterier, lover og forskrifter (Helsedirektoratet, 2012). Kunnskapsbasert praksis er illustrert i følgende figur (helsebiblioteket.no, 2018):



Figur 2: Kunnskapsbasert praksis

Ved å ta utgangspunkt i Kunnskapsbasert praksis vil man få økt bevissthet rundt hvilken kunnskap man baserer sine handlinger på. Kunnskapsbasert praksis består gjerne av en prosess på seks trinn. Disse trinnene er synliggjort i følgende figur (helsebiblioteket.no, 2018):



Figur 3: Kunnskapsbasert praksis i seks trinn

Gjennom kunnskapsbasert praksis reflekterer man over egen praksis, undrer seg og stiller spørsmål, finner frem til forskningsbasert kunnskap, vurderer forskningen med kritisk blikk, anvender forskningsbasert kunnskap i kombinasjon med erfaringsbasert kunnskap og brukerens behov, og evaluerer egen praksis (helsebiblioteket.no, 2018).

2.4 Behandlingsmetoder

Jeg vil i det følgende gjøre rede for hva faglitteratur sier om innholdet i de ulike behandlingsmetodene som står omtalt i Helsedirektoratets veileder «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging».

2.4.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Kognisjon er menneskers kontinuerlige bearbeidelse av informasjon. Hva vi tenker om, forestiller oss eller husker om en bestemt situasjon er eksempel på en slik kognitiv prosess. I utgangspunktet kan man i stor grad bestemme selv hva man vil rette sin oppmerksomhet mot,

og hvordan man tar inn og bearbeider aktuell informasjon vil i stor grad farge de tolkninger og tanker man gjør seg. Ulike mennesker kan derfor oppleve samme situasjon på flere ulike måter. Ubevisst foregår det stadig pågående indre samtaler, hvor man tenker, ser for seg, kommenterer og forestiller seg. Dette er et resultat av menneskers behov for å fortolke og forstå de hendelser som finner sted, og tankene våre har derfor stor kraft. Når de samme tankene gjentar seg ofte, vil de fort oppleves som sannheter (Berge & Repål, 2015).

Det teoretiske grunnlaget for kognitiv atferdsterapi (KAT) er det man omtaler som «den kognitive trekanten». Tanker, følelser og atferd har en gjensidig påvirkning på hverandre. Om man gjør endringer i den ene komponenten vil det ha ringvirkninger på de andre. Om man for eksempel endrer på tankene vil dette kunne påvirke følelsene og atferd. Å forstå hvordan disse tre komponentene henger sammen er sentralt i kognitiv atferdsterapi (Martinsen & Hagen, 2012).

KAT er en strukturert behandlingsmetode hvor hver behandling følger en spesifikk struktur. For hver behandlingstid skal man ha en plan, man gjør en terapeutisk gjennomgang av tema og man gir og gjennomgår hjemmeoppgaver. Gjennom KAT skal barnet/ungdommen lære seg nye kognitive og atferdsmessige ferdigheter, og skal etter endt behandlingssløp kunne «bli sin egen terapeut» (Martinsen & Hagen, 2012). Sentrale elementer i KAT er (Martinsen & Hagen, 2012):

Psykoedukasjon: Terapeuten informerer om diagnosens symptombilde, som for eksempel forekomst, vanlige symptomer og behandling. Barnet/ungdommen og familien skal med dette få økt forståelse av de symptomene og mekanismer som opprettholder vanskene. Dette kan bidra til å normalisere problemene og dermed gi håp om endring og redusere opplevelsen av skyld og skam.

Affektiv opplæring: For å kunne håndtere vanskelige følelser er det viktig å gjenkjenne følelser hos seg selv og andre. Det å kunne lære seg å vurdere og differensiere intensiteten i egne følelser bidrar til affektiv opplæring, og skal utvikle evnen til emosjonsregulering. Å normalisere og akseptere følelser som en naturlig del av livet står sentralt.

Kognitive teknikker: Her jobbes det med barnets tanker, fortolkninger og antakelser. Barna introduseres for ideen om at vi alle har en indre dialog, eller det man kan kalle for «selvsnakk». Dette selvsnakket vil ofte være positivt og hjelpsomt, men enkelte ganger kan det skape problemer. Man ønsker derfor at barna skal komme i kontakt med sin egen indre

dialog, og øke refleksjonen rundt sin egen måte å tenke på. Hvordan man jobber med kognitive teknikker vil variere med barnas alder og modenhetsnivå.

Atferdsteknikker: For å hjelpe barnet å endre atferd benyttes ulike atferdsintervensjoner, som for eksempel endring av forsterkningsbetingelser (kartlegge og endre det som kan bidra til å opprettholde atferden), eksponering (barnet møter situasjoner eller objekter det frykter) og atferdsaktivering (registrering og planlegging av aktiviteter man har som mål å gjennomføre).

2.4.2 Foreldretreningsprogrammer

Helsedirektoratet (2017) anbefaler at foreldreveiledningsprogrammer blir prøvd ut som behandling hos førskolebarn og barn i tidlig skolealder med ADHD.

Foreldreveiledningsprogrammer har som hensikt å gjenopprette foreldrenes autoritet, og utvikle gode foreldreferdigheter som skal virke utviklingsfremmende på barnet. Innarbeidede reaksjonsmønstre og samværsformer skal avlæres, og nye, mer hensiktsmessige tilnærminger skal læres. Slik skal foreldrene bidra til å utvikle barnets prososiale ferdigheter, og eventuell utagering skal avta (Apeland & Askeland, 2014). Ved at foreldrene lærer om effektive tilnærminger til problemene vil de kunne begrense barnas atferdsvansker før disse kommer ute av kontroll (Webster-Stratton, 2000).

For å lykkes med å endre foreldrepraksisen trenger familien ofte profesjonell hjelp. Gjennom foreldreveiledningsprogrammer får foreldrene hjelp av fagpersoner med spesifikk kunnskap og kompetanse til å reflektere rundt sin egen foreldrerolle. Slik skal de kunne endre samspillsmønsteret i familien, og opprettholde dette over tid (Apeland & Askeland, 2014). De mest brukte foreldretreningsprogrammene i Norge er Parent Management Training (PMT), Multisystemisk terapi (MST) og De Utrolige Årene (DuÅ) (Helsedirektoratet, 2017).

Gjennom foreldreveiledningsprogrammer skal foreldrene styrkes, og få motivasjon og tro på egen kompetanse og mulighet til å hjelpe barnet sitt. Foreldrene er nøkkelpersonene i endringsarbeidet, og terapeuten er en hjelpende ressurs for å kunne skape den ønskede endringen. Det er foreldrene som har den sterkeste følelsesmessige tilknytningen til barnet, og som har størst mulighet til å ha innflytelse på barnets daglige utviklingsbetingelser. Foreldrene har med andre ord gode muligheter til å bidra til å snu barnets negative utvikling, ved å være pådrivere og utviklingsstøtterne i hverdagen (Apeland & Askeland, 2014).

Gjennom foreldreveiledningsprogrammer blir foreldrene blant annet veiledet i oppmuntring, ros og belønning, konsekvent og forutsigbar grensesetting, naturlige og logiske konsekvenser, problemløsende strategier, positiv involvering, effektive kommunikasjonsuttrykk, selvkontroll og regulering av negative følelsesuttrykk (Apeland & Askeland, 2014; Webster-Stratton, 2000).

2.4.3 Computerbaserte treningsprogrammer

Det er utviklet flere ulike computerbaserte treningsprogrammer som har til hensikt å øve opp arbeidsminnet og konsentrasjonsevnen hos barn, ungdom og voksne. I Norge er det programmet «Cogmed» som er mest brukt (Helsesdirektoratet, 2017). «Cogmed» er et internettbasert treningsprogram som er utviklet av den svenske psykologen og hjerneforskeren Torkel Klingberg (2002). Treningsprogrammet kan benyttes av alle, men er særlig egnet for personer som har en begrenset evne til konsentrasjon, oppmerksomhet, problemløsning og læringsevne som følge av lav kapasitet i arbeidsminnet (Pearson, 2018).

Arbeidsminnet er en grunnleggende kognitiv funksjon som er en del av hukommelsen. Arbeidsminnet bidrar til at man kan holde på aktuell informasjon over en kortere periode, og bearbeide denne informasjonen mens man gjennomfører mentale oppgaver. I hverdagen bruker vi arbeidsminnet til å huske instruksjoner, holde på relevant informasjon, løse problemer og kontrollere oppmerksomheten ved å huske hva vi skal konsentrere oss om. Nedsatt arbeidsminne viser seg derfor ofte som vansker med konsentrasjon og læring (Pearson, 2018).

«Cogmed» består av ulike øvelser som skal gjennomføres i en intensiv treningsperiode over flere uker. Vanskelighetsgraden tilpasses hver enkel person, og utfordrer hele tiden den øvre grense til arbeidsminnets kapasitet. Treningen blir gjennomført på pc eller nettbrett, i samarbeid med en coach som deltar støttende på hver treningsøkt. Coachen skal ha gjennomført en coachopplæring hvor man får innføring i treningsprogrammene, lære om effekten av treningen, om arbeidsminnets funksjon og hvordan man analyserer treningen (Pearson, 2018).

Trening med «Cogmed» hevdes å gi signifikant forbedring i arbeidsminnet, samt økt konsentrasjon og oppmerksomhet. Metoden skal også gi langtidseffekter når det gjelder læring og skoleprestasjoner, både hos lav-, normal-, og høypresterende elever (Pearson, 2018).

2.4.4 Nevrofeedback-terapi (NFT)

Neurofeedback er prøvd ut som behandling ved flere ulike tilstander, som for eksempel PTSD, smerter, rusmisbruk og ADHD (Ahlstrand,2018). Hos personer med ADHD ser man en tendens til langsommere hjernebølger i enkelte deler av hjernen enn hos andre. Når de frontale delene i hjernen har en stor mengde langsomme hjernebølger, kan det være vanskelig å kontrollere oppmerksomhet, følelser, impulser og hyperaktivitet (Hammond & Kirk, 2008). Man antar at man ved hjelp av NFT kan trene seg til raskere hjernebølger, og normalisere hjerneaktiviteten i de aktuelle hjerneområdene (Monastra, et al., 2005). Ved å benytte NFT hos personer med ADHD ønsker man å forbedre oppmerksomheten og impulsiviteten, minske hyperaktiviteten og øke innlæringsevne og sosiale ferdigheter (Ahlstrand, 2018).

Neurofeedback er en EEG-støttet biofeedback som utføres av terapeuter som har fått opplæring i metoden. Behandlingen har en varighet på 20-30 minutter per gang, og gjennomføres cirka to ganger i uka. Hvor mange behandlinger hver pasient har behov for vil variere, men ved ADHD kan det være behov for opptil 40 behandlinger for å oppnå en varig, positiv effekt (Gerge, 2018).

Under en NFT-behandling registreres elektrisk hjerneaktivitet via elektroder som er festet på pasientens hode. Det er ingen strøm som sendes inn gjennom disse elektrodene, det er kun en registrering av hjerneaktivitet. Den aktiviteten som registreres via elektrodene tolkes kontinuerlig av terapeuten via en dataskjerm, og ønsket hjerneaktivitet belønnes fortløpende. Hvilken hjerneaktivitet som er ønskelig vil variere fra person til person, og bedømmes ut i fra en objektiv vurdering av EEG-aktivitet og via pasientens subjektive opplevelse av tilstanden (Gerge, 2018).

En NFT-behandling gjennomføres på følgende måte (Gerge, 2018): Først sitter pasienten med høretelefoner foran en tv-skjerm, og elektroder som leser av hjernebølgene festes på pasientens hode. Pasienten ser på rolige bilder på tv-skjermen, og hører rolig musikk på høretelefonen. Deretter leser terapeuten fortløpende av hjernens elektriske aktivitet på en dataskjerm, og hjelper pasienten å finne en optimal frekvens å trene mot. Når hjernebølgemønsteret som registreres anses som positivt, gis belønning via en taktil, kinestetisk eller auditiv tilbakemelding. Dette kan for eksempel være en teddybjørn som vibrerer kraftigere ved ønsket hjerneaktivitet.

Over tid vil en slik behandling bidra til at pasienten får en forsterket selvregulering i hjernen, og man blir bedre på å roe ned og regulere seg selv i hverdagen. Gjennom en nevrologisk

tilbakemelding av hjernens aktivitet, hjelper NFT hjernen til bedre balanse, økt fokus og økt konsentrasjon. Hjernen belønnes for positive forandringer i sin egen aktivitet, noe som skal bidra til endringer i personens atferd. NFT skal med andre ord regulere det sentrale nervesystemet, og få det til å fungere bedre (Gerge, 2018).

2.4.5 Ernæring

Menneskekroppen er sammensatt, og ofte er det flere ulike faktorer som bidrar til problemer. Når det gjelder ADHD kan ernæringsmessige faktorer bidra til å dempe symptomer (Nørby, 2012). Nedenfor følger eksempler på hvilke faktorer som kan forverre eller opprettholde ADHD-symptomer:

Blodsukker og sukker: Et stabilt blodsukker er viktig for å opprettholde et stabilt humør. Blodsukker er det sukkeret (glukosen) vi har i blodet, og kommer fra karbohydrater vi inntar gjennom mat og drikke. Karbohydrater kan være «raske» eller «langsomme», noe som beskriver hvor fort karbohydratene blir brutt ned og tatt opp i blodet. Spiser man mye raske karbohydrater, slik som brus, hvitt brød, kaker og godteri, påvirkes blodsukkeret som igjen påvirker vårt humør. Et ustabilt og svingende blodsukker kan gi fysiske og psykiske symptomer som for eksempel sinne, irritasjon, svimmelhet, tretthet, hodepine, rastløshet, forvirring og hyperaktivitet (Nørby, 2012).

Jern: Lave jernlagre kan gi svekket oppmerksomhet, gi hyperaktiv atferd og lavere impuls kontroll (Millichap & Yee, 2012). Jern har en særlig viktig funksjon når det gjelder å opprettholde en normal hjernefunksjon og ved dannelse av dopamin (Nørby, 2012).

D-vitamin: Barn med ADHD har oftere mangel på D- vitamin enn det andre barn har (Kamal, Bener, & Ehlayel, 2014). D-vitamin har en viktig funksjon når det gjelder å styrke immunforsvaret, og for å fremme nervevevets mulighet til å vokse (Nørby, 2012).

Sink og magnesium: Magnesium er særlig viktig når kroppen skal danne dopamin, og ved de kjemiske prosesser som foregår ved omdannelse av fettsyrer (Nørby, 2012). Sink har en beroligende effekt på oss mennesker, og kan bidra til å bremse nedbrytingen av signalstoffene dopamin og noradrenalin slik at de virker bedre. Dette kan bidra til økt konsentrasjon og oppmerksomhet (Lepping & Huber, 2010).

Fettsyrer: Tilskudd av fiskeolje/fettsyrer har vært mye benyttet hos barn med ADHD for å forbedre atferdsvansker og gi økt oppmerksomhet. Fiskeolje er viktig for en god funksjon i nervecellene, og flere mener å ha hatt positiv effekt ved bruk av omega-3 og omega-6-fettsyrer mot ADHD-symptomer (Nørby, 2012).

Tilsetningsstoffer/fargestoffer: Tilsetningsstoffer er stoffer som tilsettes mat og drikke for å kunne forlenge holdbarheten, hemme bakterievekst og forhindre muggsopp. Tilsetningsstoffer brukes også som hevemiddel, og til å endre farge, smak, konsistens og ernæringsverdi. Flere mener at slike tilsetningsstoffer bidrar til økt hyperaktiv atferd hos barn (Nørby, 2012).

Allergi og intoleranse: I Norge finnes mange barn og voksne med allergier og overfølsomhet i forhold til enkelte matvarer. Slike allergiske reaksjoner kan skyldes helt uskyldige råvarer som ellers anses som sunne. Gjennom å spise mat de ikke tåler, opplever mange symptomer som hodepine, leddsmerter, mageproblemer, utslett, tretthet og astma. Det anbefales derfor at man prøver å avdekke om barnet har allergi eller intoleranse overfor enkelte matvarer, for så å fjerne dette fra barnets kost for å dempe symptomene. De matvarer som oftest fremkaller allergi er melk, egg, fisk, skalldyr, glutenholdige kornprodukter, soya, nøtter, peanøtter, selleri, sennep og sesamfrø (Nørby, 2012).

Fordøyelse: En del barn med atferdsvansker har også ofte fordøyelsesproblemer, som kan føre til diare, forstoppelse og magesmerter (Nørby, 2012). En forstyrret fordøyelse kan også gi forstyrrelser i hjernen (Nordstrand, 2018). Fordøyelsesproblemene kan skyldes ulike faktorer, som for eksempel allergi og intoleranse, mangel på spesifikke enzymer i tarmen, forstyrret tarmbakterieflora, skadet tarmslimhinne og ufullstendig nedbryting av proteindelene i gluten og melk (Nørby, 2012).

2.4.6 Legemiddelbehandling

Bruk av legemidler i behandlingen av ADHD er blitt stadig mer vanlig i Norge, og fra 2004 til 2014 økte antall personer som fikk resept på ADHD-medisin med 306 % (Djupedal & Korshavn, 2016). Målet med å benytte legemiddelbehandling er å dempe rastløsheten og impulsiviteten, og få bedre konsentrasjon. Dette kan igjen påvirke utbyttet av andre tiltak, som for eksempel spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning. For å forstå hvordan

legemiddelbehandling kan bidra til å redusere ADHD-symptomer må man se nærmere på hvordan disse legemidlene påvirker kroppen (Engh, 2014).

Sentralstimulerende midler, som for eksempel Ritalin og Concerta, påvirker hjernen ved at konsentrasjonen av stoffet dopamin øker (Felleskatalogen, 2018). Dette kan være nyttig for personer med ADHD fordi dopaminet hos disse personene ofte har nedsatt effekt i visse områder i hjernen. Hjernen trenger dopamin til å regulere overføring av signaler mellom nerveceller, og en tilførsel av dopamin gjennom sentralstimulerende legemidler vil kunne ha positiv effekt på personens evne til oppmerksomhet og kontroll med aktivitetsnivå (Zeiner, 2004).

Strattera er et eksempel på et legemiddel som ikke er sentralstimulerende. Dette medikamentet påvirker den delen av nervesystemet som er ansvarlig for å aktivere kroppen (sympatikus-aktivitet), og ser ut til å ha lik effekt på de viktigste symptomene på ADHD som det sentralstimulerende midler har (Engh, 2014).

Om man ønsker å benytte medisin som behandling av ADHD må man gjennom en utprøvningsfase på ca. fire uker. Hensikten med dette er at pasienten i samråd med legen skal gjøre en systematisk evaluering av effekt og bivirkninger ved behandlingen, og vurdere dosering. I tillegg bør man vurdere om medisinen gir bedret funksjon i hverdagen. Om man etter en utprøvningsperiode konkluderer med videre medisinsk behandling, bør det foretas kontroller minimum hvert halvår. På disse kontrollene skal man kontrollere og registrere effekter av behandlingen, og vurdere eventuelle bivirkninger. I tillegg bør kontrollene inkludere måling av høyde og vekt, og måling av blodtrykk. Høyde og vekt er særlig viktig hos barn med nedsatt matlyst som følge av medisineringsen. Det er også flere som rapporterer om økt blodtrykk ved bruk av sentralstimulerende legemidler. Ved signifikante bivirkninger må det vurderes dosejustering, skifte eller avslutning av legemiddel (Helsesdirektoratet, 2017).

Oppstart av behandling med legemidler skal alltid skje av lege med spesialistgodkjenning, eller lege i LIS-stilling innen spesialitetene barne- og ungdomspsykiatri, pediatri, psykiatri eller nevrologi. Videreføring og oppfølging kan skje hos fastlege (Helsesdirektoratet, 2017).

2.4.7 Sosial ferdighetstrening

Opplæring og stimulering av barnas kognitive, sosiale, emosjonelle og atferdsmessige utvikling skal bidra til økt mestring og sosial tilpasning. Sosial ferdighetsopplæring er ikke viktig bare for risikobarn, men også et viktig bidrag til personlig og sosial utvikling hos alle barn (Ogden, 2015).

I skolen benyttes ulike universelle opplæringsprogram for sosial kompetanseutvikling, blant annet «Steg for steg», «Du og jeg og vi to», «Være sammen», «Social skills improvement system» og «Aggression Replacement Training» (Ogden, 2015).

Gjennom sosial ferdighetstrening skal barn og unge få opplæring i sosiale og emosjonelle ferdigheter, samt lek- og samspillsferdigheter. Slik skal de bli bedre på å skape og opprettholde gode vennerelasjoner med andre barn, noe som er av stor betydning for barnas selvfølelse og utvikling. Gjennom den sosiale ferdighetstreningen skal barna også få bedre selvkontroll, økt sinnemestring og bli bedre på problemløsning (Bierman, et al., 2017).

Å lære barna sosiale ferdigheter er viktig med tanke på mestringsfølelse og økt tilpasning (Ogden, 2015). Barn med sosiale vansker blir ofte avvist av andre barn, og får ikke delta i lek og samspill. Dette kan skape store problemer for barna på kort og lang sikt. Barn som blir avvist føler seg ofte ensomme, har angstsymptomer, er sinte, triste og er oftere utsatt for mobbing enn andre. Som følge av dette utvikler de gjerne følelsesmessige problemer og angst som de tar med seg inn i voksenlivet (Bierman, et al., 2017).

2.4.8 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon kommer av de engelske ordene psychosocial og education, som direkte oversatt betyr psykososial utdanning. Psykoedukasjon innebærer at pasienten og/eller pårørende får opplæring i viktige aspekter ved sin funksjonsnedsettelse eller sykdom, for slik å kunne håndtere sin hverdag på en bedre måte (Fields & Hale, 2018). Psykoedukasjon gjøres gjerne i gruppe, og for personer med ADHD og deres pårørende handler opplæringen gjerne om symptomer, behandling og årsaksfaktorer, samt kommunikasjonsferdigheter, atferdshåndtering, problemløsning og sinnemestring (Fields & Hale, 2018). Slik opplæring kan bidra til å normalisere problemene, og gi pasienten tro på endring og håp for fremtiden (Martinsen & Hagen, 2012).

Personer med kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse vil ha særlig behov for psykoedukasjon. Sykdommens eller funksjonsnedsettelsens varige karakter krever i større grad at pasienten får hjelp til å takle de begrensninger og vansker dette fører med seg. Ved å få kunnskap om egen sykdom/funksjonsnedsettelse, hvilke begrensninger denne fører med seg og å få lære hvordan man skal takle dette, håper man at pasienten skal møte færrest mulig hindringer forårsaket av sin funksjonsnedsettelse (Vermeulen, 2008).

Psykoedukasjon kan gis individuelt eller i gruppe. Den kan også romme ulike arbeidsformer som for eksempel informasjonsbrosjyre, foredrag av fagperson, foredrag av person med diagnosen, gruppesamtaler, individuelle samtaler, rollespill, intervju osv. Hvilken arbeidsform eller metode man velger avgjøres gjerne med bakgrunn i tiden man har til rådighet, deltakernes læringsstil og hva man ønsker å oppnå (Vermeulen, 2008).

2.4.9 Veiledning og coaching

Coaching er en samarbeidende, tilpasset, løsningsfokusert og systematisk kommunikasjonsprosess som fremmer handling, læring og utvikling gjennom bevisstgjøring, motivasjon og ansvarliggjøring (Gjerde, 2010).

Coaching bygger på et optimistisk menneskesyn, som har grunnleggende tro på at mennesker ønsker og er i stand til å utvikle seg gjennom å ta i bruk egne ressurser. Målet med coachingen er derfor å få tilgang til personens indre ressurser (Gjerde, 2010). Coaching handler mye om å hjelpe personer fra sin nåværende tilstand til et ønsket mål. Dette målet kan være å fullføre utdanning, fullføre oppgaver i hjemmet eller lignende. Gjennom samtaler hjelper coachen personen til å finne løsninger og strategier som gjør det enklere å nå målet (Den norske coachforening, 2018).

Ved coaching av barn og unge med ADHD fokuseres det gjerne på å øke deres atferdsmessige, emosjonelle og kognitive ferdigheter, slik at de får økt livsmestring, og fremstår mer positivt både ovenfor seg selv og andre. Coaching-programmer for barn og ungdom involverer også i stor grad deres foreldre, som må delta på jevnlig møter (Kubik, 2010).

2.4.10 Spesialpedagogiske tiltak

Spesialpedagogikkens formål er å fremme gode lærings- utviklings- og livsvilkår for barn og unge som av ulike årsaker er i risiko for å møte vansker og barrierer i sin utvikling, læring og livsutfoldelse (Tangen, 2014).

Spesialpedagogiske tiltak og tilrettelegging i barnehage og skole er blant de mest brukte og viktigste hjelpetilbudene til barn og ungdom med ADHD. Hvilke tiltak som benyttes, og hvilke rettigheter som utløses etter opplæringsloven, kan være ulikt fra elev til elev og må vurderes lokalt av pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) (Helsesdirektoratet, 2017).

Skolens tiltak skal ikke bare ha som formål å oppfylle kravene i opplæringsloven. Skolen har også ansvar for å aktivt og systematisk arbeide for å fremme det psykososiale miljøet rundt eleven. Alle elever trenger en lærer som ser og forstår, en lærer som er i stand til å skape gode relasjoner, og en lærer som er der for eleven (Engh, 2014).

Barn med ADHD-problematikk vil også ofte ha behov for struktur og forutsigbarhet. Da kan nyttige tiltak i skolen være å (ADHD Norge, 2016): fjerne uønskede stimuli; gi én beskjed av gangen ved å bruke få ord og være tydelig; ha arbeidsoppgaver med tydelig begynnelse og tydelig slutt; instruere tydelig hva som forventes når de skal løse oppgaver; lage oppskrifter på framgangsmåter og hjelpe eleven til å avgrense oppgaver; gi få oppgaver av gangen; ta eleven «på fersken» når han/hun gjør noe bra; gi tilstrekkelig tid, men også korte tidsfrister; observer når barnet fungerer best; ha tydelige og konsekvente grenser; fyll ut ventetid; gi rask respons, tilbakemelding er viktig; unngå valgsituasjoner; legg opp dags- og ukeplaner; lag avtaler i forkant; bruk sosiale beretninger gjennom å beskrive problem og diskutere løsninger (ADHD Norge, 2016).

Andre områder det kan settes inn tiltak på i skolesammenheng er for eksempel økt hjelp til faglig utvikling, øve på sosiale ferdigheter, forbedre klasse miljøet og lette overgangssituasjoner (ADHD Norge, 2016).

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere studiens metodologi. Jeg vil først starte med å gjøre rede for studiens vitenskapsteoretiske forankring, deretter vil jeg begrunne valg av metode og presentere mitt datamateriale. Videre vil jeg gjøre rede for kvalitativ metode, dokumentanalyse og argumentasjonsanalyse. Jeg vil deretter gi noen forskningsetiske vurderinger opp imot mitt metodevalg, og si noe om studiens kvalitet og overførbarhet. Avslutningsvis vil jeg si noe om mine kildekritiske vurderinger, og se på oppgavens styrker og svakheter.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring – Hermeneutikk

Studios vitenskapsteoretiske forankring er innenfor hermeneutikken. Hermeneutikk er læren om hvordan man fortolker folks handlinger ved å se bak det som er umiddelbart innlysende, for slik å finne en dypere mening. Her legges det vekt på at det ikke finnes noen absolutt sannhet, men at fenomener kan tolkes på ulike måter (Thagaard, 2013). Som forskere vil vi alltid i større eller mindre grad påvirke de resultater vi kommer frem til. I vår søken etter å forstå, vil vi alltid påvirkes av vårt opphav og bakgrunn. Vi har alle vårt eget sett med «briller» som preges av vår forforståelse, noe som er med på å forme våre spørsmål og farge våre svar (Kjeldstadli, 1999). Det er derfor viktig at forskeren er bevisst sin egen forforståelse, og reflekterer rundt hvordan dette kan påvirke resultatet av studien.

Vi som forskere vil kunne tolke og forstå meningsinnhold ulikt, samtidig som kontekst og miljø vil spille inn i større eller mindre grad i de fleste studier. De svarene vi kommer frem til kan derfor bare forstås i lys av den sammenhengen det vi studerer er en del av. Vi kan altså bare forstå delene i lys av helheten, og helheten i lys av delene. I forhold til dette er hermeneutikken en viktig inspirasjonskilde for samfunnsvitenskapelige tilnærminger hvor fortolkning står sentralt (Thagaard, 2013). Denne måten å se på fortolkning og forståelse på kalles Den hermeneutiske sirkel. Her finnes et grunnleggende prinsipp om at all meningsdannelse og fortolkning fører til ny forståelse, som igjen krever nye fortolkninger som fører til ny forståelse, som atter igjen krever en ny fortolkning osv. Slik vil fortolkningen av delene, og forståelsen av helheten, stadig virke tilbake på hverandre i en evig hermeneutisk sirkel (Gudmundsdottir, 2011).

3.2 Forforståelse

Kjeldstadli (1999) mener at alle forskere går inn i en studie med sitt eget sett med «briller» som vil påvirke deres forforståelse. Dette vil være med å forme de spørsmål man stiller seg, og de resultater man kommer frem til (Kjeldstadli, 1999). Det er derfor viktig at man som forsker er bevisst sin egen forforståelse, og reflekterer rundt hvordan dette kan påvirke resultatet av studien. Jeg vil derfor i det følgende gjøre rede for min forforståelse og hvordan denne har endret seg underveis i studien.

I min masteroppgave ønsket jeg å se nærmere på behandlingsmetoder for personer med ADHD, som har sammenheng med at jeg både som mor og spesialpedagog har erfart at ADHD er en diagnose med stor utbredelse, og som det kan være vanskelig å finne gode tiltak og behandling til. Mitt inntrykk har lenge vært at det i mange tilfeller blir gitt medisin som eneste behandling, og at flere foreldre og fagfolk kjenner seg maktesløse når det kommer til å skulle hjelpe, veilede og stille krav til barna i det daglige. Mine tanker rundt dette har lenge vært at medisiner er det billigste og minst ressurskrevende alternativet for det offentlige, og at dette derfor blir en effektiv måte å gi behandling på. I min studie forventet jeg derfor å finne flere gode behandlingsmetoder som er godt dokumenterte, men som ikke blir benyttet i stor nok grad grunnet ressursmangel i det offentlige hjelpeapparatet. Gjennom min studie har jeg erfart at dette ikke er realiteten.

Jeg forventet også å finne god dokumentasjon på virkningen av medikamentell behandling, siden dette blir benyttet i stor grad. Medikamentell behandling har vist seg å være godt dokumentert via forskning, og det offentlige hjelpeapparatet har godt belegg for å benytte medisin i behandlingen av personer med ADHD. Samtidig har jeg gjennom min studie blitt mer bevisst på at ADHD-diagnosen i hovedsak baserer seg på en rekke symptomer. Det er derfor viktig at man ikke bare behandler disse symptomene, men også er bevisst på at det kan være andre bakenforliggende årsaker som gir slike symptomer, og gi behandling ut i fra dette.

Selv om jeg hadde gjort meg opp tanker rundt temaet på forhånd, har jeg hele veien prøvd å være kritisk til min egen forforståelse, og vært bevisst det faktum at jeg innehar for lite kunnskap om virkningen av de ulike behandlingsmetodene til å kunne komme med påstander rundt dette. Gjennom min studie har jeg derfor prøvd å være åpen, nøytral og undrende. Ved å ha lest meg opp på litteratur og tidligere forskning, og gjennom samtaler med min veileder, er jeg stadig blitt utfordret på egne fordommer og antakelser, og har med dette fått et bredere perspektiv og andre synspunkter på ADHD-diagnosen.

Ved å forholde meg åpen, nøytral og nysgjerrig gjennom mitt arbeid med masteroppgaven, har jeg fått et bedre innblikk i, og større kunnskap om, effekten av ADHD-behandling, og hva som ligger til grunn for de anbefalinger som blir gitt. Jeg håper jeg som følge av dette vil kunne bli en bedre mor og veileder for min datter, og bli bedre rustet til å gjøre en god jobb som spesialpedagog. Med tanke på at jeg akkurat har startet i ny jobb hos Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), har det vært ekstra interessant og nyttig for meg å få innblikk i dette temaet, og jeg håper den kunnskapen jeg har opparbeidet meg vil komme til nytte både for meg selv, mine kollegaer og pasienter/pårørende.

3.3 Valg av metode

All forskning starter med en undring eller et spørsmål. Som forsker fatter en gjerne interesse for et tema eller en teori som man ønsker å lære mere om og fordype seg i. For å finne svar på de spørsmålene man stiller må man finne frem til en egnet arbeidsmåte eller en forskningsmetode. En forskningsmetode kan beskrives som de fremgangsmåter vi benytter for å besvare eller belyse de spørsmålene vi har stilt (Kleven, 2011). I et forskningsprosjekt er det alltid problemstillingen som skal avgjøre hvordan man metodisk går frem for å finne svar på forskningsspørsmålet (Moen & Karlsdottir, 2011).

Med bakgrunn i min problemstilling har jeg valgt å benytte en kvalitativ tilnærming til mitt forskningsspørsmål. Når man benytter en kvalitativ tilnærming som utgangspunkt for forskning, er det alltid en viktig målsetning å oppnå forståelse av sosiale fenomener. Det finnes ulike måter å gå frem på for å oppnå dette. Man kan for eksempel gjøre fenomenologiske studier, etnografiske studier, empiribaserte studier, narrative studier eller casestudier (Creswell, 2007). Felles for de fleste kvalitative tilnærminger er at forskerens analyserte data uttrykkes i form av tekst (Thagaard, 2013), og uavhengig av fremgangsmåte kjennetegnes kvalitativ forskning ofte ved at man tar for seg et lite, relativt ensartet og geografisk begrenset felt, og går i dybden av dette. Forskeren har nærhet til forskningsfeltet, og det er i hovedsak informantens stemme som skal frem. Forskeren skal prøve å finne en dypere mening bak innsamlede data, og teori og forskerens fortolkninger spiller en viktig rolle i dette arbeidet (Moen & Karlsdottir, 2011).

3.4 Dokumentanalyse som forskningsmetode

Da jeg kom over de nasjonale føringene om behandling og oppfølging av personer med ADHD, fattet jeg fort interesse for hva som faglig ligger til grunn når slike føringer gis. Dokumentanalyse ble derfor et naturlig metodevalg. Når man benytter dokumentanalyse som metode, bruker man dokumenter og tekster som datamateriale, og disse studeres systematisk for å trekke slutninger omkring bakgrunn, ideer, intensjoner og lignende (Bratberg, 2014).

Tekster og dokumenter kan gi nyttig kunnskap om de faktiske forhold. Gjennom å analysere skrevne tekster kan man blant annet finne frem til hvordan enkeltaktørers ideer påvirker beslutninger som tas, hvordan ord, metaforer og talemåter benyttes for å overbevise leserne og hvordan man argumenterer for å begrunne egne standpunkt. Man kan også se nærmere på hvilke diskurser som ligger til grunn for, og bidrar til å opprettholde ulike praksiser. Ut ifra hva man ønsker å finne svar på, finnes det ulike analysemodeller innen dokumentanalyse. Man kan blant annet benytte diskursanalyse, idéanalyse, kvalitativ innholdsanalyse, argumentasjonsanalyse eller historisk fortolkning (Bratberg, 2014).

I min studie har jeg valgt argumentasjonsanalyse som analyseredskap, som er valgt med bakgrunn i min problemstilling. I mitt forskningsspørsmål står argumentasjon og dokumentasjon sentralt, fordi jeg ønsker å se nærmere på hvilke belegg Helsedirektoratet (2017) har for de anbefalinger som gis i de nasjonale føringene.

3.5 Utvalg

Dokumentanalyse skiller seg fra de studier hvor forskeren selv samler inn data til bruk i prosjektet. De data forskeren selv samler inn har som eneste formål å være en del av forskningen, mens dokumenter på sin side er skrevet for et helt annet formål enn det forskeren skal bruke de til (Thagaard, 2013).

Når man skal finne et utvalg dokumenter til bruk i dokumentanalysen, må man ta utgangspunkt i problemstillingen og hva man ønsker å finne svar på. Det viktigste utvalgsprinsippet i kvalitative studier er at utvalget er egnet til å utforske studiens forskningsspørsmål (Thagaard, 2013).

Fordi jeg ønsket å se nærmere på nasjonale føringer når det gjaldt behandling og oppfølging av personer med ADHD, var det naturlig å se etter offentlige dokument hvor slike anbefalinger forekommer. Jeg benyttet derfor strategiske utvalg. Det vil si at jeg valgte

dokumenter i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013). Mine utvalgskriterier er som følger:

- Nasjonale føringer og retningslinjer som omhandler behandling og oppfølging av personer med ADHD.
- Dokumenter som er gyldige per dags dato.

Aktuelle dokumenter jeg fant var Helsedirektoratets veileder «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging». Veilederen ble først gitt ut i 2014, men ble oppdatert senest i 2017. Denne veilederen er derfor svært aktuell for min studie.

Sosial- og helsedirektoratet ga også ut en lignende veileder i 2005, med siste reviderte utgave i 2007. Denne veilederen heter «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD», og er utgangspunktet for den nyere veilederen fra Helsedirektoratet fra 2014. «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD» er av eldre årgang, og vil i utgangspunktet ikke bli vurdert i min studie. Likevel vil det være interessant å sammenligne de to veilederne og se tilbake på tidligere argumentasjoner brukt om de ulike behandlingsmetodene.

I søken etter aktuelle dokumenter til bruk i studien, kom jeg også over «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge». Denne er utgitt av Helsedirektoratet i 2008, og har til hensikt å være et rammeverk for poliklinisk behandling, og en retningsgivende veileder når det kommer til organisering, ansvars- og oppgavefordeling, samhandling, tjenestens kjerneoppgaver, fagutvikling og faglig kvalitet. Det står lite i denne veilederen når det gjelder behandlingsmetoder, og den vil derfor ikke bli inkludert som datamateriale i min studie.

Fordi jeg fant få aktuelle dokumenter til min studie, var det ikke nødvendig å gå nærmere inn på ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier med tanke på å avgrense datamateriale. Mitt utvalg av datamateriale er dermed som følger:

Tittel	Utgitt av	Årstall
ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging	Helsedirektoratet (Revidert versjon)	2017
Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD	Sosial- og helsedirektoratet (Revidert versjon)	2007

3.6 Presentasjon av datamaterialet

3.6.1 «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD»

Veilederen «Veileder for diagnostikk og behandling av AD/HD» ble utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2005, og er oppdatert siste gang i 2007. Bakgrunnen for veilederens innhold er internasjonal og nasjonal forskning, og klinisk erfaring fra praksisfeltet. Intensjonen med denne veilederen er i hovedsak å gi faglig hjelp og å kunne bidra til at personer som har behov for det får adekvat behandling. Veilederen skal først og fremst være et redskap for fagpersoner som arbeider med utredning, diagnostikk og behandling av ADHD, og for pasienter med ADHD og deres familier (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Veilederen gir en kort innføring i kjennetegn ved ADHD, om årsaksfaktorer og forekomst. Videre gis det informasjon og føringer når det gjelder utredning og diagnostisering, om samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og om behandlingstiltak. Jeg vil videre i dette avsnittet gi en kort sammenfatning av innholdet i veilederen, men det er viktig å merke seg at dette er kunnskap av eldre årgang, som står omtalt i Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2007. Omtalen under er kun ment som en oversikt over innholdet i «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD».

Kjennetegn, årsaksfaktorer og forekomst: I Norge regner man med at 3-5 prosent av alle barn i skolealder har forstyrrelser i tråd med kriteriene for ADHD. Det kan være flere årsaker til at barn får ADHD, blant annet ser man at arvelighet er en viktig faktor for utviklingen av ADHD, samt komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel. I tillegg ser man at psykososiale risikofaktorer som sykdom hos foreldre, uro og uenighet i hjemmet og vanskelige økonomiske vilkår vil kunne forverre tilstanden (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Utredning og diagnostisering: En utredning av ADHD vil ha sitt utgangspunkt i vurdering gjort av fastlege eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Det skal alltid gjøres en medisinsk vurdering, og hos barn og unge er det ønskelig med både en psykologisk og pedagogisk undersøkelse. I mange tilfeller kan en nevropsykologisk undersøkelse være et godt supplement (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Diagnostisering skjer etter systematisk innhenting av informasjon om sykdom i familien, utviklingshistorie, somatisk helse, symptomrapportering, familiesituasjon, informasjon fra

skole/barnehage/arbeid, sosial tilpasning og tegn på eventuelle komorbide psykiske tilstander (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

En ADHD-diagnose vil vanligvis basere seg på en samlet klinisk vurdering av følgende (Sosial- og helsedirektoratet, 2007):

- Klinisk diagnostisk intervju.
- Medisinsk undersøkelse.
- Spørreskjemaer fylt ut av pasient, foreldre og andre.
- Psykologisk/nevropsykologisk testing og utredning ved behov.
- Pedagogisk testing og utredning ved behov.
- Eventuelt kartlegging av differensialdiagnostiske tilstander.

I Norge benyttes to diagnosesystemer: International Classification of Diseases versjon 10 (ICD-10) og det amerikanske Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders versjon 4 text Revision (DSM-IV-TR). For begge diagnosesystemene kreves det symptomdebut før fylte 7 år, og at symptomene skal ha vart i mer enn 6 måneder. Symptomene skal være til stedet i to eller flere situasjoner, og det skal være en varig svekkelse i sosial, skolefaglig eller arbeidsmessig fungering. Symptomene skal ikke kunne forklares av andre psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2007)

Behandlingstiltak: Behandling har som mål å redusere symptomene på ADHD, gi en bedre funksjon i hverdagen og forhindre utvikling av tilleggsproblemer. Behandlingen innebærer gjerne både spesialpedagogiske tiltak, psykologiske tiltak, medisinske tiltak og psykososiale tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Følgende tiltak står omtalt i veilederen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007):

- Informasjon om ADHD
- Behandling med legemidler
- Tilrettelegging hjemme, på skolen e.l.
- Trygdestønader
- Andre sosiale hjelpe- og støttetiltak
- Behandling av komorbide tilstander

3.6.2 «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging»

Veilederen «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging» ble utgitt av Helsedirektoratet i 2014, og er oppdatert siste gang i januar 2017. Veilederen erstatter «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD» som ble utgitt i 2005 (Helsedirektoratet, 2017).

Bakgrunnen for veilederen er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, som ønsker en helhetlig utredning og behandling av barn, ungdom og voksne med ADHD, samt forsvarlig bruk av sentralstimulerende legemidler. Veilederens hovedmål er å gi fagpersoner en grundig innføring i utredning, diagnostikk og behandling, slik at personer med ADHD får så god hjelp som mulig (Helsedirektoratet, 2017).

I prosessen med å utarbeide denne veilederen har Helsedirektoratet fulgt sin egen veileder «Retningslinjer for retningslinjer» fra 2002, og delvis «Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer» (2012). Sistnevnte ble ferdigstilt etter at arbeidet med denne retningslinjen ble igangsatt, og arbeidet er så langt som mulig i tråd med metodeboken. Metoden AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) er også benyttet. Utover dette bygger veilederen på gjennomgang og kvalitetsvurdering av vitenskapelige studier, litteratur og faglige, erfaringsbaserte vurderinger. Veilederen bygger også på grundige gjennomganger og oppsummering av kunnskap som er gjennomført av National Institute of Clinical Excellence (NICE), EU-kommisjonens vitenskapelige legemiddelkomite (CHMP) og av Lakemedelsverket i Sverige (Helsedirektoratet, 2017).

Styrken av anbefalingene som gis i veilederen er gradert i fire nivåer, avhengig av hvordan det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget er vurdert, og hvordan etiske, politiske og økonomiske forhold påvirker anbefalingens styrke. Der det ikke er dokumentert kunnskap som gir grunnlag for en anbefaling, er anbefaling ikke gitt (Helsedirektoratet, 2017).

Retningslinjen er ment som et hjelpemiddel ved avveininger tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. Når det står «skal» eller «må» i retningslinjene betyr det at noe er lov- eller regelfestet, eller så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig å ikke gjøre som anbefalt (Helsedirektoratet, 2017).

Veilederen gjør rede for utredning, diagnostikk, tillegglidelser, behandling/ oppfølging og gir informasjon om selve diagnosen. Jeg vil videre i dette avsnittet gi en kort sammenfatning av innholdet i veilederen:

Utredning og diagnostikk (Helsesdirektoratet, 2017): Fastlegen gjør først en grundig utredning, hvor det legges vekt på personens utviklingshistorie, symptomer på ADHD- typer, omfang og innvirkning på hverdagen, sjekk av syn og hørsel, utviklingsforstyrrelser og eventuell sykdom/medisiner som kan forklare vanskene. I tillegg blir psykososiale belastninger vurdert, samt andre relevante forhold som for eksempel lærevansker (Helsesdirektoratet, 2017).

Om fastlegen har mistanke om ADHD henvises personen til spesialisthelsetjenesten hvor det gjøres videre utredning. Her benyttes ofte normerte sjekklister og spørreskjema for å innhente informasjon fra barnet selv, foreldre, lærere og andre. Blant diagnosespesifikke spørreskjema er Attention Deficit Hyperactivity Rating Scale (ADHD-RS) blant de mest brukte for barn og unge. Skjemaet er basert på atferdskriterier for ADHD i DSM-5 (Helsesdirektoratet, 2017).

Videre gjør spesialisthelsetjenesten et psykiatrisk diagnostisk intervju som gjennomføres av en trent fagperson. Her vurderes symptomer, varighet, omfang, innvirkning på barnets funksjon o.l. Legespesialist gjennomfører videre en psykiatrisk medisinsk vurdering, og det blir gjort kartlegging av ferdigheter, og testing av skoleferdigheter (Helsesdirektoratet, 2017).

Det gjennomføres også observasjon av barnet hjemme, på skolen eller andre steder, samt en vurdering av personens utviklingshistorie, og om det kan være andre årsaker/tilstander som kan forklare personens atferd (differensialdiagnoser) (Helsesdirektoratet, 2017).

Avslutningsvis fremlegges det en diagnostisk oppsummering hvor man gjør rede for aktuell diagnose, tillegglidelser og eventuelt andre årsaker/tilstander som kan forklare symptomene. Det skal her også gjøres rede for om personen har funksjonsvansker i hverdagen, da dette er et diagnosekriterium for ADHD (Helsesdirektoratet, 2017).

Tillegglidelser: Før en diagnose settes må man gjøre grundige undersøkelser for å vurdere om det kan være andre forhold som gir symptomer på ADHD. Det kan da være behov for å gjøre supplerende testing og kartlegging for å avgjøre om det er andre tilstander som forårsaker personens hyperaktivitet, impulsivitet og/eller konsentrasjonsvansker. For barn og ungdom kan slike tilleggsvarer være lærevansker, atferdsforstyrrelser, angst, Tourettes

syndrom, tics, autismspekterforstyrrelser, søvnvansker, depresjon og bipolar lidelse (Helsesdirektoratet, 2017).

Behandling og oppfølging: Når man skal avgjøre hvilken behandling som skal tilbys personer med ADHD, må man alltid gjøre en individuell vurdering av hvilke tiltak personen vil ha mest nytte av. Behandlingsstudier viser at det er individuelle forskjeller når det gjelder nytteverdien av ulike behandlingstiltak, og det er først gjennom systematisk utprøving man kan vurdere nytteverdien hos den enkelte. Ved individuelle tiltak må man ta hensyn til type og alvorlighetsgrad, alder, tilleggslidelse, og eventuelle andre forhold. Det bør i hvert tilfelle lages en behandlingsplan, hvor man beskriver valg og prioritering av ulike behandlingstiltak (Helsesdirektoratet, 2017).

Hovedmålsettingen med behandling av ADHD er å gi økt kunnskap og forståelse av diagnosen, redusere symptomer og eventuelle funksjonsvansker og å øke personens trivsel, mestring og fungering i hverdagen (Helsesdirektoratet, 2017).

Veilederen omtaler følgende behandlingstiltak (Helsesdirektoratet, 2017):

- Kognitiv atferdsterapi.
- Foreldretreningsprogrammer.
- Computerbaserte treningsprogram.
- Nevrofeedback.
- Ernæring.
- Legemiddelbehandling.
- Sosial ferdighetstrening.
- Psykoedukasjon.
- Coaching.
- Spesialpedagogiske tiltak.

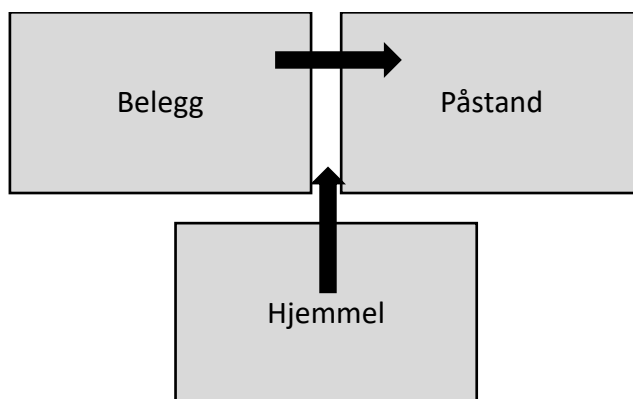
3.7 Argumentasjonsanalyse

Argumentasjonsanalyse er en del av retorisk analyse når man analyserer dokumenter. Dette betyr at man analyserer hvordan et budskap formes, fremføres og vinner frem hos publikum, og kan best forklares gjennom begrepene *ethos*, *pathos* og *logos* (Bratberg, 2014):

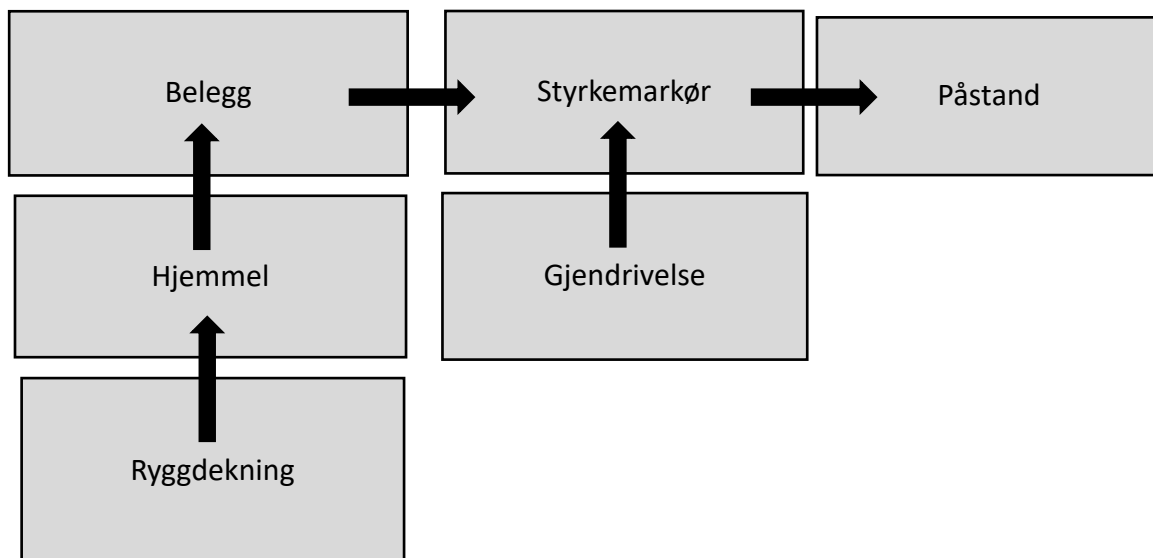
Ethos betyr personlighet, og betyr at taleren forankrer budskapet kraft og troverdighet gjennom egen karakter. Fordi det er akkurat denne personen som taler, stoler publikum på det som blir sagt. *Pathos* viser til at talerens følelsesmessige engasjement bidrar til å overbevise publikum. Om publikum ikke blir følelsesmessig engasjert i taleren, er muligheten for å påvirke liten. *Logos* representerer kraften i selve argumentet. Når publikum slutter seg til talerens budskap, er det i hovedsak fordi det er begrunnet på en god måte (Bratberg, 2014).

Argumentasjonsanalyse tar i hovedsak utgangspunkt i *logos*, altså evnen til å fremlegge god argumentasjon som gir ryggdekning for en gitt påstand. Fordi analysen har som formål å avdekke hvordan et argument er satt sammen, er dette i utgangspunktet en deskriptiv teknikk, men den kan også være evaluerende ved at man vurderer argumenters beviskraft (Bergström & Boreus, 2005). I min argumentasjonsanalyse vil den evaluerende teknikken stå sentralt, dette fordi jeg ønsker å vurdere argumentenes beviskraft, altså hvilket belegg som finnes for gitte påstander i de nasjonale føringene.

Et argument inneholder komponentene påstand, belegg og hjemmel. *Påstanden* er noe vi vil få oppslutning om, *belegg* er påstandens begrunnelse, og *hjemmel* er en regel eller en generell oppfatning som forbinder belegget med påstanden. Hjemmelen er ofte implisitt, i motsetning til påstand og belegg som må være eksplisitt (Bratberg, 2014). Stephen Toulmin (1958) har fremstilt disse komponentene i en argumentasjonsanalysemodell. Modellen som inneholder komponentene *påstand*, *belegg* og *hjemmel* blir kalt en grunnmodell. Toulmin (1958) laget også en utvidet modell, hvor han tok med komponentenes *styrkemarkør*, *gjendrivelse* og *ryggdekning*. I min analyse vil jeg ta utgangspunkt i Toulmins grunnmodell, men for ordens skyld vil jeg også vise fremstillingen av Toulmins utvidede modell. Nedenfor presenteres de to modellene slik de er fremsatt av Bratberg (2014):



Figur 4: Toulmins grunnmodell fremstilt av Bratberg (2014)



Figur 5: Toulmins utvidede modell fremstilt av Bratberg (2014)

Gjennom en argumentasjonsanalyse ønsker man å se på hva som er påstanden, hvordan denne er belagt og med hvilke modifiseringer. Det handler om å etterprøve hvordan en påstand er begrunnet, for igjen å kunne få klarhet i hvor i et gitt argument en uenighet har festet seg (Bratberg, 2014). I forhold til mitt forskningsspørsmål vil det bli interessant å analysere de nasjonale retningslinjene om behandling og oppfølging av personer med ADHD, for å se nærmere på hvilket belegg man finner for de anbefalinger som er gitt.

I min analyse har jeg tatt utgangspunkt i Toulmins grunnmodell, og tilpasset denne inn i en analysemodell jeg selv har laget. Dette fordi jeg ønsket å bruke komponenter fra Toulmins grunnmodell, samtidig som jeg hadde behov for å tilpasse disse til min egen argumentasjonsanalyse. Resultatet ble da følgende modell, som jeg mener gir en oversiktlig sammenfatning av argumentene rundt den enkelte behandlingsmetode:

Behandlingsmetode:

Påstand:

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet

Hjemmel:

Sammenfatning:

Figur 6: Tilpasset argumentasjonsanalysemodell. Utarbeidet med bakgrunn i Toulmins grunnmodell.

Modellen over er brukt i min argumentasjonsanalyse av de ti behandlingsmetodene som er omtalt i de nasjonale føringene. Selve analysen har jeg valgt å legge med som vedlegg, men under følger et eksempel på hvordan jeg har brukt denne modellen i praksis:

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Knouse & Safren, 2010)			Denne behandlingsmetoden er ikke omtalt i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
(Young, et al., 2015)					

Figur 7: Eksempel på bruk av tilpasset argumentasjonsanalysemodell

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet (2017) omtaler KAT som en lovende behandlingsmetode, og hevder at KAT kan gi en betydelig gevinst hos noen voksne med ADHD. De tar allikevel forbehold om usikkerhet knyttet til metodens effekt. Helsedirektoratet (2017) hevder også at behandling med KAT i kombinasjon med legemiddelbehandling kan være avgjørende for å oppnå effekt, selv om funn så langt ikke underbygger dette (Helsedirektoratet, 2017).

For å belyse metodens effekt har Helsedirektoratet (2017) henvist til to forskningsstudier som omhandler bruk av KAT som behandlingsmetode for personer med ADHD.

Knouse & Safren (2010) har gjort en litteraturgjennomgang av syv forskningsstudier som undersøkte virkningen av KAT på symptomer ved ADHD. De fant symptomreduksjon etter behandlingsprogrammet hos ungdom og voksne, men understreker at dette må understøttes av flere randomiserte kontrollerte studier i fremtiden. De understreker også at det ikke er gjort undersøkelser med tanke på langtidseffekten av denne behandlingen. Videre påpeker de at det ikke finnes studier som bekrefter at bruk av medikamenter i forbindelse med KAT gir bedre resultater, og mener dette er noe som eventuelt må forskes videre på (Knouse & Safren, 2010).

Young et al (2015) har gjennomført en kontrollert studie av voksne hvor de har sett på effekten av KAT i behandlingen av ADHD. I studien deltok 95 voksne personer med ADHD, som benyttet medikamentell behandling. De ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppa

mottok vanlig ADHD-behandling og den andre gruppa gjennomførte 15 økter med KAT i form av programmet R&R2ADHD. De som fikk behandling med KAT viste en signifikant forbedring av ADHD-symptomer, både ved behandlingens slutt og etter 3 måneder (Young, et al., 2015).

3.8 Kildekritikk

Ifølge Kjeldstadli (1999) er kildekritikk et sett av håndverksregler som sier hvordan vi skal behandle kilder uten å forvri den informasjonen vi får ut av dem. Disse reglene er stort sett sunn fornuft satt i system (Kjeldstadli, 1999). Å være kritisk til kilder innebærer at man ikke uten videre skal ta for gitt de påstander kilden kommer med. Kjeldstadli (1999) har beskrevet fire sider ved kildegranskingen som man bør ta hensyn til under et forskningsprosjekt. Disse fire sidene er illustrert i figuren nedenfor:



Figur 8: Illustrasjon av «Kildekritikkens fire sider»

Hvilke kilder har vi?: Det er viktig å få en god oversikt over hvilke aktuelle kilder som finnes, slik at man ikke går glipp av viktig og nyttig kildemateriale i studien. Vi ønsker oss kilder som er representative for det vi forsker på, og som gir svar på problemstillingen vår (Kjeldstadli, 1999).

Hva slags kilder er det?: Her snakker vi om *ytre kildekritikk*. Her gjelder det å være kritisk til de kildene vi har funnet. Vi må se nærmere på hvem som har produsert kilden, når kilden ble laget og hvilket formål den hadde da den ble produsert. Er opphavsmannen anerkjent? Er kilden nær nok i tid til at den er troverdig? Er kilden produsert for annet formål enn det som er akseptabelt for vår problemstilling? I tillegg må man forsikre seg om at kilden er ekte, og man må avdekke om det er en primærkilde eller sekundærkilde, hvor primærkilder alltid er å foretrekke (Kjeldstadli, 1999).

Hva er kildenes innhold?: Her er det snakk om å *tolke* kilden, og se på hva som «egentlig» står i teksten. Vi må tolke oss frem til hva vi tror vedkommende har villet si, vi må se om vi finner en skjult mening mellom linjene og se om det er «taushet» i teksten, altså noe som ikke er tatt med. I så fall må vi se på hva som er grunnen til dette (Kjeldstadli, 1999).

Hva kan vi bruke kildene til?: Vi snakker her om *indre kildekritikk*. Her må vi først og fremst avgjøre hvor troverdige opplysningene i kilden er, og troverdigheten til opphavsmannen. Vi kan blant annet sette ulike kilder opp mot hverandre, og se om vi finner overenstemmelse mellom flere primære, uavhengige kilder. Dette vil i så fall bidra til å øke kildenes troverdighet. Om vi derimot ser at kildene ikke samsvarer med samfunnets øvrige kunnskap og teori om emnet, gir dette lav troverdighet. Vi må også se nærmere på relevansen kildene har for problemstillingen vår, og om kildene kan gi oss svar på de spørsmålene vi stiller (Kjeldstadli, 1999).

I min studie har jeg tatt flere kildekritiske hensyn. Gjennom mine søk etter relevant datamateriale har jeg dannet meg en oversikt over hvilke kilder som finnes, og gjort et utvalg ut i fra disse. Jeg har også undersøkt kildenes opphav og formål, og vurdert kildenes relevans og troverdighet. Fordi jeg har endt opp med å bruke statlige, offentlige dokumenter som datamateriale, har det vært en enklere oppgave å undersøke kilden, og jeg mener de kildekritiske vurderingene er ivare tatt.

3.9 Forskningsetiske vurderinger

Forskning drives av mennesker som har egne holdninger, verdier og meninger som de påvirkes av gjennom forskningsprosessen. Dette påvirker gjerne hva man finner interessant å stille av spørsmål, hva man finner svar på og hvordan man tolker de funnene som framkommer (Kleven, 2011). Fordi jeg selv har en datter med ADHD, og mange av mine spørsmål knyttet til denne masteroppgaven kommer med bakgrunn i hennes diagnose, krever dette at jeg er bevisst min rolle som forsker og er kritisk til min egen forforståelse. Det er viktig at jeg forholder meg nøytral og profesjonell når jeg tolker forskningsdata.

I min studie vil jeg benytte offentlige dokumenter som forskningsgrunnlag. All informasjon som anses som offentlig er i prinsippet tilgjengelig for forskning, men fordi grensen mellom hva som er privat og hva som er offentlig ofte er uklare, er det viktig å forsikre seg om at de dokumenter det forskes på faktisk er offentlige og tilgjengelig for forskning (Thagaard, 2013). Fordi jeg benytter nasjonale føringer som datamateriale, er jeg sikker på at dette er offentlige dokumenter, som er tilgjengelige for forskning.

I forskningsarbeidet er det viktig at man unngår plagiering av andres arbeid. Man må også unngå å gi feilaktig og misvisende tolking av funn, eller unnlate å presentere studier som

har motstridene resultat i forhold til problemstillingen. Man må også se til at man gjør rede for alle studier som inngår i oppgaven (Forsberg & Wengström, 2013). Alle forplikter seg derfor til å gi mest mulig nøyaktige henvisninger til den litteraturen som brukes, fordi dette forenkler etterprøvingen av påstander og argumentasjon. En etisk forsvarlig henvisningsskikk bidrar til å forhindre plagiat ved at henvisninger blir enklere å etterprøve (NESH, 2006). I min forskningsstudie har jeg vært nøye med kildehenvisninger, og grundig i utarbeidelsen av min litteraturliste. Slik mener jeg å ha tilfredsstilt kravet om etterprøvbarehet.

3.10 Reliabilitet

Reliabilitet handler om i hvilken grad forskningen er gjennomført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Hvis et forskningsprosjekt er reliabelt skal en annen forsker strengt tatt kunne anvende de samme metodene og komme frem til samme resultat (Thagaard, 2013). Reliabilitet knyttes med andre ord til spørsmålet om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir de samme resultatene, uavhengig av hvem som gjennomfører undersøkelsen. For at dette skal være mulig er det nødvendig at forskningsprosessen gjøres mest mulig gjennomsiktig («transparent»), noe som innebærer at forskeren må gi detaljerte beskrivelser av forskningsstrategi og analysemodeller. I tillegg bør forskeren legge vekt på teoretisk gjennomsiktighet, det vil si å beskrive det teoretiske ståstedet som legger grunnlaget for våre tolkninger (Silverman, 2011). Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet (Ringdal, 2013).

For å sikre reliabiliteten i min forskningsstudie har jeg vært bevisst viktigheten av å gi detaljerte beskrivelser av forskningsmetoder og analysemodeller, slik at mine resultater skal kunne etterprøves av andre forskere. Jeg har også vært nøye med henvisninger, og lagt vekt på at min studie skal være mest mulig gjennomsiktig og etterprøvbare.

3.11 Validitet

Man skal alltid strebe etter å komme frem til valide forskningsresultat. For å oppnå dette må det stilles krav til både kvaliteten av de data resultatene bygger på og de slutninger som trekkes fra data. Men selv om man tar forhåndsregler vil det alltid være usikkerhet knyttet til forskningsresultat (Kleven, 2011).

Validitet handler om forskningsresultatets gyldighet i forhold til den virkeligheten som er studert (Thagaard, 2013). Validitet kan deles i «indre validitet» og «ytre validitet». Indre validitet knyttes til spørsmålet om troverdigheten rundt den tolkningen som er gjort, og om sammenhengen mellom variablene som måles er reelle (Kleven, 2011). For å styrke den indre validiteten i en studie bør forskeren redegjøre for hvordan hans analyse av datamateriale gir grunnlag for de resultater han er kommet frem til (Thagaard, 2013). Ytre validitet knyttes til hvilke personer forskningsresultatet er gyldig for, og hvilke situasjoner resultatet er gyldig i. En studie har god ytre validitet hvis resultatene som er kommet frem i undersøkelsen kan gjøres gjeldende for de personer det henvises til i problemstillingen (Kleven, 2011).

For å best mulig ivareta validitetsspørsmålet har jeg vært nøye med å beskrive forskningsmetode og analysemodeller. Jeg har også tatt kildekritiske hensyn ved å ta utgangspunkt i «kildekritikkens fire sider» av Kjeldstadli (1999) (se figur 5). Når det gjelder mitt utvalg av datamateriale har jeg jobbet med å finne representative kilder, sett på kildenes opphav, hvilket formål de ble laget for og vurdert kildenes troverdighet.

3.12 Overførbarhet

Innen en ideologisk tankegang er forskningsspørsmålet og de resultater man kommer frem til knyttet til enkeltsituasjoner, men man kan også stille seg spørsmålet om hva vi kan lære av denne studien i forhold til andre situasjoner. Det er da snakk om overførbarhet, eller ytre validitet. Prinsipielt sett er de fleste forskningsresultater interessante bare om de har overføringsverdi til andre kontekster, men man kan strengt tatt ikke vite om resultatene man kommer frem til vil ha overføringsverdi utover det studien omhandler (Kleven, 2011).

Det er alltid forskerens ansvar å argumentere for hvorfor tolkningen fra enkeltstående studier er relevant i en større sammenheng (Thagaard, 2013). Når det gjelder min studie vil ikke denne ha overføringsverdi basert på de resultater jeg er kommet frem til. Fordi jeg har analysert et utvalg offentlige dokumenter vil studiens gyldighet ikke kunne gå utover de dokumenter som faktisk er blitt analysert. Men om man ser denne studien i sammenheng med andre lignende studier, vil man kunne danne seg et bilde av på hvilken måte de nasjonale føringer som gis i Norge ivaretar spørsmålet om belegg og dokumentasjon knyttet til de anbefalinger som gis.

3.13 Studiens metodiske styrker og svakheter

ADHD er et mye omtalt tema, både her i Norge og internasjonalt. Det finnes utallige forskningsstudier og litteratur som tar for seg ulike sider ved diagnosen. Det ville derfor vært en umulig oppgave å få oversikt over alt som eksisterer av forskning og litteratur om temaet, noe jeg heller ikke har satt meg som mål. Jeg har heller hatt fokus på å finne litteratur og forskning som gir svar på mitt forskningsspørsmål.

Gjennom å ha analysert Helsedirektoratet (2017) sin veileder, har jeg gjort meg kjent med en rekke forskningsstudier som omhandler behandlingsmetoder for personer med ADHD.

Grunnet omfanget av min studie har jeg likevel ikke hatt mulighet til å lese hver av forskningsstudiene inngående, men heller hatt som mål å finne frem til hvilke typer studier dette er, hva studiene har konkludert med, og sett på om dette stemmer med Helsedirektoratet (2017) sine henvisninger.

Mine resultater når det gjelder behandlingsmetodenes effekt er hentet fra de studier Helsedirektoratet (2017) har vist til. Det er derfor viktig å merke seg at jeg ikke kan garantere for hvilke metoder Helsedirektoratet (2017) har benyttet for å komme frem til sitt utvalg av studier, og dermed heller ikke om mine funn er korrekte når det gjelder behandlingsmetodenes effekt på ADHD-symptomer. Helsedirektoratet (2017) har skrevet i sin veileder at de har tatt utgangspunkt i «Retningslinjer for retningslinjer» (2002) og «Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer» (2012) ved utarbeidingen av sin veileder. I retningslinjene fra 2012 er det en klar oppfordring om å bruke systematiske litteratursøk ved innhenting av forskningsstudier, og å ha klare inklusjons- og eksklusjonskriterier (Helsedirektoratet, 2012). Om Helsedirektoratet (2017) har forholdt seg til dette, er sjansen stor for at de har kommet frem til et mest mulig tilfeldig utvalg forskningsstudier, som tilfredsstillende kriteriene for relevans og kvalitet. På denne måten har de også unngått skjevhet i datamaterialet, ved å unngå å kun finne studier som bekrefter deres egne forestillinger (Malterud, 2017).

En annen svakhet med min studie er at jeg er uerfaren som forsker, både med tanke på argumentasjonsanalyse som metode, men også når det gjelder utarbeiding av forskningsrapporten. Med god hjelp av min veileder Ottar Ness, føler jeg likevel at jeg har greid å gjennomføre studien på en tilfredsstillende måte. Ottar som har mange års erfaring som forsker, og har vært en god støttespiller og veiviser gjennom prosessen.

For øvrig må det nevnes at jeg har et personlig forhold til det temaet jeg har forsket på. Dette gjør at jeg bevisst eller ubevisst tar med meg personlige erfaringer og antakelser inn i studien. Jeg mener selv jeg har greid å være bevisst dette gjennom prosessen, og forholdt meg nøytral til min forforståelse og mine vurderinger. Det er likevel en mulighet for at mine tidligere erfaringer har vært med å farge studien. Som forsker vil man som kjent aldri kunne være helt nøytral. Man vil alltid bli påvirket av egne verdier og holdninger, både når det gjelder selve forskningsspørsmålet, tolkingen av resultater og de funnene man gjør (Kleven,2011).

4 Presentasjon av funn

Jeg vil i det følgende presentere mine funn fra argumentasjonsanalysen, hvor jeg har sett på hvilke belegg Helsedirektoratet (2017) og Sosial- og helsedirektoratet (2007) har for å anbefale de behandlingsmetoder som er omtalt i deres veiledere. Selve analysen ligger i «vedlegg 1».

4.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Helsedirektoratet (2017) omtaler kognitiv atferdsterapi (KAT) som en lovende behandlingsmetode, og hevder at KAT kan gi betydelig gevinst hos voksne med ADHD. De tar likevel forbehold om usikkerhet knyttet til metodens effekt. Helsedirektoratet (2017) hevder også at behandling med KAT i kombinasjon med legemiddelbehandling kan være avgjørende for å oppnå effekt, men påpeker at funn så langt ikke underbygger dette (Helsedirektoratet, 2017). For å belyse metodens effekt har Helsedirektoratet (2017) henvist til to forskningsstudier som omhandler bruk av KAT som behandlingsmetode for personer med ADHD.

Knouse & Safren (2010) har gjort en litteraturgjennomgang av syv forskningsstudier som undersøkte virkningen av KAT på symptomer ved ADHD. De fant symptomreduksjon etter bruk av behandlingsprogrammet hos ungdom og voksne, men understreker at dette må understøttes av flere randomiserte kontrollerte studier i fremtiden. De understreker også at det ikke er gjort undersøkelser med tanke på langtidseffekten av denne behandlingen. Videre påpeker de at det ikke finnes studier som bekrefter at bruk av medikamenter i forbindelse med KAT gir bedre resultater, og mener dette er noe som eventuelt må forskes videre på (Knouse & Safren, 2010).

Young et al. (2015) har gjennomført en kontrollert studie av voksne hvor de har sett på effekten av KAT i behandlingen av ADHD. I studien deltok 95 voksne personer med ADHD, som benyttet medikamentell behandling. De ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppen mottok vanlig ADHD-behandling og den andre gruppen gjennomførte 15 økter med KAT i form av programmet R&R2ADHD. De som fikk behandling med KAT viste en signifikant forbedring av ADHD-symptomer, både ved behandlingens slutt og etter tre måneder (Young, et al., 2015).

Kognitiv atferdsterapi er ikke omtalt som behandlingsmetode i Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2007 «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD».

4.2 Foreldretreningsprogrammer

Helsedirektoratet (2017) skriver i sin veileder at til tross for metodens lovende resultater når det gjelder atferdsforstyrrelser, er det fremdeles usikkerhet knyttet til effekten av disse programmene ved samtidig ADHD. For å belyse effekten av foreldretreningsprogrammer har de referert til flere studier.

Furlong et al. (2012) har gjennomført en metaanalyse av 13 studier. Studien fant indikasjoner på at foreldretrening ga en statistisk signifikant reduksjon av barnas atferdsproblemer, forbedret foreldrenes mentale helse og hadde positiv effekt på foreldreferdigheter på kort sikt. Når det gjelder den langsiktige effekten på foreldreferdighetene, etterlyser de flere studier. Studien konkluderer med at foreldretreningsprogrammer er virksomme i å redusere atferdsvansker hos barn i alderen 3-12 år og i å forbedre foreldrenes evne til å håndtere atferdsvansker hos sine barn (Furlong, et al., 2012).

Sonuga-Barke et al. (2013) har gjort en litteraturgjennomgang av 54 studier som omhandler effekten av ikke- medisinsk behandling av personer med ADHD, deriblant foreldreveiledningsprogrammer. Deres studie viser til stor variasjon i effekt av behandlingen, og at gjennomsnittet for mange studier viser relativt begrenset effekt. Det viser seg også at effekten blir betydelig mindre hvis man kun inkluderer studier der forskerne som vurderte effekten var ukjent med hvem som hadde fått slik behandling (Sonuga-Barke, et al., 2013).

Amlund-Hagen et al. (2011) gjennomførte en randomisert kontrollert studie av 112 norske barn i alderen 4-12 år med klinisk nivå av atferdsproblematikk. De fulgte barna og deres foreldre gjennom foreldreveiledningsprogrammet, med oppfølging i ett år. Studien fant forbedring hos flere barn når det gjaldt disiplin og familiesamhold ved postevaluering, og endringene ser dermed ut til å vare over tid (Amlund-Hagen, et al., 2011).

Helsedirektoratet (2017) refererer også til studier som undersøker spesifikke behandlingsprogrammer. Det vises til studier av Multisystemic Treatment (MST), De Utrolige Årene (DuÅ) og Russel Barkleys program for foreldreveiledning.

Ogden & Hagen (2006) undersøkte effekten av Multisystemic Treatment (MST). De ønsket å se om dette programmet hadde effekt når det gjaldt å hindre omplassering av ungdom, og om det ga reduksjon av atferdsproblemer. 75 ungdommer ble delt inn i to grupper, hvor en

gruppe fikk behandling med MST og den andre gruppen fikk behandling i form av Regular Child Welfare Service (RS). Studien konkluderer med at MST var mer effektiv enn RS på begge punkter (Ogden & Hagen, Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake, 2006).

Larsson et al. (2009) ønsket å undersøke effekten av De Utrolige Årene foreldretreningsprogram og Child Therapy program. De gjennomførte en randomisert kontrollert studie av 127 norske barn i alderen 4-8 år, som hadde diagnosen ODD (Oppositional defiant disorder) eller CD (Conduct disorder). Studien konkluderer med at behandlingen hadde positiv effekt, og ga reduksjon av atferdsvansker. Så mange som 2/3 av barna som fikk behandling fungerte nærmest som normalt etter behandling, og innfridde ikke lenger diagnosen ODD ved ettårsoppfølgingen (Larsson, et al., 2009).

Fossum et al. (2009) har undersøkt effekten av DuÅ på barn med ADHD, og har gjennom tilbakemeldinger fra foreldre og lærere konkludert med at effekten av DuÅ er mindre hos barn med ADHD enn hos barn med atferdsvansker (Fossum, et al., 2009). Fordi det viste seg at barn med ADHD ikke har hatt like god effekt av DuÅ som barn med atferdsvansker, utviklet Webster-Stratton og hennes medarbeidere et bedre tilpasset program for barn med ADHD og deres foreldre. De fant gjennom sin studie at det nye programmet har signifikant og varig effekt på både ADHD og atferdsvansker på kort og lang sikt (Webster-Stratton, et al., 2013).

Meltzer et al. (2006) ønsket å undersøke effekten av Russel Barkleys program for foreldreveiledning. De gjennomførte studien ved en norsk poliklinikk, hvor de ga denne behandlingen til 24 barn med ADHD og deres foreldre. Studien viser til klare positive resultater, blant annet i form av færre problemsituasjoner og konfliktsituasjoner, mindre grad av hissighet i konflikter, reduksjon av ADHD-symptomer og mindre antisosial atferd. På slutten av kurset var det flere av barna som ikke lenger fylte kriteriene for ADHD-diagnose (Meltzer & Steinbakk, 2006).

Foreldretreningsprogrammene Parent Management Training (PMT), DuÅ og MST er omtalt i Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2007 «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD». Programmene er presentert i veilederen, uten henvisninger til forskning. PMT omtales som en godt dokumentert behandlingsmetode, men det henvises ikke til forskning eller annen dokumentasjon som bekrefter dette.

4.3 Computerbaserte treningsprogrammer

Ifølge Helsedirektoratet (2017) viser studier kun en liten positiv effekt på symptomer på ADHD ved bruk av computerbaserte treningsprogrammer. De mener derfor det er for tidlig å konkludere med at behandlingen kan anbefales for barn og unge med ADHD. De påpeker også at det fremdeles mangler kunnskap når det gjelder bruk av behandlingsmetoden hos voksne (Helsedirektoratet, 2017).

Når det gjelder forskning på området viser Helsedirektoratet (2017) til fire studier:

Klingberg et al. (2005) undersøkte effekten av computerbaserte treningsprogrammer på 53 barn i alderen 7-12 år, som ikke gikk på medisin. Barna ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppen fikk behandling, og den andre gruppen ble brukt som sammenligningsgruppe. Studien viste at barna som fikk behandling med computerbaserte treningsprogrammer fikk signifikant forbedring av arbeidsminnet, og reduksjon av symptomer på ADHD (Klingberg, et al., 2005).

Egeland et al. (2013) gjorde en studie av 67 barn med ADHD. Barna ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppen fikk behandling med Cogmeds RoboMemo-program, og den andre var kontrollgruppe. De barna som fikk behandling fikk noe raskere psykomotorisk tempo, og ble noe bedre på lesing og matematikk. Forskerne fant ingen signifikant forskjell på symptomer på ADHD mellom de barna som fikk behandlingen og de som ikke fikk det. Studien viser til blandede resultater, og forskerne peker på behovet for mer forskning når det gjelder å forbedre treningsprogrammet for en mer vellykket trening (Egeland, et al., 2013).

Gropper et al. (2014) har gjennomført en randomisert kontrollert studie av effekten av computerbaserte treningsprogrammer på 62 studenter med ADHD eller lærevansker. Studentene deltok på et 5-ukers intensivt treningsprogram, med evaluering før oppstart, tre uker etter behandling og to måneder etter behandling. Studien viser til lovende resultater, hvor de som mottok behandling rapporterte om færre ADHD-symptomer og kognitive vansker. Behandlingen hadde positiv effekt både på kort og lang sikt (Gropper, et al., 2014).

Sonuga-Barke et al. (2013) har gjort en metaanalyse av 54 studier, for å vurdere effekten av ikke-medisinske behandlingsmetoder på ADHD-symptomer. De konkluderer med en liten positiv effekt på symptomer på ADHD når det gjelder bruk av computerbaserte treningsprogram. Dette gjaldt noe forbedret testresultater og funksjon. De mener likevel det er for tidlig å konkludere med at denne behandlingsmetoden bør anbefales hos barn og ungdom med ADHD (Sonuga-Barke, et al., 2013).

Trening av arbeidsminnet er også omtalt som behandlingsmetode i Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2007 «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD». De viser til Klingberg et al. (2005) sin studie, som har vist lovende resultater hos barn med ADHD. Helsedirektoratet (2007) påpeker likevel at det er behov for flere studier for å studere langtidseffekten, overføringsverdien og effekten ved kombinasjon med legemidler, før man kan konkludere.

4.4 Nevrofeedback-terapi (NFT)

Helsedirektoratet (2017) viser til at studier så langt har ikke gitt entydig resultat som gjør at man kan konkludere med at behandlingen har effekt på barn og ungdom med ADHD. Når det gjelder nevrofeedback til voksne med ADHD, mangler det kontrollerte studier på området. Det er derfor behov for mer forskning (Helsedirektoratet, 2017).

De studier Helsedirektoratet (2017) refererer til viser store variasjoner i resultat:

Van Dongen-Boomsma et al. (2013) fant i sin studie ingen effekt av NFT-behandling hos barn og unge med ADHD. De gjennomførte en studie av 41 barn i alderen 8-15 år som ble delt inn i to grupper. Den ene gruppen mottok NFT-behandling, og den andre gruppen fikk placebo-behandling. Begge gruppene hadde forbedring i ADHD symptomer, og man fant ingen signifikant forbedring hos gruppen som fikk NFT-behandling i forhold til de som fikk placebo-behandling (Van Dongen-Boomsma, et al., 2013).

Ogrim & Hestad (2013) fant heller ingen effekt av NFT-behandling i sin studie. Studien inkluderte 32 barn i alderen 7-16 år. Barna ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppen mottok NFT-behandling, og den andre gruppen mottok medikamentell behandling. Forskerne fant minimal forbedring ved bruk av NFT sammenlignet med medikamentell behandling. Studien finner med andre ord støtte for bruk av medikamentell behandling, men ikke for bruk av NFT-behandling (Ogrim & Hestad, 2013).

Sonuga-Barke et al. (2013) konkluderer også i sin metaanalyse med at funn i gjennomførte studier fremdeles er altfor varierende, og studiene har store metodiske problemer. Det er derfor usikkert om NFT kan anbefales som behandling ved ADHD, og forskerne mener det er behov for flere studier (Sonuga-Barke, et al., 2013). Meisel et al. (2013) konkluderer også med at studier så langt ikke viser til at NFT er en effektiv behandling for personer med ADHD. Gjennom sin randomiserte kontrollerte studie av 23 barn i alderen 7-14 år fant de

ingen forbedring i ADHD-symptomer hos barna som mottok NFT-behandling (Meisel, et al., 2013).

Helsedirektoratet (2017) har også vist til studier som mener å ha funnet positiv effekt for bruk av NFT-behandling hos barn med ADHD. Arns et al. (2014) har gjort en metaanalyse av fire placebo-kontrollerte studier, og er kommet frem til at NFT-behandling gir signifikant reduksjon av ADHD-symptomer hos barn og ungdom, både på kort og lang sikt (Arns, et al., 2014).

Gevensleben et al. (2009) fant også positive resultater gjennom sin randomiserte kontrollerte studie av 102 barn i alderen 8-12 år. De fant en signifikant forbedring i ADHD-symptomer hos de som mottok NFT-behandling i forhold til kontrollgruppen (Gevensleben, et al., 2009).

Duric et al. (2012) har også gjennomført en lignende randomisert kontrollert studie. De fordelte de 91 personene som deltok i studien inn i tre grupper, hvor den ene gruppen fikk NFT-behandling, den andre fikk behandling med metylfenidat og den tredje gruppen fikk en kombinasjon av begge behandlingene. Alle gruppene rapporterte om signifikant effekt av behandlingen, men det var ingen forskjell mellom gruppene. Studien viste samme effekt ved bruk av NFT som ved behandling med metylfenidat (Duric, et al., 2012).

NFT er ikke omtalt som behandlingsmetode i Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2007 «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD».

4.5 Ernæring

Helsedirektoratet (2017) konkluderer med at det ikke er grunnlag for å anbefale sukkerfrie dietter, å gi megadoser av vitaminer, eller tilskudd av mineraler. Når det gjelder tilskudd av flerumettede fettsyrer er det vist til en viss symptomreduksjon, men Helsedirektoratet (2017) påpeker at det fremdeles er usikkert hvilken klinisk signifikans disse symptomreduksjonene gir.

Helsedirektoratet (2017) har vist til flere forskningsstudier som belyser ernæringsmessige tiltak i behandlingen av personer med ADHD:

Heilskov-Rytter et al. (2014) har gjennomført en litteraturstudie som inkluderte 52 forskningsstudier. De fant store svakheter når det gjaldt studier av kostholdseffekter hos personer med ADHD: Det er gjort kun et fåtall studier, studiene omfattet få deltakere og studiene hadde metodiske feil. Når det gjelder resultater kom de blant annet frem til at

tilskudd av mineraler viste til noe bedring, men svakhet i studien gjør at man likevel ikke anbefaler dette. Tilskudd av vitaminer ga også litt effekt når man ga megadoser, men fordi 50 % av deltakerne fikk toksiske effekter på lever er ikke dette å anbefale. Å eliminere fargestoffer fra kosten ga også noe effekt, men denne effekten er ikke spesifikk for barn med ADHD, og er derfor usikker som behandling. Eliminering av sukker ga ingen effekt, og er derfor ikke å anbefale. Tilskudd av fettsyrer ga noe effekt, men studiene er ufullstendige med tanke på effekten på ADHD-symptomer (Heilskov Rytter, et al., 2015).

Kamal et al. (2014) ønsket å finne ut om D-vitaminmangel var mer vanlig hos personer med ADHD enn hos andre. De gjennomførte en kontrollert kasusstudie av 1331 barn og voksne, hvor en av gruppene besto av personer med ADHD og kontrollgruppen besto av personer uten ADHD. Forskerne konkluderer med at D-vitamin mangelen var høyere hos personer med ADHD sammenlignet med kontrollgruppen (Kamal, et al., 2014).

Gesch et al. (2002) ønsket å undersøke om tilskudd av vitaminer, mineraler og essensielle fettsyrer hadde effekt på personer med ADHD. De gjennomførte en randomisert, kontrollert placebo-studie med 231 unge voksne i fengsel. De fant at behandlingen hadde positiv effekt på antisosial atferd og vold i fengselet (Gesch, et al., 2002).

Nigg & Craver (2015) gjennomførte en litteraturstudie som inkluderte 52 studier. De ønsket å se på effekten av å tilføre eller fjerne stoffer i kosten som behandling av ADHD. De fant at det generelt var utført få studier på området, og de studier som var utført omhandlet kun et fåtall personer. Studiene inneholdt også en del metodiske feil. De fant ingen signifikant effekt i noen av studiene som tilsa at man kan anbefale diett som behandling hos personer med ADHD. De fant kun en liten effekt når det gjaldt eliminering av kunstige matfargestoffer, men denne effekten gjelder ikke spesifikt for barn med ADHD. Fiskeoljetilskudd ga også en liten effekt (Nigg & Craver, 2015).

Rucklidge et al. (2014) gjorde en randomisert kontrollert placebo-studie av 80 voksne personer med ADHD. De ønsket å finne ut om tilskudd av mikronæringsstoffer (mineraler og vitaminer) var en effektiv behandling for personer med ADHD. De fant at denne behandlingen ga noe bedring når det gjaldt ADHD-symptomer og humør (Rucklidge, et al., 2014).

Stevensson et al. (2014) gjennomførte en metaanalyse for å finne om ernæringsmessige tiltak hadde effekt på ADHD-symptomer. Gjennom et utvalg av 11 randomiserte kontrollerte studier, fant de at tilskudd av fettsyrer ga en liten positiv effekt og at kunstig

matfargeeliminering og kosttilskudd kunne ha noe effekt. Men til tross for noen positive resultater konkluderer de likevel med at resultatene er for ujevne, og mener flere studier er nødvendig for å eventuelt kunne anbefale dette i behandlingen av personer med ADHD (Stevenson, et al., 2014).

Sosial- og helsedirektoratet (2007) referer til to forskningsstudier i sin veileder. Wolraich (1998) ønsket å undersøke om diett hadde effekt på ADHD-symptomer, men fant ingen påvist effekt. Richardson & Montgomery (2005) ville undersøke om tilskudd av fettsyrer hadde effekt på behandlingen av ADHD-symptomer. De fant at behandlingen ga noe effekt når det gjaldt faglige ferdigheter og atferd (Richardson & Montgomery, 2005).

4.6 Legemiddelbehandling

Helsedirektoratet (2017) har gradert denne behandlingsmetoden til A, det vil si at den er meget godt dokumentert og vurdert som effektiv av klinisk ekspertise på feltet, samt i forhold til etiske, politiske og økonomiske forhold. Når det gjelder belegg for å anbefale denne behandlingsmetoden, viser både Sosial- og helsedirektoratet (2007) og Helsedirektoratet (2017) til studier med lovende resultater.

Helsedirektoratet (2017) refererer blant annet til Slama et al. (2015) som gjennomførte en dobbelblind randomisert placebokontrollert studie av 36 gutter i alderen 7-12 år med ADHD, samt 40 normalfungerende barn på samme alder. Forskerne fant at behandling med metafenidat- eller amfetaminholdige legemidler ga signifikant reduksjon av ADHD-symptomer (Slama, et al., 2015).

Prasad et al. (2013) gjennomførte en systematisk litteraturstudie, hvor 43 studier med tilsammen 2110 deltakere i alderen 5- 12 år ble inkludert. De fant at medikamentell behandling ga signifikant reduksjon av ADHD- symptomer (Prasad, et al., 2013).

Sosial- og helsedirektoratet (2007) har også vist til forskningsstudier som viser positiv effekt av medikamentell behandling. Dette er eldre studier, som Helsedirektoratet (2017) ikke har valgt å vise til i sin nyeste veileder. Jeg velger allikevel å si kort hva studiene kom frem til.

Jensen et al. (2001) ville se på hvilken behandling som hadde best effekt av medisinsk behandling og atferdsbehandling. De to behandlingsmetodene ble prøvd ut kombinert og hver for seg, og deltakerne ble testet i forhold til effekten på ADHD- symptomer, opposisjonell/aggressiv atferd, sosiale ferdigheter, angst/depresjon, foreldre-barn-relasjon og

akademisk prestasjon. Studien konkluderte med at legemiddelbehandling var den mest effektive behandlingen ved ADHD (Jensen, et al., 2001).

Greenhill et al. (2002) konkluderte i sin litteraturstudie med at 65-75 % av barn og ungdom med ADHD viste tydelig forbedring av ADHD- symptomer ved bruk av sentralstimulerende legemidler (Greenhill, et al., 2002).

Buitelaar et al. (2004) ønsket å finne frem til om atomoksetin hadde effekt som behandling av ADHD. 604 barn og ungdom deltok i studien, og cirka 57-69 % av de som ble behandlet med atomoksetin hadde god effekt av behandlingen (Buitelaar, et al., 2004).

Spencer et al. (2005) undersøkte effekten av metylfenidat hos voksne med ADHD. Tidligere forskning har vist at effekten av metylfenidat har vært lavere hos førskolebarn og voksne. Spencer et al. (2005) hevder at årsaken til dette når det gjelder voksne, er at dosen av metylfenidat har vært for lav. Han fant i sin studie at ved større doser ga metylfenidat også effekt hos voksne (Spencer, et al., 2005).

4.7 Sosial ferdighetstrening

Helsedirektoratet (2017) konkluderer med at det er uavklart hvem som eventuelt kan ha nytte av programmer for sosial ferdighetstrening. For å belyse effekten av sosial ferdighetstrening viser de til en metaanalyse gjennomført av Storebø et al. (2011). I denne studien ble 11 randomiserte studier, som omfattet barn i aldersgruppen fire til tolv år gjennomgått. Studien fant ingen signifikant effekt hverken når det gjaldt sosiale ferdigheter, lærerens oppfattelse av den generelle atferden hos barna, eller når det gjaldt reduksjon av ADHD-symptomer. Forskerne konkluderer med at sosial ferdighetstrening hverken kan anbefales eller utelukkes som behandlingsmetode. Det trengs flere studier på området, hvor man inkluderer tilstrekkelig antall deltakere og sammenligner effekten av metoden med de som ikke mottar behandling (Storebø, et al., 2011).

Sosial ferdighetstrening er ikke omtalt som behandlingsmetode i Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2007 «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD».

4.8 Psykoedukasjon

Helsedirektoratet (2017) har gradert denne behandlingsmetoden til A, det vil si at den er meget godt dokumentert og vurdert som effektiv av klinisk ekspertise på feltet, samt i forhold

til etiske, politiske og økonomiske forhold. Når det gjelder belegg for å anbefale psykoedukasjon som behandlingsmetode for personer med ADHD, har det skjedd mye siden Sosial- og helsedirektoratet ga ut den reviderte versjonen av «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD» i 2007. I veilederen fra 2007 var to paragrafer fra Lov om pasientrettigheter (1999) eneste referanse i forbindelse med psykoedukasjon. Disse paragrafene henviser til pasientens rett til informasjon om sin helsetilstand og innholdet i den helsehjelpen som gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

I 2017 er det kommet vesentlig mer forskning på området, og Helsedirektoratet (2017) henviser til flere forskningsrapporter, som alle viser til positiv effekt når det gjelder bruk av psykoedukasjon i behandlingen av personer med ADHD. Blant annet viser de til Montaya et al. (2011) som har gjennomført en kvalitativ systematisk gjennomgang av 7 forskningsstudier. De fant positive resultater som følge av psykoedukasjon. Psykoedukasjon viste seg å ha positiv effekt på pasientens atferd, på foreldrenes og barnas trivsel, på barnas kunnskap om ADHD, og barna fikk et mer positivt syn på bruk av medisin. Funnene var endog ikke entydige, og rapporten konkluderer med at det er begrenset bevis for effekten av psykoedukasjon. Grunnet flere positive funn blir bruk av psykoedukasjon likevel støttet av forskningsrapporten (Montaya, et al., 2011).

Bai et al. (2015) og Ferrin et al. (2016) har begge gjennomført en randomisert kontrollert studie av henholdsvis 89 og 69 barn og unge med ADHD. Intervensjonsgruppa fikk delta på et strukturert psykoedukasjonsprogram, og kontrollgruppa fikk vanlig klinisk ADHD-oppfølgning. Begge studiene fant at psykoedukasjon hadde positiv effekt på kliniske symptomer ved ADHD, og psykoedukasjon betraktes i disse studiene som et potensielt gunstig supplement til klinisk praksis (Bai, et al., 2015; Ferrin, et al., 2016).

Vidal R. et al. (2013) viser også til positive funn. Gjennom sin randomiserte kontrollerte studie av 32 voksne med ADHD, hvor den ene gruppa fikk psykoedukasjon og den andre kognitiv atferdsterapi, fant de at begge behandlingene viste positiv effekt når det gjaldt oppmerksomhet, hyperaktivitet, impulsivitet, selvfølelse, angst og depresjon (Vidal, et al., 2013).

4.9 Veiledning/coaching

Helsedirektoratet (2017) viser til tre studier som belyser effekten coaching kan ha hos personer med ADHD. De påpeker likevel at man mangler vitenskapelige kontrollerte studier når det gjelder virkningen av coaching hos personer med ADHD.

Kubik (2010) har gjort en studie av 45 voksne personer med ADHD som skulle rangere 22 vanskelighetsområder før og etter coachingen. Resultatet av forskningen viste signifikant positiv effekt av coaching som behandlingsmetode for voksne med ADHD, enten de brukte medisin eller ikke. Studien viste positiv effekt både på kort og lang sikt (Kubik, 2010).

Prevatt & Yelland (2013) gjennomførte en studie hvor de undersøkte effekten av et 8 ukers coachingprogram for et utvalg studenter. 148 studenter ble valgt ut til å delta i studien som varte over en femårsperiode. Programmet inneholdt komponenter fra blant annet kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon. Studien viste betydelig forbedring i studie- og læringsstrategier, på selvtillit, på symptomstress og tilfredshet med skole og arbeid (Prevatt & Yelland, 2013).

Lerner et al. (2011) undersøkte effekten av at foreldre ble coachet til å bistå sine barn med ADHD til å få bedre emosjonell og atferdsmessig fungering, til å forbedre sine sosiale ferdigheter og til å skaffe seg flere venner. Studien viser til noe positiv effekt, men tar forbehold på flere områder, blant annet med tanke på antall deltagere og at studien omfattet kun mødre. Forskerne viser til behovet for flere studier for å kunne avgjøre effekten av barns utbytte av at foreldre får coaching (Lerner, et al., 2011).

Coaching er ikke omtalt som behandlingsmetode i Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2007 «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD».

4.10 Spesialpedagogiske tiltak

Helsedirektoratet (2017) skriver i sin veileder at tilrettelegging og spesialpedagogiske tiltak i barnehage og skole er en av de vanligste og viktigste hjelpetilbudene til barn og ungdom med ADHD, men viser ikke til forskning som støtter dette. De eneste henvisninger tilknyttet behandlingsmetoden er ulike lovverk.

Det refereres til opplæringslova § 5-1 som sier at de som ikke har tilstrekkelig utbytte av ordinært opplæringstilbud har rett til spesialundervisning. Det vises også til opplæringslova § 5-5 som sier at de som har spesialundervisning har rett til individuell opplæringsplan (IOP) (Helsedirektoratet, 2017).

Videre henvises det til opplæringslova § 9-3 og § 3-19, som sier at det er skolens plikt å gi elever tilgang til nødvendig digitalt utstyr, slik at de kan nå kompetansemålene i læreplanene knyttet til digitale ferdigheter. Bruk av PC og mobiltelefon kan oppleves som nyttig for personer med ADHD, i form av støtte og struktur i skolearbeidet. Men elevene har ingen individuell rett på PC. PC og mobiltelefoner til individuelle behov kan eventuelt komme inn under folketrygdeloven § 10-5 og § 10-6, hvor man finner vilkår for hjelpemidler og tilrettelegging (Helsesdirektoratet, 2017).

Når det gjelder de spesialpedagogiske tiltak som iverksettes i skole og barnehage, skal disse knyttes til de funksjonsvansker barnet/eleven har, og ikke spesifikt til diagnosen ADHD. Det er skolen/barnehagen, eventuelt i samarbeid med PPT, som har ansvaret for utarbeidelse av IOP og oppfølgingen av barnet (Helsesdirektoratet, 2017).

Spesialpedagogiske tiltak er omtalt i Sosial- og helsedirektoratet (2007) som «Ekstra hjelp i barnehage, skole og arbeidsliv». Det er ikke vist til forskning eller dokumentasjon som sier noe om virkningen av tiltaket.

5 Drøfting

Hensikten med denne studien er å se nærmere på hvilke behandlingsmetoder som tilbys personer med ADHD i Norge, og hvilke belegg og argumentasjon Helsedirektoratet (2017) har for å anbefale disse metodene. Jeg ønsker med dette å bidra til en bevisstgjøring når det gjelder metodenes dokumenterte effekt. Problemstillingen for studien er: *Hva innebærer behandlingsmetodene som Helsedirektoratet anbefaler for personer med ADHD, og hvilken argumentasjon og dokumentasjon benyttes som bakgrunn for deres anbefalinger?*

Da jeg først gjorde meg kjent med de nasjonale føringene fra Helsedirektoratet (2017), hadde jeg en klar oppfatning av at de metodene som sto oppført i innholdsfortegnelsen under «Behandling og oppfølging av ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse», var metoder Helsedirektoratet anbefalte, og gikk god for. Da jeg skulle forberede analysemodellen min ble det derfor naturlig for meg å skulle se nærmere på hvilket belegg Helsedirektoratet (2017) hadde for sine påstander. Men da jeg begynte å se nærmere på disse føringene, oppdaget jeg at formuleringene i veilederen ikke var så bastante som jeg først hadde trodd. Jeg fant at Helsedirektoratet (2017) flere steder tok forbehold i forhold til effekten av metodene, og etterspurte mer forskning på området. Dette gjorde at jeg måtte gjøre endringer i min analysemodell, og det som jeg først hadde tenkt å omtale som «påstand» måtte jeg nå endre til «omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017)».

Jeg synes fremdeles min analyse er like spennende, kanskje enda mer interessant. For hvorfor omtaler Helsedirektoratet (2017) behandlingsmetoder i sin veileder som det ikke finnes nok grunnlag for å kunne anbefale. Jeg mener dette lett kan bli misvisende fordi mange kun ser gjennom innholdsfortegnelsen, leser overskrifter eller ser fort gjennom dokumentet. Dermed risikerer man å sitte igjen med det inntrykket jeg gjorde i starten: At dette er metoder som anbefales som behandling for personer med ADHD.

Jeg vil i fortsettelsen gi en oversikt over innhold og antatt effekt rundt hver enkel behandlingsmetode. Deretter vil jeg gjøre en oppsummerende drøfting av Helsedirektoratet (2017) sine anbefalinger når det gjelder behandling og oppfølging av personer med ADHD, før jeg til slutt gir noen avsluttende refleksjoner rundt temaet.

5.1 Oppsummering av metodenes innhold og antatte effekt

5.1.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Berge & Repål (2015) mener at alle personer i stor grad kan bestemme selv hva de vil rette oppmerksomheten mot. Hvordan man tar inn og bearbeider aktuell informasjon vil kunne farge de tolkninger og tanker man gjør seg (Berge & Repål, 2015). Gjennom KAT skal man derfor kunne lære seg nye kognitive og atferdsmessige ferdigheter, for slik å øke refleksjonen rundt sin egen måte å tenke på. Etter endt behandling skal man kunne «bli sin egen terapeut» (Martinsen & Hagen, 2012).

Helsedirektoratet (2017) omtaler denne behandlingsmetoden som lovende, og mener voksne med ADHD vil kunne ha god nytte av den. For å underbygge sine påstander har Helsedirektoratet (2017) vist til to forskningsstudier, som begge viser til symptomreduksjon ved bruk av KAT som behandling hos voksne med ADHD.

Helsedirektoratet (2017) tar likevel forbehold, og påpeker at det fremdeles er usikkerhet knyttet til bruk av KAT som behandlingsmetode. Det skal også nevnes at det refereres til kun to studier for å underbygge effekten av KAT, noe som kan oppleves som mangelfullt.

Helsedirektoratet (2017) hevder i sin veileder at bruk av legemiddelbehandling i forbindelse med KAT kan være avgjørende for å oppnå god effekt, selv om funn så langt ikke underbygger dette. Knouse & Safren (2010) er på sin side tydelige på at det *ikke* finnes studier som underbygger dette. Man kan derfor spørre seg hvorfor Helsedirektoratet (2017) velger å komme med en slik påstand, når det ikke finnes belegg for å anbefale dette.

5.1.2 Foreldretreningsprogrammer

Gjennom foreldreveiledningsprogrammer skal foreldre til barn med ADHD utvikle gode foreldreferdigheter, og med dette bidra til å øke barnets prososiale atferd, og nedregulere barnets utagerende atferd (Apeland & Askeland, 2014).

Helsedirektoratet (2017) påpeker at til tross for lovende resultater når det gjelder bruk av foreldreveiledningsprogrammer hos barn med atferdsvansker, er det fremdeles usikkert hvilken effekt foreldretreningsprogrammer har på barn med ADHD. Om man ser på de forskningsstudier Helsedirektoratet (2017) refererer til, er det i stor grad effekten på barn med atferdsvansker som er målt. Til tross for at flere av studiene viser til lovende resultater ved bruk av foreldreveiledningsprogrammer, er det ikke gitt at disse resultatene er gjeldende for

barn med ADHD, dette fordi studiene stort sett er gjort på barn med ulike typer atferdsproblematikk.

DuÅ-programmet som er tilpasset barn med ADHD viser positiv effekt også hos barn med samtidig ADHD (Webster-Stratton et al.,2013). Svakheten med denne studien er at den er gjennomført av de som har utarbeidet programmet, og man kan spørre seg om deres habilitet.

Den eneste uavhengige studien som viser til positiv effekt av foreldretreningsprogram hos barn med ADHD er Meltzer et al. (2006) sin studie av Russel Barkleys foreldreveiledningsprogram. Denne studien er 12 år gammel, noe som begrenser studiens pålitelighet per i dag.

Ut ifra de forskningsstudier Helsedirektoratet (2017) henviser til, finnes det begrenset dokumentasjon for å anbefale foreldretreningsprogrammer som behandlingsmetode for barn med ADHD. Det meste av forskningen er gjennomført på barn med atferdsproblematikk, og resultatene kan derfor ikke uten videre overføres til barn med samtidig ADHD. Det er derfor behov for mer forskning når det gjelder foreldreveiledningsprogrammer i behandlingen av barn med ADHD, før man kan konkludere med at metoden har effekt. Om barnet derimot har atferdsvansker i tillegg til ADHD, vil foreldretreningsprogrammer kunne være en effektiv behandlingsmetode for å dempe uønsket atferd.

5.1.3 Computerbaserte treningsprogrammer

Computerbaserte treningsprogrammer har til hensikt å øve opp arbeidsminnet og konsentrasjonsevnen hos barn, ungdom og voksne (Helsedirektoratet, 2017). Programmet egner seg godt for personer med begrenset evne til konsentrasjon, oppmerksomhet, problemløsning og læringsevne som følge av lav kapasitet i arbeidsminnet (Pearson, 2018).

Helsedirektoratet konkluderer med at det er for tidlig å si om computerbaserte treningsprogrammer er å anbefale i behandlingen av ADHD hos barn og unge. Når det gjelder voksne finnes det ikke studier som viser til effekt av denne metoden (Helsedirektoratet, 2017). Ser man på de forskningsstudier det er referert til når det gjelder computerbaserte treningsprogrammer, er det helt klart store sprik i de resultater som fremkommer.

To av studiene det refereres til konkluderer med positiv effekt på ADHD-symptomer og kognitive funksjoner. Den ene av disse studiene ble gjennomført av Klingberg et al. (2005),

og med tanke på at Klingberg har utviklet denne metoden kan man spørre seg om studiens habilitet.

To andre studier har kommet frem til at det kan være en liten positiv effekt ved denne behandlingsmetoden, men at effekten er så liten når det gjelder ADHD-symptomer at det er behov for mer forskning før man kan konkludere.

Med bakgrunn i de studier Helsedirektoratet (2017) refererer til er det fremdeles usikkert om denne metoden kan anbefales som behandling for personer med ADHD. Til tross for noen positive funn, er det flere studier som viser til liten effekt når det gjelder personer med ADHD. Man kan derfor ikke være sikker på at metoden vil ha effekt på ADHD-problematikk.

5.1.4 Nevrofeedback-terapi

Personer med ADHD har ofte langsommere hjernebølger i enkelte deler av hjernen, noe som kan gjøre det vanskelig å kontrollere oppmerksomhet, følelser, impulser og hyperaktivitet (Hammond & Kirk, 2008). Ved hjelp av NFT kan man trene seg til raskere hjernebølger, og normalisere hjerneaktiviteten i de aktuelle hjerneområdene (Monastra, et al., 2005). Ved hjelp av NFT-behandling ønsker man å forbedre oppmerksomheten og impulsiviteten, minske hyperaktiviteten og øke læringsevnen og sosiale ferdigheter (Ahlstrand, 2018).

Studier så langt har ikke vist entydig resultat med tanke på effekten av NFT-behandling, noe Helsedirektoratet (2017) også påpeker i sine retningslinjer. I de syv studiene det refereres til i Helsedirektoratet (2017) ser man stor variasjon i resultatene, fra ingen positiv effekt av behandlingen, til signifikant positiv effekt. Man ser likevel at flertallet av studiene konkluderer med ingen signifikant effekt, noe som tilsier at det er for tidlig å si om denne behandlingsmetoden har effekt på ADHD-symptomer.

5.1.5 Ernæring

Menneskekroppen er sammensatt, og ofte er det flere ulike faktorer som bidrar til problemer. Når det gjelder ADHD kan ernæringsmessige faktorer bidra til å dempe symptomer (Nørby, 2012). Det er forsket på hvordan kostholdsendringer påvirker ADHD-symptomer, blant annet når det gjelder økt tilførsel av ulike vitaminer, fettsyrer og mineraler, og å fjerne ulike tilsetningsstoffer og sukker fra kosten. Helsedirektoratet (2017) har vist til noen av disse studiene i sin veileder, men studiene viser ikke til særlig lovende resultater.

Helsedirektoratet (2017) har vist til et bredt utvalg forskningsstudier når det gjelder effekten kostholdsendringer har ved behandling av personer med ADHD. Ved å se på resultatene i disse forskningsstudiene, kan man se en liten effekt når det kommer til tilførsel av flerumettede fettsyrer og eliminering av fargestoffer i kostholdet. Utover dette er det lite som tilsier at ernæringsmessig tiltak er å anbefale i behandlingen av ADHD.

Det er med andre ord ikke grunnlag for å anbefale hverken sukkerfrie dietter, tilskudd av mineraler, eller megadoser av vitaminer i behandlingen av ADHD-symptomer. Det er også usikkert hvilken effekt tilskudd av fettsyrer har på slike symptomer. Når det gjelder eliminering av fargestoffer i kostholdet er også dette usikkert som behandling av personer med ADHD, fordi effekten som ble funnet ikke gjaldt spesifikt for personer med ADHD, men på generell basis. Man kan derfor konkludere med at man til tross for mye forskning på området, ikke har greid å komme frem til resultater som viser at ernæringsmessige tiltak har noe signifikant effekt på ADHD-symptomer.

5.1.6 Legemiddelbehandling

Målet med å benytte legemiddelbehandling som behandling for personer med ADHD er å dempe rastløsheten og impulsiviteten, og få bedre konsentrasjon. Dette kan igjen påvirke utbyttet av andre tiltak, som for eksempel spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning (Engh,2014).

Helsedirektoratet (2017) har gradert denne behandlingsmetoden til A, det vil si at den er meget godt dokumentert og vurdert som effektiv av klinisk ekspertise på feltet, samt i forhold til etiske, politiske og økonomiske forhold.

Når det gjelder belegg for å anbefale denne behandlingsmetoden, viser både Sosial- og helsedirektoratet (2007) og Helsedirektoratet (2017) til studier med lovende resultater. Helsedirektoratet (2017) viser til to studier fra henholdsvis 2013 og 2015. Begge disse konkluderer med at medikamentell behandling gir signifikant reduksjon av ADHD-symptomer. Sosial- og helsedirektoratet (2007) har vist til fire studier fra perioden 2001-2005, hvor alle konkluderer med at medikamentell behandling gir positiv effekt på ADHD-symptomer.

Legemiddelbehandling har med andre ord vist seg å være en godt dokumentert metode når det gjelder effekt på ADHD-symptomer. De studier Helsedirektoratet (2017) og Sosial- og

helsedirektoratet (2007) refererer til, viser utelukkende positive resultater når det gjelder effekt på ADHD-symptomer. Det skal likevel nevnes at Helsedirektoratet (2017) viser til få studier, men at dette mulig kan forsvares med at den ene forskningsstudien er en stor litteraturstudie, som omfatter 43 ulike studier.

Det skal også nevnes at bivirkninger er et kjent problem hos enkelte som benytter medikamentell behandling. Det vises ikke til tall eller omfang av dette i veilederen, noe det gjerne kunne vært skrevet om.

5.1.7 Sosial ferdighetstrening

Gjennom sosial ferdighetstrening skal barn og unge få oppæring i sosiale- og emosjonelle ferdigheter, samt lek- og samspillsferdigheter. Slik skal barna få bedre selvkontroll, økt sinnemestring og bli bedre på problemløsning (Bierman, et al., 2017).

Sosial ferdighetstrening har fått liten plass i Helsedirektoratet (2017) sin veileder. Det er også henvist til lite dokumentasjon og forskningsstudier som belyser effekten av behandlingsmetoden. Når jeg går dypere inn i det som står skrevet om metoden, overrasker det meg at den i det hele tatt har fått plass i veilederen.

Den eneste forskningsstudien det er henvist til, er Storebø et al. (2011). De konkluderer i sin studie med at sosial ferdighetstrening ikke har signifikant effekt, hverken når det gjelder sosiale ferdigheter, barnas atferd eller på ADHD-symptomer. Forskerne konkluderer ut i fra dette med at de hverken kan anbefale eller utelukke denne behandlingen for personer med ADHD (Storebø, et al., 2011).

Helsedirektoratet (2017) har med andre ord omtalt en behandlingsmetode man ikke finner belegg for å anbefale. Det oppleves da som misvisende at den har fått plass i de nasjonale føringene under kapittelet «Behandling og oppfølging av personer med ADHD/ Hyperkinetisk forstyrrelse».

5.1.8 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon innebærer at pasienten og/eller pårørende får opplæring i sin funksjonsnedsettelse, for slik å kunne håndtere sin hverdag på en bedre måte. Opplæringen kan omhandle informasjon om symptomer, behandling, årsak, kommunikasjonsferdigheter, problemløsning og atferdshåndtering (Fields & Hale, 2018).

Helsedirektoratet (2017) konkluderer med at psykoedukasjon er et effektivt tiltak i behandlingen av personer med ADHD, og at det finnes meget god dokumentasjon på området. De har derfor valgt å gradere anbefalingen til A, det vil si at den er meget godt dokumentert og vurdert som effektiv av klinisk ekspertise på feltet, samt i forhold til etiske, politiske og økonomiske forhold (Helsedirektoratet, 2017).

Behandlingsmetodens effekt bekreftes av de fire studier Helsedirektoratet (2017) har referert til, som alle viser til positiv effekt av psykoedukasjon når det gjelder ADHD-symptomer. Samtlige av disse forskningsstudiene viser en overbevisende og signifikant effekt på psykoedukasjon som behandling for personer med ADHD.

5.1.9 Veiledning og coaching

Coaching bygger på et optimistisk menneskesyn, som har grunnleggende tro på at mennesker ønsker og er i stand til å utvikle seg gjennom å ta i bruk egne ressurser. Målet med coachingen er derfor å få tilgang til personens indre ressurser (Gjerde, 2010). Ved coaching av barn og unge med ADHD fokuseres det gjerne på å øke deres atferdsmessige, emosjonelle og kognitive ferdigheter, slik at de får økt livsmestring, og fremstår mer positivt både ovenfor seg selv og andre (Kubik,2010).

Helsedirektoratet (2017) konkluderer med at det fremdeles mangler vitenskapelige kontrollerte studier når det gjelder coaching som behandlingsmetode for personer med ADHD. Ser man på de tre forskningsstudiene Helsedirektoratet (2017) har vist til, kan man derimot se at alle viser til positiv effekt av behandlingen.

Til tross for at disse studiene viser til positiv effekt, har Helsedirektoratet (2017) likevel vurdert at man ikke kan konkludere med at coaching har signifikant effekt, grunnet studienes kvalitet. Det er fint å se at Helsedirektoratet (2017) forholder seg kritisk til de studier som er gjort, og tar forbehold om resultater når studiene ikke er av god nok kvalitet.

Man kan likevel ut i fra de studier det er henvist til, se at det fremkommer positive resultater ved bruk av coaching hos ungdom og voksne med ADHD. Dette kan med andre ord være en nyttig behandlingsmetode for enkelte, men det er for tidlig å konkludere med at coaching har signifikant effekt. Det er behov for flere studier på området før man kan anbefale coaching som behandling for personer med ADHD.

5.1.10 Spesialpedagogiske tiltak

Spesialpedagogiske tiltak har som formål å fremme gode lærings- utviklings- og livsvilkår for barn og unge med ulike vansker (Tangen, 2014). Hvilke tiltak som benyttes, og hvilke rettigheter som utløses etter opplæringsloven, kan være ulikt fra elev til elev, og må vurderes i hvert enkelt tilfelle (Helsedirektoratet, 2017).

Helsedirektoratet (2017) beskriver spesialpedagogiske tiltak som et av de vanligste og viktigste hjelpetilbudene for barn og unge med ADHD, men de viser ikke til forskning eller relevant litteratur som bekrefter anbefalingen.

Det er referert til ulike paragrafer og lovverk i forbindelse med metoden, men disse oppleves ikke som forklaring på hvorfor behandlingsmetoden er viktig, men heller som en opplysning om hvilke rettigheter man har i skole og barnehage. Når Helsedirektoratet (2017) beskriver spesialpedagogiske tiltak som et av de viktigste hjelpetilbudene for barn og unge med ADHD, overrasker det meg at det ikke vises til forskning eller litteratur som sier noe om effekten av dette tiltaket, eller hvilke spesialpedagogiske tiltak som er å anbefale for barn og unge med ADHD. ADHD Norge (2016) har i sin lærerguide vist til flere anbefalte tiltak, og det hadde vært interessant å vite mer om effekten av slike tiltak i skolen, i form av faglig og/eller erfaringsbasert kunnskap.

5.2 Drøfting av Helsedirektoratets omtale av behandlingsmetodene

Etter å ha sett på hver enkel behandlingsmetode er det tydelig at det er stor variasjon i forhold til hvor godt belegg Helsedirektoratet (2017) har for sine anbefalinger. Dette gjenspeiles også til en viss grad i hvordan Helsedirektoratet har valgt å formulere seg i veilederen. De velger ofte å ordlegge seg med begreper som *bør* eller *kan*, og de konkluderer med *manglende forskning og usikkerhet knyttet til effekt* ved flere av metodene. Helsedirektoratet (2017) har selv skrevet i sin veileder at «skal» og «må» benyttes kun om noe som er lov- eller regelfestet, eller er så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig å ikke gjøre som anbefalt. Dette bekrefter at de fleste anbefalinger som gis i veilederen ikke har god nok faglig forankring. Det sammen kan man se når det kommer til graderingen av de anbefalinger som gis. Helsedirektoratet (2017) skriver i sin veileder at anbefalingene vil bli gradert i fire nivåer (A-D), avhengig av hvordan det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget er vurdert, og hvordan etiske, politiske og økonomiske forhold påvirker anbefalingens styrke. Dersom det ikke finnes dokumentert kunnskap som gir grunnlag for en anbefaling, vil anbefaling ikke bli gitt

(Helsedirektoratet, 2017). Når Helsedirektoratet har valgt å gi en gradert anbefaling på kun to metoder (psykoedukasjon og legemiddelbehandling), er det tydelig at det ikke finnes god nok faglig dokumentasjon for å anbefale de andre metodene.

Det er interessant at ved hele syv av ti behandlingsmetoder konkluderer Helsedirektoratet (2017) med usikker effekt og/eller mangelfulle studier. Dette gjelder ernæringsmessige tiltak, nevrofeedback-terapi, kognitiv atferdsterapi, computerbaserte treningsprogram, sosial ferdighetstrening, foreldretreningsprogrammer og coaching. Når det gjelder spesialpedagogiske tiltak omtaler Helsedirektoratet (2017) dette som et av de viktigste tiltakene for barn og unge med ADHD, men det er ikke vist til dokumentasjon som bekrefter dette, og metoden er ikke gradert.

Man kan spørre seg hvorfor Helsedirektoratet (2017) har valgt å ta med disse behandlingsmetodene i veilederen, når det finnes begrenset belegg for å anbefale flere av dem. Ifølge Helsedirektoratet (2012) skal nasjonale faglige retningslinjer inneholde konkrete, systematisk utviklede råd og anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for forebygging, diagnostisering, behandling og forebygging. Omtalen av de ulike behandlingsmetodene i Helsedirektoratet (2017) oppleves hverken som konkrete, eller som råd og anbefalinger. De oppleves heller som drøftinger rundt metodenes effekt. Burde ikke Helsedirektoratet heller ha gjort disse drøftingene internt, og kommet med konkrete anbefalinger ut i fra dette? Slik metodene er fremstilt i denne veilederen, opplever jeg at Helsedirektoratet (2017) overlate til leseren å avgjøre om det er forsvarlig å benytte disse behandlingsmetodene for personer med ADHD.

Når Helsedirektoratet velger å vise til uavklarte metoder i sin veileder, er dette mest sannsynlig fordi de ønsker å gi en oversikt over hvilke metoder som benyttes som behandling per i dag, og hvilken effekt man tenker disse har. Da er det fint at de gir et mest mulig nyansert bilde, og tar forbehold når det gjelder metoder med uavklart effekt. Likevel tenker jeg at man i en retningslinje burde presentert kun de behandlingsmetoder som anses som effektive, og som er å anbefale som behandling for personer med ADHD.

Flere steder i veilederen ser man også at Helsedirektoratet (2017) kommer med påstander de ikke gir belegg for. Dette gjelder for eksempel anbefalingen av spesialpedagogiske tiltak, påstanden om at psykoedukasjon og legemiddelbehandling støttes via «vurderinger av klinisk ekspertise på feltet, samt i forhold til etiske, politiske og økonomiske forhold» og at legemiddelbehandling anbefales for å bedre effekten av kognitiv atferdsterapi. I praksisfeltet

ser man også at bl.a. foreldretreningsprogrammer er en utberedt behandlingsmetode, til tross for at Helsedirektoratet finner støtte i kun én uavhengig studie. Alt dette kan mulig forklares med det som omtales som Kunnskapsbasert praksis (KBP). I Kunnskapsbasert praksis skal man benytte en kombinasjon av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov, og vurdere dette opp imot foreslåtte tiltak i kontekst av verdier, ressursbruk, prioriteringskriterier, lover og forskrifter (Helsedirektoratet, 2012). Det er muligens dette som ligger til grunn for flere av Helsedirektoratet (2017) sine vurderinger.

Når man ser på alle behandlingsmetodene, og hvilke belegg Helsedirektoratet har henvist til med tanke på effekt, er det utvilsomt psykoedukasjon og legemiddelbehandling som kommer ut som vinnere. Dette med bakgrunn i studier som viser til gode resultater med tanke på effekt, men også vurdert opp imot «vurderinger av klinisk ekspertise på feltet, samt i forhold til etiske, politiske og økonomiske forhold». Helsedirektoratet har ikke gitt uttrykk for hvordan de har vektlagt de ulike sidene i sin anbefaling. Hva står sterkest av de etiske, politiske eller økonomiske forhold? Og hva veier tyngst av vurderinger gjort av klinisk ekspertise og resultater av forskningsstudier?

Om man sammenligner de to veilederne fra 2007 og 2017, ser man at mye har skjedd de siste årene med tanke på dokumentasjon, henvisningsskikk og forskning. Helsedirektoratet 2017 viser til langt flere forskningsstudier i sin veileder enn det Sosial- og helsedirektoratet gjorde i 2007. Dette kan skyldes at det er kommet tydeligere retningslinjer for hvordan man skal utarbeide kunnskapsbaserte retningslinjer, men også at det er kommet mer forskning på feltet.

Når det gjelder de forskningsstudiene som blir presentert i disse veilederne, kan jeg ikke være sikker på hvor nyansert og tilfeldig denne fremstillingen er. Det er ikke oppgitt hvordan søk er blitt gjennomført, eller hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som er benyttet. Er det benyttet systematiske litteratursøk, slik det er anbefalt i «Veileder for kunnskapsbaserte retningslinjer» (2012), har man sannsynligvis kommet frem til et tilfeldig utvalg studier. Men fordi forskningsstudier alltid vil kunne påvirkes av forskernes verdier, holdninger og meninger, har man uansett ikke noe garanti for at man er kommet frem til utelukkende objektive resultater (Kleven, 2011). Det er også verdt å merke seg at det er stor variasjon når det gjelder antall studier det refereres til under hver metode. Det er uavklart om dette skyldes mangel på forskningsstudier, eller er et bevisst valg fra Helsedirektoratet sin side.

Etter å ha satt meg grundig inn i Helsedirektoratet (2017) sine retningslinjer for behandling og oppfølging av personer med ADHD, har jeg som beskrevet over, gjort meg mange tanker

rundt deres vurderinger når det gjelder hvilke metoder som får omtale i veilederen. Jeg mener retningslinjene ikke nødvendigvis oppleves som retningsgivende, men i enkelte tilfeller heller forvirrende og villedende. Det vil kreve mye av mottakeren når det gjelder å sette seg inn i de drøftinger som er gjort, og ut i fra disse reflektere rundt metodenes effekt. Dette kan gi store implikasjoner for praksis, da man kan ende opp med å benytte behandlingsmetoder som ikke har effekt. Det vil også kunne bidra til ulik praksis i ulike deler av landet, alt etter hvordan personer leser og forstår veilederen. Dette vil i så fall være i strid med retningslinjenes opprinnelige formål, som er å bidra til å redusere uønsket variasjon i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2012). Man kan da stille seg det samme spørsmålet som Armata (2017) har gjort i sin diskursanalyse av «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge»: Fyller de nasjonale føringene som gis i Norge fullstendig den funksjonen de har tenkt å ha? (Armata, 2017).

På den andre siden kan det være nyttig for fagpersoner å kunne lese om de ulike behandlingsmetodene, for slik å få bekreftet eller avkreftet metodenes effekt. Fordi det finnes mange behandlingsmetoder, ulike synspunkter og motstridende interesser, er det fint for fagpersonell å kunne gjøre seg kjent med den forskningen som eksisterer på området.

Til sist er det viktig å påpeke Helsedirektoratets overordnede rolle som retningsgivende instans. Helsedirektoratet er i en situasjon hvor de har tillitt fra folk i samfunnet, og de vil derfor ha stor makt når det gjelder innflytelse på praksisfeltet. Bratberg (2014) har med begrepene *ethos*, *phatos* og *logos* beskrevet hvordan publikum lar seg påvirke av senderen av et budskap. Når det gjelder Helsedirektoratets veiledere kan man tenke seg at disse begrepene stemmer godt, da særlig *ethos* og *logos*. *Ethos* omhandler hvordan taleren forankrer budskapets kraft og troverdighet gjennom egen karakter. Fordi det er akkurat denne personen som taler, stoler publikum på det som blir sagt. *Logos* representerer kraften i selve argumentet. Når publikum slutter seg til talerens budskap, er det i hovedsak fordi det er begrunnet på en god måte (Bratberg, 2014). Gjennom sin troverdige karakter og sin til dels godt dokumenterte argumentasjon, vil Helsedirektoratet ha stor påvirkningskraft på praksisfeltet.

5.3 Avsluttende refleksjoner

Forskning vil alltid være ufullstendig. Er vi heldige vil vi finne noen svar, men vi vil garantert sitte igjen med flere interessante spørsmål som venter på videre forskning (Gudmundsdottir,

2011). Dette stemmer godt med den følelsen jeg sitter igjen med etter denne prosessen. Jeg har kommet frem til noen svar, men samtidig gjort meg mange tanker og refleksjoner, blant annet i forhold til fremtidige forskningsstudier.

Jeg har gjennom denne prosessen blitt mer opptatt av at ADHD er en diagnose som i hovedsak består av ulike atferdsmessige symptomer. Disse symptomene kan være forårsaket av flere ting, både medfødte og påførte lidelser. Det er derfor viktig at man ikke bare behandler symptomene, men at man finner den bakenforliggende årsaken til disse symptomene, for slik å kunne avhjelpe vanskene. For å finne den beste behandlingen må man derfor gjøre en omfattende utredning og kartlegging.

Når det gjelder videre forskning på området, skulle jeg gjerne sett mer forskning i forhold til hvordan og i hvilken grad man i spesialisthelsetjenesten greier å skille ADHD fra andre lidelser og tilstander, slik som tilknytningsvansker, omsorgssvikt, lese- og skrivevansker, språkvansker og mobbing. Jeg hadde også ønsket meg flere forskningsstudier som undersøker i hvilken grad de ulike behandlingsmetodene benyttes som behandling i Norge, med hvilken effekt og eventuelle ulikheter på landsbasis.

Litteraturliste

- ADHD Norge. (2016). Lærerguiden. Hentet fra www.adhdnorge.no:
<http://adhdnorge.no/content/uploads/2016/08/laererguide-ny-versjon-10-juni.pdf>
- Ahlstrand, P. (2018). Eksempel på framgångsrik NFT vid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). I A. Gerge, & F. J. Metso, *Kan neurofeedback hjälpa hjärnan?* (ss. 109-120). Falun: Författarna och Insidan förlag.
- Ahlstrand, P. (2018). Fordjupning: Så fungerar neurofeedback. I A. Gerge, & F. J. Metso, *Kan neurofeedback hjälpa hjärnan?* (ss. 219-230). Falun: Författarna och Insidan förlag.
- Amlund-Hagen, K., Ogden, T., & Bjornebekk, G. (2011, mars). Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, ss. 165-178.
doi:<http://www.doi.org/10.1080/15374416.2011.546050>
- Apeland, A., & Askeland, E. (2014). Metodens innhold og behandlingsforløp. I E. Askeland, A. Apeland, & R. Solholm, *PMTO, foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker* (ss. 78-107). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Armata, F. (2017). Samarbeid, brukermedvirkning og kvalitet i psykisk helsevern for barn og unge. *Fokus på familien*, ss. 117-137. doi:<https://10.18261/issn.0807-7487-2017-02-04>
- Arns, M., Heinrich, H., & Strehl, U. (2014, januar 1). Evaluation of neurofeedback in ADHD: the long and winding road. *Biological Psychology*, ss. 108-115.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.11.013>
- Bai, G., Wang, Y., Yang, L., & Niu, W. (2015, Oktober). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parent of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, ss. 2721-2735.
doi:<https://doi.org/10.2147/NDT.S88625>
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactive disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (3. utg.). New York: The Guilford Press.
- Berge, T., & Repål, A. (2015). Introduksjon til kognitiv terapi. I T. Berge, & A. Repål, *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., ss. 19-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bergström, G., & Boreus, K. (2005). *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvitenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Bierman, K. L., Greenberg, M. T., Coie, J. D., Dodge, K. A., Lochman, J. E., & McMahon, R. J. (2017). *Social and emotional skills training for children. The fast track friendship group manual*. New York: The Guilford Press.
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brinkmann, S., Petersen, A., Kofod, E. H., & Birk, R. (2014). Diagnosekultur-et analytisk perspektiv på psykiatriske diagnoser i samtiden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*(9), ss. 692-697.
Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=427403&a=2
- Brown, T. E. (2013). *A new understanding of ADHD in children and adults. Eksekutive funktion impairments*. New York: Routledge.

- Buitelaar, J., Danckaerts, M., Gillberg, C., Zuddas, A., Becker, K., Bouvard, M., . . . Wolanczyk, T. (2004, august). A prospective, multicenter, open-label assessment of atomoxetine in non-North American children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, ss. 249-257. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/57101328?accountid=12870>
- Cantwell, D. P. (1981). Foreword. I R. A. Barkley, *Hyperactive children. A handbook for diagnosis and treatment* (ss. vii-x). New York: The Guilford Press.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiri & research design: choosing among five approache* (2. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Den norske coachforening. (2018, september 10). Hva er coaching? Hentet fra www.dncf.no: <https://dncf.no/hva-er-coaching/>
- Direktoratet for e-helse. (2018, september 23). Kodeverket for ICD-10 (og ICD-11). Hentet fra www.ehelse.no: <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11#utvikling-av-icd-10-og-icd-11>
- Djupedal, E. F., & Korshavn, R. N. (2016). Medisinering av mangfold i kunnskapsskolen. I A. Tjora, & L. E. Levang, *ADHD i det disiplinerte samfunn* (ss. 85-100). Bergen: Vigmostad & Bjerke AS.
- Duric, N. S., Assmus, J., Gundersen, D., & Elgen, I. B. (2012, august 10). Neurofeedback for the treatment of children and adolescents with ADHD: a randomized and controlled clinical trial using parental reports. *BMC Psychiatry*, s. 107. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-107>
- Egeland, J., Aarlien, A., & Saunes, B. (2013, Oktober 4). Few effects of far transfer of working memory training in ADHD. *Plos One*. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075660>
- Engh, R. (2014). *Barn og unge med ADHD i skolen*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2018, juni 11). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*. doi:<https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005, juni 1). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, ss. 1313–1323. doi:<http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>
- Felleskatalogen. (2018). *Felleskatalogen over farmasøytiske preparater markedsført i Norge*. Oslo: Felleskatalogen.
- Ferrin, M., Perez-Ayala, V., El. Abel, S., T, L.-P., Jacobs, B., Bilbow, A., & Taylor, E. (2016, februar 2). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of a psychoeducation program for families of children and adolescents with ADHD in the United Kingdom: results after 6-month follow-up. *Journal of Attention Disorders*. doi:<https://doi.org/10.1177/1087054715626509>
- Fields, S. A., & Hale, L. R. (2018, september 09). Psychoeducational groups for youth attention-deficit hyperactivity disorder: a family medicine pilot project. *Mental health in family medicine*, ss. 157-165. Hentet fra www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314272/
- Folkehelseinstituttet. (2016). *ADHD i Norge. En statusrapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf
- Folketrygdeloven. (1997). Lov om folketrygd (LOV-1997-02-28-19). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19>

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Fossum, S., Morch, W. -T., Handegard, B. H., Drugli, M. B., & Larsson, B. (2009, februar 24). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, ss. 173-181.
doi:<http://www.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00700.x>
- Frambu. (2018, septemper 23). ICD-11 er lansert! Hentet fra <http://www.frambu.no/hovedmeny/siste-nytt/icd-11-er-lansert/d2bb5107-b3fc-4489-84d2-a7c8e40f3a91>
- Furlong, M., Mcgilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S., & Donnelly, M. (2012, februar 15). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*.
doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225>
- Gerge, A. (2018). Innledning. I A. Gerge, & F. J. Metso, *Kan neurofeedback hjelpe hjernen?* (ss. 7-16). Falun: Författarna och Insidan förlag.
- Gesh, C., Hammond, S., Hampson, S., Eves, A., & Crowder, M. (2002, juli). Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners. Randomised, placebo-controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, ss. 22-28.
doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.181.1.22>
- Gevensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Vogel, C., Schlamp, D., Kratz, O., . . . Heinrich, H. (2009, juli). Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ss. 780-789. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02033.x>
- Gjerde, S. (2010). *Coaching, hva-hvorfor-hvordan* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Goldstein, S., & Gordon, M. (2003, august). Gender Issues and ADHD: Sorting Fact from Fiction. *The ADHD Report*, ss. 7-16. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/883472698/fulltextPDF/75CA27E1FC364D9CPQ/1?accountid=12870>
- Greenhill, L. L., Pliszka, S., Dulcan, M. K., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., . . . Stock, S. (2002, februar). Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents, and Adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, ss. 526-549. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200202001-00003>
- Greven, C. U., Rijdsdijk, F. V., & Plomin, R. (2011, februar). A Twin Study of ADHD Symptoms in Early Adolescence: Hyperactivity-impulsivity and Inattentiveness Show Substantial Genetic Overlap but Also Genetic Specificity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, ss. 265-275.
doi:<http://doi.org/10.1007/s10802-010-9451-9>
- Gropper, R. J., Gotlieb, H., Kronitz, R., & Tannock, R. (2014, mai 1). Working memory training in college students with ADHD or LD. *Journal of Attention Disorders*, s. 331.345.
doi:<https://doi.org/10.1177/1087054713516490>

- Gudmundsdottir, S. (2011). Den kvalitative forskningsprosessen. I T. Moen, & R. Karlsdottir, *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning* (ss. 15-31). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hammond, D., & Kirk, L. (2008, september 08). First, Do No Harm: Adverse Effects and the Need for Practice Standards in Neurofeedback. *Journal of Neurotherapy* No.12, ss. 79-88.
doi:<https://doi.org/10.1177/0269881114562090>
- Haugen, R. (2008). Introduksjon. I R. Haugen, R. Børresen, V. Nilsen, M. Raundalen, J. Rosenvinge, J. Schultz, & A. Vogt, *Barn og unges læringsmiljø 3- med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (ss. 78-79). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Heilskov Rytter, M. J., Andersen, L. B., Houmann, T., Bilenberg, N., Hvolby, A., Mølgaard, C., . . . Lauritzen, L. (2015, februar 1). Diet in the treatment of ADHD in children- a systematic review of the literature. *Nordic Journal of Psychiatry*, ss. 1-18.
doi:<http://www.doi.org/10.3109/08039488.2014.921933>
- helsebiblioteket.no. (2018, september 9). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2008, september 5). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Hentet fra www.helsedirektoratet.no: <http://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker>
- Helsedirektoratet. (2010, mars 2). Kodeveiledning 2010. Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Kodeveiledning%202010-IS-2150-0.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3
- Helsedirektoratet. (2017, januar 24). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>.
- Isaksen, J. V., & Tjora, A. (2016). Pressens biologisering av ADHD. *Sosiologisk tidsskrift*, 24(4), ss. 281-302. doi:<http://doi.org/10.18261/issn.1504-2928-2016-04-02>
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., . . . Severe, J. B. (2001, februar). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, ss. 60-73. Hentet fra <https://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8ce3703c84bb996c0dea467df9a3777d4339e1de15d31304ac9b26f8684dc5324995153a2d989a125f700613feb862f2f826c12258771f6fad8df3c800446c97d8ee6a77e3b4746d8a5b94e3497c5892359bc3caf090aaceb9d8e5e4ddd>
- Kamal, M., Bener, A., & Ehlal, M. (2014, Juni 6). Is high prevalence of vitamin D deficiency a correlate for attention deficit hyperactivity disorder? *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, ss. 73-78. Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007/s12402-014-0130-5>

- Kjeldstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget (2.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kleven, T. A. (2011). Forskning og forskningsresultater. I T. A. Kleven, F. Hjordemaal, & K. Tveit, *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. en hjelp til kritisk tolking og vurdering (2.utg.)*. (ss. 9-26). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kleven, T. A. (2011). Hvilke alternative forklaringer er mulige? Spørsmålet om indre validitet. I T. A. Kleven, F. Hjordemaal, & K. Tveit, *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolking og vurdering (2.utg.)*. (ss. 103-121). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kleven, T. A. (2011). Hvilken kontekst er resultatet gyldig i? Spørsmålet om ytre validitet. I T. A. Kleven, F. Hjordemaal, & K. Tveit, *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolking og vurdering (2.utg.)*. (ss. 123-138). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P., Johnson, M., Gustavsson, P., Dahlstrøm, K., . . . Westerberg, H. (2005, februar). Computerized training of working memory in children with ADHD-a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, ss. 177-186. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00010>
- Klingberg, T., Forssberg, H., & Westerberg, H. (2002, september 1). Training of working memory in children with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, ss. 781-791. doi:<https://doi.org/10.1076/jcen.24.6.781.8395>
- Knouse, L., & Safren, S. (2010, September). Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, ss. 497-509. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.001>
- Kubik, J. (2010, Mars 1). Efficacy of ADHD coaching for adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, ss. 442-453. doi:<https://doi.org/10.1177/1087054708329960>
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M., Handegård, B., & Mørch, W.-T. (2009, januar). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, ss. 42-52. doi:<https://doi.org/10.1007/s00787-008-0702-z>
- Lepping, P., & Huber, M. (2010, september 24). Role of zink in the pathogenesis of attention-deficit hyperactivity disorder: implications for research and treatment. *CNS Drug*, ss. 721-728. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2a0367e3-83c3-48f9-9300-472833a51747%40sessionmgr101>
- Lerner, M., Mikami, A., & McLeod, B. (2011, september 27). The alliance in a friendship coaching intervention for parents of children with ADHD. *Behavior Therapy*, ss. 449-461. doi:<https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.11.006>
- Lorås, L. (2016). Systemisk familierapi og Helsedirektoratets krav innen barne- og ungdomspsykiatrien i Norge. *Fokus på familien*, ss. 93-112. doi:<https://10.18261/issn.0807-7487-2016-02-02>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinsen, K., & Hagen, R. (2012). Introduksjon til kognitiv atferdsterapi. I K. Martinsen, & R. Hagen, *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (ss. 15-45). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Meisel, V., Servera, M., Garcia-Banda, G., Cardo, E., & Moreno, I. (2014, januar 1). Reprint of "Neurofeedback and standard pharmacological intervention in ADHD: A randomized controlled trial with six-month follow-up". *Biological Psychology*, ss. 116-125. doi:<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.09.009>
- Meltzer, A. S., & Steinbakk, E. (2006). Et veiledningsprogram for foreldre til barn med ADHD. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 105-112. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=241776&a=2
- Michaels, R., & Frances, A. (2013, oktober 1). Should psychiatry be expanding its boundaries? *The canadian journal of psychiatry*, ss. 566-569. doi:<http://doi.org/10.1177/070674371305801005>
- Millichap, J. G., & Yee, M. M. (2012, Januar 9). The Diet Factor in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, ss. 330-337. Hentet fra <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/2/330.full.pdf>
- Moen, T., & Karlsdottir, R. (2011). Innledning. I T. Moen, & R. Karlsdottir, *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning* (ss. 9-14). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Moffitt, T., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B., Polanczyk, G., & Poulton, R. (2010, juni). Psychological medicine. *How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment*, ss. 899-909. doi:<http://doi.org/10.1017/S0033291709991036>
- Monastra, V. J., Lynn, S., Linden, M., Lubar, J. F., Gruzelier, J., & La Vaque, T. J. (2005, Juni). Electroencephalographic Biofeedback in the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback vol. 30, No. 2*, ss. 95-114. doi:<https://doi.org/10.1007/s10484-005-4305-x>
- Montaya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011, April 26). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry*, ss. 166-175. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.10.005>
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Nigg, J. T., & Craver, L. (2015, mai 2). Commentary: ADHD and social disadvantage: an inconvenient truth? – a reflection on Russell et al. and Larsson et al. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ss. 446-447. doi:<https://doi.org/10.3109/08039488.2014.921933>
- Nordstrand, B. (2018). *Tarmens medisin, 6 smarte trinn til sunn tarm, friskere kropp og klart hode*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nørby, K. (2012). *Kost og ADHD, en nemmere hverdag trin for trin*. Holstebro: CET.
- Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006, september). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health*, ss. 142-149. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x>
- Ogrim, G., & Hestad, K. (2013, september). Effects of Neurofeedback Versus Stimulant Medication in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Pilot Study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, ss. 448-457. doi:<https://doi.org/10.1089/cap.2012.0090>
- Opplæringslova. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (LOV 1998-07-17-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1998-07-17-61>
- Pearson. (2018, juli 04). Coaching. Hentet fra https://www.pearsonassessment.no/produkter/arbeidsminne/coaching?__store=no
- Pearson. (2018, juli 04). Forskning. Hentet fra https://www.pearsonassessment.no/produkter/arbeidsminne/forskning-om-arbeidsminnet?__store=no
- Pearson. (2018, juli 04). Om arbeidsminnet. Hentet fra https://www.pearsonassessment.no/produkter/arbeidsminne/om-arbeidsminnet?__store=no
- Pearson. (2018, juli 04). *Trening*. Hentet fra https://www.pearsonassessment.no/produkter/arbeidsminne/trening?__store=no
- Popper, C. (2014, august 23). Single-Micronutrient and Broad-Spectrum Micronutrient Approaches for Treating Mood Disorders in Youth and Adults. *Psychology & Psychiatry Journal*, ss. 591-672. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.04.001>
- Prasad, V., Brogan, E., Mulvaney, C., Grainge, M., Stanton, W., & Sayal, K. (2013, april). How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behaviour and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, ss. 203-216. doi:<https://doi.org/10.1007/s00787-012-0346-x>
- Prevatt, F., & Yelland, S. (2013, Mars 18). An Empirical Evaluation of ADHD Coaching in College Students. *Journal of attention disorders*, ss. 666-677. doi:<https://doi.org/10.1177/1087054713480036>
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2013). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) 314.0X (F90.X). Pearson Clinical Assessment. Hentet fra DSM5- DiagnosticCriteria-ADHD: https://images.pearsonclinical.com/images/assets/basc-3/basc3resources/DSM5_DiagnosticCriteria_ADHD.pdf
- Richardson, A. J., & Montgomery, P. (2005, mai 2). The Oxford-Durham Study: A Randomized, Controlled Trial of Dietary Supplementation With Fatty Acids in Children With Developmental Coordination Disorder. *Pediatrics*, ss. 1360-1366. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2004-2164>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode (3.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rucklidge, J., Frampton, C., Gorman, B., & Boggis, A. (2014, april). Vitamin-mineral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults: double-blind randomised placebo-

- controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, ss. 306-315.
doi:<http://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.132126>
- Rønhovde, L. I. (2004). *Kan de ikke bare ta seg sammen. Om barn og unge med ADHD og Tourette syndrom* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Silverman, D. (2011). *Interpreting Qualitative Data. A Guide to the Principles of Qualitative Research* (4. utg.). London: Sage.
- Slama, H., Fery, P., Verheulpen, D., Vanzeveren, N., & Van Bogaert, P. (2015, juli 22). Cognitive Improvement of Attention and Inhibition in the Late Afternoon in Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Treated With Osmotic-Release Oral System Methylphenidate. *Journal of Child Neurology*, ss. 1000-1009.
doi:<https://doi.org/10.1177/0883073814550498>
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., . . . Zuddas, A. (2013, mars). Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments. *The American Journal of Psychiatry*, ss. 275-289.
doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070991>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD*. Hentet fra www.bufdir.no: <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00000137>
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Doyle, R., Surman, C., Prince, J., . . . Faraone, S. (2005, mars 1). A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, ss. 456-463.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.043>
- Stevenson, J., Buitelaar, J., Cortese, S., Ferrin, M., Konofal, E., Lecendreux, M., . . . Sonuga-Barke, E. (2014, februar 19). Research Review: The role of diet in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder – an appraisal of the evidence on efficacy and recommendations on the design of future studies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ss. 416-427. doi:<http://www.doi.org/10.1111/jcpp.12215>
- Storebø, O., Simonsen, E., Skoog, M., Damm, D., Thomsen, P., & Glud, P. (2011, Desember 7). Social skills training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008223.pub2>
- Tangen, R. (2014). Tilnæringsmåter og temaer i spesialpedagogikk- en introduksjon. I E. Befring, & R. Tangen, *Spesialpedagogikk* (5. utg., ss. 17-30). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ forskning* (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013, januar). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ss. 3-16.
doi:<http://www.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Toulmin, S. (1958). *The uses of argument*. Cambridge: Cambridge university press.
- Van Dongen-Boomsma, M., Vollebregt, M. A., Slaats-Willems, D., & Buitelaar, J. K. (2013, august). A Randomized Placebo-Controlled Trial of Electroencephalographic (EEG) Neurofeedback in

- Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, ss. 821-827. Hentet fra <https://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/2013/v74n08/v74n0813.aspx>
- Vermeulen, P. (2008). *Jeg er noe helt spesielt! Psykoedukasjon for mennesker med autisme og asperger syndrom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vidal, R., Bosch, R., Noogueira, M., Gomez-Barros, N., Valero, S., & Palomar, G. (2013, Oktober). Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs . cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, ss. 894-900. doi:<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a5c2c5>
- Webster-Stratton, C. (2000). *De utrolige årene. En foreldreveileder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Webster-Stratton, C., Reid, M., & Beauchaine, T. (2013, april). One-Year Follow-Up of Combined Parent and Child Intervention for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, ss. 251-261. doi:<http://www.doi.org/10.1080/15374416.2012.723263>
- Wolraich, M. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder. *Professional Care of Mother and Child*, ss. 35-37. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9735830>
- Young, S., Khondoker, M., Emilsson, B., Sigurdsson, J., Phillip-Wiegemann, F., & Baldursson, G. (2015, Oktober). Cognitive-behavioral therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological medicin*, ss. 2793-2804. doi:<http://www.doi.org/10.1017/S0033291715000756>
- Zeiner, P. (2004). Medikamentell behandling. I P. Zeiner, P. Arnesen, C. Bjercke, G. Bryhn, B. Drabitzius, L. Jynge, . . . G. Øgrim, *Barn og unge med ADHD* (ss. 235-249). Vollen: Tell forlag.
- Ørbeck, A. L. (2011). Eksekutive funksjoner. *Innsikt: tidsskrift om AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi*, 16. Hentet fra <http://www.innsikt.org/index.asp?id=29160>

Vedlegg 1: Argumentasjonsanalyse

Argumentasjonsanalyse av behandlingsmetoder presentert i Helsedirektoratets veiledere «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging» (2017) og «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD» (2007)

4.2.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Knouse & Safren, 2010)			Denne behandlingsmetoden er ikke omtalt i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
(Young, et al., 2015)					

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet (2017) omtaler KAT som en lovende behandlingsmetode, og hevder at KAT kan gi en betydelig gevinst hos noen voksne med ADHD. De tar allikevel forbehold om noe usikkerhet knyttet til metodens effekt. Helsedirektoratet (2017) hevder også at behandling med KAT i kombinasjon med legemiddelbehandling kan være avgjørende for å oppnå effekt, selv om funn så langt ikke underbygger dette (Helsedirektoratet, 2017).

For å belyse metodens effekt har Helsedirektoratet (2017) henvist til to forskningsstudier som omhandler bruk av KAT som behandlingsmetode for personer med ADHD.

Knouse & Safren (2010) har gjort en litteraturgjennomgang av 7 forskningsstudier som undersøkte virkningen av KAT på symptomer ved ADHD. De fant symptomreduksjon etter behandlingsprogrammet hos ungdom og voksne, men understreker at dette må understøttes av flere randomiserte kontrollerte studier i fremtiden. De understreker også at det ikke er gjort undersøkelser med tanke på langtidseffekten av denne behandlingen. Videre påpeker de at det ikke finnes studier som bekrefter at bruk av medikamenter i forbindelse med KAT gir bedre resultater, og mener dette er noe som eventuelt må forskes videre på (Knouse & Safren, 2010).

Young et al (2015) har gjennomført en kontrollert studie av voksne hvor de har sett på effekten av KAT i behandlingen av ADHD. I studien deltok 95 voksne personer med ADHD, som benyttet medikamentell behandling. De ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppa mottok vanlig ADHD-behandling og den andre gruppa gjennomførte 15 økter med KAT i form av programmet R&R2ADHD. De som fikk behandling med KAT viste en signifikant forbedring av ADHD-symptomer, både ved behandlingens slutt og etter 3 måneder (Young, et al., 2015).

4.2.2 Foreldretreningsprogrammer

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Foreldretreningsprogrammer

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Furlong, et al., 2012)					«PMT og atferdsmodifisering anvendt i klasserommet er metoder som er godt dokumentert»
(Amlund-Hagen, Ogden, & Bjornebekk, 2011)					
(Ogden & Hagen, Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake, 2006)					

(Larsson, et al., 2009)					
(Meltzer & Steinbakk, 2006)					
(Fossum, Morch, Handegard, Drugli, & Larsson, 2009)					
(Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, One-Year Follow-Up of Combined Parent and Child Intervention for Young Children with ADHD, 2013)					
(Sonuga-Barke, et al., 2013)					

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet (2017) skriver i sin veileder at til tross for at dette er en metode som har vist lovende resultater når det gjelder atferdsforstyrrelser, er det fremdeles usikkert hvor effektive disse programmene er ved samtidig ADHD. For å belyse effekten av foreldretreningsprogrammer har de referert til en mengde studier.

Furlong et al. (2012) har gjennomført en metaanalyse av 13 studier. Denne studien fant indikasjoner på at foreldretrening ga en statistisk signifikant reduksjon av barnas atferdsproblemer, forbedret foreldrenes mentale helse og hadde positiv effekt på foreldreferdigheter på kort sikt. Når det gjelder den langsiktige effekten på foreldreferdighetene, etterlyser de flere studier. Studien konkluderer med at foreldretreningsprogrammer er virksomme i å redusere atferdsvansker hos barn i alderen 3-12 år og i å forbedre foreldrenes evne til å håndtere atferdsvansker hos sine barn (Furlong, et al., 2012).

Sonuga-Barke et al. (2013) har gjort en litteraturgjennomgang av 54 studier som omhandler effekten av ikke- medisinsk behandling av personer med ADHD, deriblant foreldreveiledningsprogrammer. Deres studie viser til stor variasjon i effekt av behandlingen, og at gjennomsnittet for mange studier viser relativt begrenset effekt. Det viser seg også at effekten blir betydelig mindre hvis man kun inkluderer studier der forskerne som vurderte effekten var ukjent med hvem som hadde fått slik behandling (Helsesdirektoratet, 2017).

Amlund-Hagen et al. (2011) gjennomførte en randomisert kontrollert studie av 112 norske barn i alderen 4-12 år med klinisk nivå av atferdsproblematikk. De fulgte barna og deres foreldre gjennom foreldreveiledningsprogrammet, med oppfølging i 1 år. Studien fant forbedring hos flere barn når det gjaldt disiplin og familiesamhold ved postevaluering, og endringene ser dermed ut til å vare over tid (Amlund-Hagen, et al., 2011)

Helsesdirektoratet (2017) refererer også til studier som undersøker spesifikke behandlingsprogrammer. Det vises til studier av Multisystemic Treatment (MST), De Utrolige Årene (DuÅ) og Russel Barkleys program for foreldreveiledning.

Ogden & Hagen (2006) undersøkte effekten av Multisystemic Treatment (MST). De ønsket å se om dette programmet hadde noen effekt når det gjaldt å hindre omplassering av ungdom, og om det ga reduksjon av atferdsproblemer. 75 ungdommer ble delt inn i to grupper, hvor en gruppe fikk behandling med MST og den andre gruppen fikk behandling i form av Regular Child Welfare Service (RS). Studien konkluderer med at MST var mer effektiv enn RS på begge punkter (Ogden & Hagen, Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake, 2006).

Larsson et al. (2009) ønsket å undersøke effekten av De Utrolige Årene foreldretreningsprogram og Child Therapy program. De gjennomførte en randomisert kontrollert studie av 127 norske barn i alderen 4-8 år, som hadde diagnosen ODD (Oppositional defiant disorder) eller CD (Conduct disorder). Studien konkluderer med at behandlingen hadde positiv effekt, og ga reduksjon av atferdsvansker. Så mange som 2/3 av barna som fikk behandling fungerte nærmest som normalt etter behandling, og innfridde ikke lenger diagnosen ODD ved ettårsoppfølgingen (Larsson, et al., 2009).

Fossum et al. (2009) har undersøkt effekten av DuÅ på barn med ADHD, og har gjennom tilbakemeldinger fra foreldre og lærere konkludert med at effekten av DuÅ er mindre hos barn med ADHD enn hos barn med atferdsvansker (Fossum, et al., 2009). Fordi det har vist seg at barn med ADHD ikke har hatt like god effekt av DuÅ som barn med atferdsvansker,

har Webster-Stratton og hennes medarbeidere utviklet et bedre tilpasset program for barn med ADHD og deres foreldre. De har gjennom sin studie vist at det nye programmet har signifikant og varig effekt på både ADHD og atferdsvansker på kort og lang sikt (Webster-Stratton, et al., 2013).

Meltzer et al. (2006) ønsket å undersøke effekten av Russel Barkleys program for foreldreveiledning. De gjennomførte studien ved en norsk poliklinikk, hvor de ga behandlingen til 24 barn med ADHD og deres foreldre. Studien viser til klare positive resultater, blant annet i form av færre problemsituasjoner og konfliktsituasjoner, mindre grad av hissighet i konflikter, reduksjon av ADHD-symptomer og mindre antisosial atferd. På slutten av kurset var det flere av barna som ikke lenger fylte kriteriene for ADHD-diagnose (Meltzer & Steinbakk, 2006).

4.2.3 Computerbaserte treningsprogrammer

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Computerbaserte treningsprogrammer

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Klingberg, et al., 2005)			(Klingberg, et al., 2005)		
(Egeland, Aarlien, & Saunes, 2013)					
(Sonuga-Barke, et al., 2013)					
(Gropper, Gotlieb, Kronitz, & Tannock, 2014)					

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Ifølge Helsedirektoratet (2017) viser studier en liten positiv effekt på symptomer på ADHD ved bruk av computerbaserte treningsprogrammer. De mener derfor det

er for tidlig å konkludere med at denne behandlingen bør anbefales for barn og unge med ADHD. De påpeker også at det fremdeles er manglende kunnskap når det gjelder bruk av denne behandlingsmetoden hos voksne.

Når det gjelder forskning på området viser Helsedirektoratet til fire studier, av både nyere og eldre årgang.

Klingberg et al (2005) undersøkte effekten av computerbaserte treningsprogrammer på 53 barn i alderen 7-12 år, som ikke gikk på medisin. Barna ble delt i to grupper, hvor den ene gruppen fikk behandling, og den andre gruppen ble brukt som sammenligningsgruppe. Studien viste signifikant forbedring av arbeidsminnet og reduksjon av symptomer på ADHD hos de barna som fikk behandling med computerbaserte treningsprogrammer (Klingberg, et al., 2005).

Egeland et al (2013) gjorde en studie av 67 barn med ADHD. Barna ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppen fikk behandling med Cogmeds RoboMemo program, og den andre var kontrollgruppe. De barna som fikk behandling fikk noe raskere psykomotorisk tempo, og ble noe bedre på lesing og matematikk. Forskerne fant ikke noen signifikant forskjell på symptomer på ADHD mellom de barna som fikk behandlingen og de som ikke fikk det. Studien viser til noe blandede resultater, og forskerne peker på behovet for mer forskning når det gjelder å forbedre treningsprogrammet for en mer vellykket trening (Egeland, et al., 2013).

Gropper et al (2014) har gjennomført en randomisert kontrollert studie av effekten av computerbaserte treningsprogrammer på 62 studenter med ADHD eller lærevansker. Studentene deltok på et 5-ukers intensivt treningsprogram, med evaluering før oppstart, tre uker etter behandling og to måneder etter behandling. Studien viser til lovende resultater, hvor de som mottok behandling rapporterte om færre ADHD-symptomer og kognitive vansker. Behandlingen hadde positiv effekt både på kort og lang sikt (Gropper, et al., 2014).

Sonuga-Barke et al (2013) har gjort en metaanalyse av studier hvor man vurderer effekten av behandlingsmetoder på ADHD. De konkluderer med en liten positiv effekt på symptomer av ADHD når det gjelder bruk av computerbaserte treningsprogram. Dette gjaldt noe forbedret testresultater og funksjon. De mener allikevel det er for tidlig å konkludere med at denne behandlingsmetoden bør anbefales hos barn og ungdom med ADHD (Sonuga-Barke, et al., 2013).

4.2.4 Neurofeedback- terapi (NFT)

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Neurofeedback-terapi (NFT)

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Arns, Heinrich, & Strehl, 2014)			Behandlingsmetoden er ikke omtalt i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
(Van Dongen-Boomsma, Vollebregt, Slaats-Willemsse, & Buitelaar, 2013)					
(Meisel, Servera, Garcia-Banda, Cardo, & Moreno, 2014)					
(Gevensleben, et al., 2009)					
(Duric, Assmus, Gundersen, & Elgen, 2012)					
(Ogrim & Hestad, 2013)					
(Sonuga-Barke, et al., 2013)					

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet (2017) viser til at studier så langt har ikke gitt noe entydig resultat som gjør at man kan konkludere med at behandlingen har effekt på barn og ungdom med ADHD. Når det gjelder neurofeedback til voksne med ADHD, så mangler det kontrollerte studier på området. Det er derfor behov for mer forskning.

De studier Helsedirektoratet (2017) refererer til viser store variasjoner i resultat.

Van Dongen-Boomsma et al (2013) fant i sin studie ingen effekt av NFT-behandling hos barn og unge med ADHD. De gjennomførte en studie av 41 barn i alderen 8-15 år som ble delt i to grupper. Den ene gruppen mottok NFT-behandling, og den andre gruppen fikk placebo-

behandling. Begge grupper hadde forbedring i ADHD symptomer, man fant ingen signifikant forbedring i gruppen som fikk NFT-behandling i forhold til de som fikk placebo-behandling (Van Dongen-Boomsma, et al., 2013).

Ogrim & Hestad (2013) fant heller ingen effekt av NFT-behandling i sin studie. Studien inkluderte 32 barn i alderen 7-16 år. Barna ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppen mottok NFT- behandling, og den andre gruppen mottok medikamentell behandling. Forskerne fant liten forbedring ved bruk av NFT sammenlignet med medikamentell behandling. Studien finner med andre ord støtte for bruk av medikamentell behandling, men ikke for bruk av NFT-behandling (Ogrim & Hestad, 2013).

Sonuga-Barke et al (2013) konkluderer også i sin metaanalyse med at funn i gjennomførte studier fremdeles er for varierende, og studiene har store metodiske problemer. Det er derfor usikkert om NFT kan anbefales som behandling ved ADHD, og forskerne mener det er behov for flere studier (Sonuga-Barke, et al., 2013). Meisel et al (2013) konkluderer også med at studier så langt ikke viser til at NFT er en effektiv behandling for personer med ADHD. Gjennom sin randomiserte kontrollerte studie av 23 barn i alderen 7-14 år fant de ingen forbedring i ADHD-symptomer hos barna som mottok NFT-behandling (Meisel, et al., 2013).

Det finnes også studier som mener å ha funnet positiv effekt for bruk av NFT-behandling hos barn. Arns et al (2014) har gjort en metaanalyse av fire placebo-kontrollerte studier, og er kommet frem til at NFT-behandling gir signifikant reduksjon av ADHD-symptomer hos barn og ungdom, både på kort og lang sikt (Arns, et al., 2014).

Gevensleben et al (2009) fant også positive resultater gjennom sin randomiserte, kontrollerte studie av 102 barn i alderen 8-12 år. De fant i sin studie en signifikant forbedring i ADHD-symptomer hos de som mottok NFT-behandling i forhold til kontrollgruppen (Gevensleben, et al., 2009).

Duric et al (2012) har også gjennomført en lignende randomisert, kontrollert studie. De fordelte de 91 personene som deltok i studien inn i tre grupper, hvor den ene gruppen fikk NFT-behandling, den andre fikk behandling med metylfenidat og den tredje gruppen fikk en kombinasjon av begge behandlingene. Alle gruppene rapporterte om signifikant effekt av behandlingen, men det var ingen forskjell mellom gruppene. Studien viste samme effekt ved bruk av NFT som ved behandling med metylfenidat (Duric, et al., 2012).

4.2.5 Ernæring

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Ernæring

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Heilskov Rytter, et al., 2015)			(Wolraich, 1998)		
(Nigg & Craver, 2015)			(Richardson & Montgomery, 2005)		
(Kamal, Bener, & Ehlayel, 2014)					
(Gesh, Hammond, Hampson, Eves, & Crowder, 2002)					
(Popper, 2014)					
(Rucklidge, Frampton, Gorman, & Boggis, 2014)					
(Stevenson, et al., 2014)					

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet (2017) konkluderer med at det ikke er grunnlag for å anbefale dietter uten sukker. Det samme gjelder i forhold til å gi megadoser av vitaminer og tilskudd av mineraler. Når det gjelder tilskudd av flerumettede fettsyrer er det vist til en viss symptomreduksjon, men Helsedirektoratet (2017) påpeker at det fremdeles er usikkert hvilken klinisk signifikans disse symptomreduksjonene gir.

Helsedirektoratet (2017) har vist til flere forskningsstudier, men finner ikke grunnlag i disse for å anbefale ernæringsmessige tiltak.

Heilskov-Rytter et al (2014) har gjennomført en litteraturstudie som inkluderte 52 forskningsstudier. De fant store svakheter når det gjelder studier av kostholdseffekter hos personer med ADHD. De fant at det er gjort kun et fåtall studier, studiene omfattet få deltakere og studiene hadde metodiske feil. Når det gjelder resultater kom de blant annet frem til at tilskudd av mineraler viste til noe bedring, men svakhet i studien gjør at man allikevel ikke anbefaler dette. Tilskudd av vitaminer ga også litt effekt når man ga megadoser, men fordi 50 % av deltakerne fikk toksiske effekter på lever er ikke dette å anbefale. Å eliminere fargestoffer fra kosten ga også noe effekt, men denne effekten er ikke spesifikk for barn med ADHD, og er derfor usikker som behandling. Eliminering av sukker ga ingen effekt, og er derfor ikke å anbefale. Tilskudd av fettsyrer ga noe effekt, men studiene er ufullstendige med tanke på effekten på ADHD-symptomer (Heilskov Rytter, et al., 2015).

Kamal et al (2014) ønsket å finne ut om D-vitaminmangel var mer vanlig hos personer med ADHD enn hos andre. De gjennomførte en kontrollert kasusstudie av 1331 barn og voksne, hvor en av gruppene besto av personer med ADHD og kontrollgruppen besto av personer uten ADHD. Forskerne konkluderer med at D-vitamin mangelen var høyere hos personer med ADHD sammenlignet med kontrollgruppen (Kamal, et al., 2014).

Gesch et al (2002) ønsket å undersøke om tilskudd av vitaminer, mineraler og essensielle fettsyrer hadde effekt på personer med ADHD. De gjennomførte en randomisert, kontrollert placebo-studie med 231 unge voksne i fengsel. De fant at behandlingen hadde positiv effekt på antisosial atferd og vold i fengselet (Gesch, et al., 2002).

Popper (2014) konkluderer med at tilskudd av vitaminer og mineraler viser til gode resultater når det kommer til ADHD-symptomer hos ungdom og voksne, samt ved avvikende atferd, aggressivitet og humørsvingninger hos denne gruppen (Popper, 2014).

Nigg & Craver (2015) gjennomførte en litteraturstudie som inkluderte 52 studier. De ønsket å se på effekten av å tilføre eller fjerne stoffer i kosten som behandling av ADHD. De fant at det generelt var utført få studier på området, og de studier som var utført omhandlet kun et fåtall personer. Studiene inneholdt også en del metodiske feil. De fant ingen signifikant effekt i noen av studiene som tilsa at man kan anbefale diett som behandling hos personer med ADHD. De fant kun en liten effekt når det gjaldt eliminering av kunstige matfargestoffer, men denne effekten gjelder ikke spesifikt for barn med ADHD. Fiskeoljetilskudd ga også en liten effekt (Nigg & Craver, 2015).

Rucklidge et al (2014) gjorde en randomisert, kontrollert placebo-studie av 80 voksne personer med ADHD. De ønsket å finne ut om tilskudd av mikronæringsstoffer (mineraler og vitaminer) var en effektiv behandling for personer med ADHD. De fant at denne behandlingen ga noe bedring når det gjaldt ADHD-symptomer og humør (Rucklidge, et al., 2014).

Stevensson et al (2014) gjennomførte en metaanalyse for å finne om ernæringsmessige tiltak hadde effekt på ADHD-symptomer. Gjennom et utvalg av 11 randomiserte kontrollerte studier, fant de at tilskudd av fettsyrer ga liten positiv effekt og at kunstig matfargeeliminering og kosttilskudd kunne ha noe effekt. Men til tross for noen positive resultat konkluderer de allikevel med at resultatene er for ujevne, og mener flere studier er nødvendig for å eventuelt kunne anbefale dette i behandlingen av personer med ADHD (Stevenson, et al., 2014).

Sosial- og helsedirektoratet (2007) referer til to forskningsstudier i sin veileder. Wolraich (1998) ønsket å undersøke om diett hadde effekt på ADHD-symptomer, men fant ingen påvist effekt. Flere studier er nødvendig. Richardson et al (2005) ville se om tilskudd av fettsyrer hadde effekt på behandlingen av ADHD-symptomer. De fant at behandlingen ga noe effekt når det gjaldt faglige ferdigheter og atferd (Richardson & Montgomery, 2005).

4.2.6 Legemiddelbehandling

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Legemiddelbehandling

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Slama, Fery, Verheulpen, Vanzeveren, & Van Bogaert, 2015)			(Jensen, et al., 2001)		
(Prasad, et al., 2013)			(Greenhill, et al., 2002)		
			(Spencer, et al., 2005)		
			(Buitelaar, et al., 2004)		

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet har gradert denne behandlingsmetoden til A, det vil si at den er meget godt dokumentert og vurdert som effektiv av klinisk ekspertise på feltet, samt i forhold til etiske, politiske og økonomiske forhold. Når det gjelder belegg for å anbefale denne behandlingsmetoden, viser både Sosial- og helsedirektoratet (2007) og Helsedirektoratet (2017) til studier med lovende resultater.

Helsedirektoratet (2017) refererer blant annet til Slama et al (2015) som gjennomførte en dobbeltblind, randomisert, placebokontrollert studie av 36 gutter i alderen 7-12 år med ADHD og 40 normalfungerende barn. Forskerne fant at behandling med metafenidat- eller amfetaminholdige legemidler ga signifikant reduksjon av ADHD- symptomer (Slama, et al., 2015).

Prasad et al (2013) gjennomførte en systematisk litteraturstudie, hvor 43 studier med tilsammen 2.110 deltakere i alderen 5- 12 år ble inkludert. De fant også at medikamentell behandling ga signifikant reduksjon av symptomer (Prasad, et al., 2013).

Sosial- og helsedirektoratet (2007) har også vist til forskningsstudier som viser positiv effekt av medikamentell behandling. Dette er eldre studier, som Helsedirektoratet ikke har valgt å vise til i sin nyeste veileder. Jeg velger allikevel å si kort hva studiene kom frem til.

Jensen et al (2001) ville se på hvilken behandling som hadde best effekt av medisinsk behandling og atferdsbehandling. De to behandlingsmetodene ble prøvd ut kombinert og hver for seg, og deltakerne ble testet i forhold til effekten på ADHD- symptomer, opposisjonell/aggressiv atferd, sosiale ferdigheter, angst/depresjon, foreldre-barn-relasjon og akademisk prestasjon. Studien konkluderte med at legemiddelbehandling var den mest effektive behandlingen ved ADHD (Jensen, et al., 2001).

Greenhill et al (2002) konkluderte i sin litteraturstudie med at 65-75 % av barn og ungdom med ADHD viste tydelig forbedring av symptomer på ADHD ved bruk av sentralstimulerende legemidler (Greenhill, et al., 2002).

Buitelaar et al (2004) ønsket å finne frem til om atomoksetin hadde effekt som behandling av ADHD. 604 barn og ungdom deltok i studien, og cirka 57-69 % av de som ble behandlet med atomoksetin hadde god effekt av behandlingen (Buitelaar, et al., 2004).

Spencer et al (2005) undersøkte effekten av metylfenidat hos voksne med ADHD. Tidligere forskning har vist at effekten av metylfenidat har vært noe lavere hos førskolebarn og voksne. Spencer et al (2005) hevder at årsaken til dette når det gjelder voksne, er at dosen av metylfenidat har vært for lav. Han fant i sin studie at ved større doser ga metylfenidat også effekt hos voksne (Spencer, et al., 2005).

4.2.7 Sosial ferdighetstrening

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Sosial ferdighetstrening

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Storebø, et al., 2011)			Denne behandlingsmetoden er ikke omtalt i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet (2017) konkluderer med at det er uavklart hvem som eventuelt kan ha nytte av programmer for sosial ferdighetstrening. De viser til en metaanalyse gjennomført av Storebø et al (2011), for å belyse effekten av sosial ferdighetstrening. I denne studien ble 11 randomiserte studier, som omfattet barn i aldersgruppen fire til tolv år, gjennomgått. Studien fant ingen signifikant effekt hverken når det gjaldt sosiale ferdigheter, lærerens oppfattelse av den generelle atferden hos barna, eller når det gjaldt reduksjon av ADHD-symptomer. Forskerne konkluderer med at sosial ferdighetstrening ut ifra denne studien hverken kan anbefales eller utelukkes som behandlingsmetode. Det trengs flere studier på området, hvor man inkluderer tilstrekkelig antall deltakere og sammenligner effekten av metoden med de som ikke mottar behandling (Storebø, et al., 2011).

4.2.8 Psykoedukasjon

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Psykoedukasjon

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Montaya, Colom, & Ferrin, 2011)		Lov om helsepersonell (1999)			Lov om pasientrettigheter (1999) § 3-2 og § 3-4.
(Bai, Wang, Yang, & Niu, 2015)		Lov om pasient og brukerrettigheter (1999)			
(Vidal, et al., 2013)		«God dokumentasjon og vurderinger av klinisk ekspertise på feltet, samt etiske, politiske og økonomiske forhold»			
(Ferrin, et al., 2016)					

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet har gradert denne behandlingsmetoden til A, det vil si at den er meget godt dokumentert og vurdert som effektiv av klinisk ekspertise på feltet, samt i forhold til etiske, politiske og økonomiske forhold. Når det gjelder Helsedirektoratets belegg for å anbefale psykoedukasjon som behandlingsmetode for personer med ADHD, har det skjedd mye siden de ga ut den reviderte versjonen av «Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD» i 2007. I veilederen fra 2007 var to paragrafer fra Lov om pasientrettigheter (1999) eneste referanse i forbindelse med psykoedukasjon. Disse paragrafene henviser til pasientens rett til informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen som gis (Helse-og omsorgsdepartementet, 1999).

I 2017 er det kommet vesentlig mer forskning på området, og Helsedirektoratet (2017) henviser til flere forskningsrapporter, som alle viser til positiv effekt når det gjelder bruk av psykoedukasjon i behandlingen av personer med ADHD. Blant annet viser de til Montaya et

al (2011) som har gjennomført en kvalitativ systematisk gjennomgang av 7 forskningsstudier, hvor de fant positive resultater som følge av psykoedukasjon. Psykoedukasjon viste seg å ha positiv effekt på pasientens atferd, på foreldrenes og barnas trivsel, på barnas kunnskap om ADHD, og barna fikk et mer positivt syn på bruk av medisin. Funnene var endog ikke entydige, og rapporten konkluderer med at det er noe begrenset bevis for effekten av psykoedukasjon. Men grunnet flere positive funn blir bruk av psykoedukasjon støttet av forskningsrapporten (Montaya, et al., 2011).

Bai et al (2015) og Ferrin et al (2016) har begge gjennomført en randomisert kontrollert studie av henholdsvis 89 og 69 barn og unge med ADHD. Intervensjonsgruppa fikk delta på et strukturert psykoedukasjonsprogram, og kontrollgruppa fikk vanlig klinisk ADHD-oppfølgning. Begge studiene fant at psykoedukasjon hadde positiv effekt på kliniske symptomer ved ADHD, og psykoedukasjon betraktes i disse studiene som et potensielt gunstig supplement til klinisk praksis (Bai, et al., 2015; Ferrin, et al., 2016).

Vidal R. et al (2013) viser også til positive funn. Gjennom sin randomiserte kontrollerte studie av 32 voksne med ADHD, hvor den ene gruppa fikk psykoedukasjon og den andre kognitiv atferdsterapi, fant de at begge behandlingene viste positiv effekt når det gjaldt oppmerksomhet, hyperaktivitet, impulsivitet, selvfølelse, angst og depresjon (Vidal, et al., 2013).

4.2.9 Veiledning/coaching

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Veiledning/coaching

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
(Kubik, 2010)			Behandlingsmetoden er ikke omtalt i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
(Prevatt & Yelland, 2013)					
(Lerner, Mikami, & McLeod, 2011)					

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet påpeker at man mangler vitenskapelige kontrollerte studier når det gjelder virkningen av coaching ved ADHD. De viser til tre ulike studier som belyser effekten coaching kan ha hos personer med ADHD.

Kubik (2010) har gjort en studie av 45 voksne personer med ADHD som skulle rangere 22 vanskelighetsområder før og etter coachingen. Resultatet av forskningen viste signifikant effekt av coaching som behandlingsmetode for voksne med ADHD, enten de brukte medisin eller ikke. Studien viste positiv effekt på livene til de som mottok coaching, både på kort og lang sikt (Kubik, 2010).

Prevatt & Yelland (2013) gjennomførte en studie hvor de undersøkte effekten av et 8 ukers coachingprogram for et utvalg studenter. 148 studenter ble valgt ut til å delta i studien som varte over en femårsperiode. Programmet inneholdt komponenter fra blant annet kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon. Studien viste betydelig forbedring i studie- og læringsstrategier, på selvtillit, på symptomstress og tilfredshet med skole og arbeid (Prevatt & Yelland, 2013).

Lerner et al (2011) undersøkte effekten av at foreldre ble coachet til å bistå sine barn med ADHD til å få bedre emosjonell og atferdsmessig fungering, til å forbedre sine sosiale ferdigheter og til å skaffe seg flere venner. Studien viser til noe positiv effekt, men tar forbehold på flere områder, blant annet med tanke på antall deltagere og at studien omfattet kun mødre. Forskerne viser til behovet for flere studier for å kunne avgjøre effekten av barns utbytte av at foreldre får coaching (Lerner, et al., 2011).

4.2.10 Spesialpedagogiske tiltak

Omtalt behandlingsmetode i Helsedirektoratet (2017): Spesialpedagogiske tiltak

Belegg i Helsedirektoratet (2017)			Belegg i Sosial- og helsedirektoratet (2007)		
Forskning	Faglitteratur	Annet	Forskning	Faglitteratur	Annet
		(Opplæringslova, 1998)	Behandlingsmetoden er omtalt i Sosial- og helsedirektoratet (2007), men det er ikke henvist til lover, forskrifter, forskning eller annet som gir belegg for omtalen/anbefalingen.		
		(Folketrygdeloven, 1997)			

Hjemmel: Nasjonale føringer er pålitelige dokumenter av ytterste kvalitet.

Sammenfatning: Helsedirektoratet (2017) skriver i sin veileder at tilrettelegging og spesialpedagogiske tiltak i barnehage og skole er en av de vanligste og viktigste hjelpetilbudene til barn og ungdom med ADHD, men viser ikke til noe forskning som støtter dette.

Som belegg for denne påstanden er det ikke referert til noen forskningsstudier som bekrefter dette. De eneste henvisninger tilknyttet denne behandlingsmetoden er ulike lovverk.

Det refereres til Opplæringslova §5-1 som sier at de som ikke har tilstrekkelig utbytte av ordinært opplæringstilbud har rett til spesialundervisning. Det vises også til Opplæringslova § 5-5 som sier at de som har spesialundervisning har rett til individuell opplæringsplan (IOP) (Helsedirektoratet, 2017).

Videre henvises det til Opplæringslova §9-3 og §3-19, som sier at det er skolens plikt å gi elever tilgang til nødvendig digitalt utstyr, slik at de kan nå kompetansemålene i læreplanene knyttet til digitale ferdigheter. Bruk av PC og mobiltelefon kan oppleves som nyttig for personer med ADHD, i form av støtte og struktur i skolearbeidet. Men elevene har ingen individuell rett på PC. PC og mobiltelefoner til individuelle behov kan eventuelt komme inn under Folketrygdeloven §10-5 og §10-6, hvor man finner vilkår for hjelpemidler og tilrettelegging (Helsedirektoratet, 2017).

Når det gjelder de spesialpedagogiske tiltak som iverksettes i skole og barnehage, skal disse være knyttet til de vansker barnet/eleven har, og er ikke spesifikt knyttet til diagnosen ADHD, men heller til de funksjonsvansker barnet har. Det er skolen/ barnehagen, eventuelt i samarbeid med PPT, som har ansvaret for utarbeidelse av IOP og oppfølgingen av barnet (Helsedirektoratet, 2017).

