

VÅRDPROGRAM FÖR BARN OCH UNGDOMAR MED AD/HD OCH/ELLER DAMP

Huvudförfattare

Per Gustafsson

docent i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut

Huvudredaktör

Marianne Helgesson

leg psykolog, leg psykoterapeut

Barn- och ungdomspsykiatri
Östergötland

FÖRORD	4
INLEDNING	5
BARN MED PSYKISKA PROBLEM I ETT SAMMANHANG	5
SVÅRIGHETER VID DIAGNOSTISERING AV PSYKISK OHÄLSA HOS BARN	6
ALLMÄN BESKRIVNING OCH HISTORIK	6
TEORIER OM ORSAKER	8
HEREDITET	9
MILJÖFAKTORER.....	9
PROGNOS	10
DIAGNOSER	11
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT DSM-IV.....	11
<i>Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (AD/HD)</i>	11
<i>Störd utveckling av koordinationsförmågan (DCD)</i>	12
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT ICD-10	12
<i>Hyperaktivitetsstörningar</i>	12
DAMP	13
TERMINOLOGI OCH PREVALENS.....	14
DIFFERENTIALDIAGNOS OCH KOMORBIDITET.....	14
TILLSTÅNDETS INNEBÖRD FÖR PATIENT OCH ANHÖRIGA	15
UTREDNING	16
MODELL FÖR HUR DIAGNOSTIK OCH ÅTGÄRDER BÖR FUNGERA PÅ TRE OLIKA NIVÅER	16
<i>Lokal nivå</i>	16
<i>Mellannivå</i>	18
<i>Länsnivå</i>	18
ALLMÄNNA REKOMMENDATIONER.....	18
UTREDNING PÅ LOKAL NIVÅ.....	19
<i>Förskoleålder</i>	19
<i>Skolålder</i>	19
UTREDNING PÅ MELLANNIVÅ	21
<i>Innehåll i utredning på mellannivå</i>	21
UTREDNING PÅ LÄNSNIVÅ.....	22
<i>Innehåll i utredning på länsnivå</i>	22
”LIVET EFTER DIAGNOSEN” - STÖD TILL BARN MED AD/HD DAMP OCH DERAS FAMILJER	22
INSATSER RIKTADE TILL BARNET/UNGDOMEN	24
<i>Information</i>	24
<i>Kognitiv beteendeterapi</i>	24
<i>Cognitive problem-solving skills training (PSST)</i>	25
<i>Aggression Replacement Training (ART)</i>	25
<i>Gruppsamtal</i>	26
<i>Funktionsinriktad musikerapi</i>	26
<i>Kontaktperson, riktade fritidsaktiviteter</i>	26
INSATSER RIKTADE TILL FAMILJEN	27
<i>Information</i>	27
<i>Stödkontakt</i>	28
<i>Parent Management Training (PMT)</i>	28
<i>Marte Meo</i>	29
<i>Vårdbidrag</i>	29

INSATSER RIKTADE TILL SKOLA/BARNOMSORG	29
<i>Information</i>	29
<i>Handledning</i>	30
INSATSER INOM SKOLA/BARNOMSORG	30
<i>Åtgärdsprogram</i>	30
<i>DAMP-ansvarig</i>	31
<i>Specialundervisning, specialgymnastik</i>	31
<i>Inlärningssteoretiska modeller</i>	31
<i>Elevassistent</i>	31
<i>DAMP-grupp</i>	32
FARMAKOLOGISK BEHANDLING.....	32
KOLLEGOR ATT RÅDFRÅGA/DISKUTERA MED.....	33
INFORMATION TILL PATIENT OCH ANHÖRIGA	34
PATIENT- OCH ANHÖRIGFÖRENINGAR	34
FORSKNINGSPROJEKT	34
LITTERATURFÖRTECKNING	36
VÅRDPROGRAMMETS PROCESS	40
MEDARBETARE I VÅRDPROGRAMMET	40
ARBETSGÅNG.....	40
LITTERATURSÖKNING.....	40
REVIDERING.....	40
KONTAKTPERSON	41
BILAGA 1.....	42
DIAGNOSTISK BEDÖMNING.....	42
<i>Anamnes</i>	42
<i>Medicinsk utredning</i>	45
<i>Psykologisk utredning</i>	46
<i>Pedagogisk utredning</i>	48
BILAGA 2.....	49
NEUROMOTORISK UNDERSÖKNING.....	49
<i>Kompletterande medicinsk utredning</i>	50
NEUROMOTORISK UNDERSÖKNING, STATUSMALL.....	51
BILAGA 3.....	52
FARMAKOLOGISKA PREPARAT OCH DOSERING	52
<i>Licens</i>	52
BILAGA 4.....	55
FÖREKOMST AV NEUROPSYKIATRISK PROBLEMATIK BLAND BARN/UNGDOMAR I ÖSTERGÖTLAND	55
<i>Antal barn/ungdomar med <u>svår</u> neuropsykiatrisk problematik</i>	56

Förord

Inom Östergötlands läns landsting pågår sedan mitten av 1990-talet ett medicinskt programarbete, vars övergripande syfte är att:

- skapa en mer likvärdig vård för östgötarna
- östgötarnas behov av hälso- och sjukvård skall styra tilldelningen av resurser och vara vägledande vid prioriteringar
- stärka medborgarnas/patienternas ställning och medverkan i vården
- vara en plattform för ökat engagemang hos förtroendevalda
- utveckla dialogen mellan politiker och medicinskt ansvariga
- öka samverkan mellan olika vårdgivare och skapa gemensamma riktlinjer för vård och behandling samt för hur man skall mäta resultat.

Det medicinska programmet för psykisk ohälsa sammanställdes 1996/1997. Under arbetets gång överenskom länets barnpsykiatriska cheföverläkare att tillvarata den kunskap som samlats inom programmets ram och vidareförädla den i form av en serie länsövergripande vårdprogram rörande de centrala och diagnostiserbara tillstånd som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Vårdprogrammen skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och där sådan kunskap saknas, skall vårdprogrammen peka ut de obesvarade frågor som finns samt i möjligaste mån även strategier för hur dessa frågor skall kunna besvaras. För att underlätta användandet av de enskilda vårdprogrammen har en gemensam modell tagits fram så att man skall ”känna igen” sig i programmet och hitta önskad information under välbekanta rubriker. Ambitionen har varit att vårdprogrammet i färdigt skick skall vara förankrat i verksamheten. Arbetet har återkommande rapporterats och diskuterats på seminarier så att framväxt av innehåll, behandlingsstrategier, utbildningsbehov, forskning etc. har kunnat värderas, kritiseras och bekräftas av medarbetarna inom verksamheten.

Föreliggande vårdprogram för barn och ungdomar med AD/HD och DAMP har i vederbörlig ordning granskats av verksamheten och skall fortsättningsvis vara vägledande för den behandling som dessa barn och ungdomar samt deras familjer har rätt att förvänta sig av barn- och ungdomspsykiatrin i Östergötland. Det är skrivet med ambitionen att omfatta både den primära nivån inom skola, förskola, barnhälsovård och mer specialiserade nivåer inom hälso- och sjukvården. Förhoppningen är att det skall kunna ligga till grund för en sammanhängande utrednings- och behandlingspolicy inom Östergötland och fungera som ett policydokument.

Östergötland i oktober 2001

Cheföverläkare	Enhetschef	Verksamhetschef	Överläkare
Gunilla Jarkman Björn	Rita Berggren	Eva Wasteson	Ulla Lindskog
Universitetssjukhuset	Vrinnevisjukhuset	Lasarettet	Ekhaga Resursenhet
Linköping	Norrköping	Motala	Landstingets habilitering

Inledning

Barn med uppmärksamhets-, koncentrations- och hyperaktivitetsproblem är en angelägenhet för alla instanser inom samhällets barnavård. Därför är detta vårdprogram skrivet med inriktning på både barnhälsovård, skolhälsovård, barnhabilitering, barnpsykiatri och specialiserad neuropsykiatri. Texten är skriven i samarbete mellan huvudförfattaren och referensgruppen. Många värdefulla synpunkter har också lämnats av andra som i Östergötland är verksamma inom området. I den löpande texten beskrivs teorier, utredningsgång och behandlingsmöjligheter. I ett avslutande avsnitt finns ett antal bilagor där olika utredningsmetoder beskrivs närmare. Förhoppningen är att vårdprogrammet skall kunna vara användbart på alla dessa nivåer och underlätta samarbete till gagn för de barn det gäller, liksom för deras föräldrar och syskon.

Barn med psykiska problem i ett sammanhang

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

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

Vad ovan sagts innebär rent konkret att diagnostik av psykiska problem hos barn måste bedrivas på åtminstone följande tre nivåer: (1) barnet som individ, (2) det familjesystem barnet lever i samt (3) samspelet med den sociala närmiljön/nätverket. Det är väsentligt, att man vid diagnostisering tar hänsyn till de faktorer som diskuterats ovan. Likaså måste man vid behandling beakta behovet av insatser på de olika nivåerna.

Svårigheter vid diagnostisering av psykisk ohälsa hos barn

Vid epidemiologiska studier av barns psykiska hälsa har man genomgående funnit att tydligt avgränsade syndrombilder, som de beskrivs t.ex. i DSM-systemet¹, är ovanliga. Inte sällan växlar symtombilden och är oklar både för barnet/ungdomen och för omgivningen. En förklaring till avsaknaden av tydliga syndrombilder kan vara att yngre barn har svårt att beskriva sina inre upplevelser och att informationen i regel måste komma från föräldrar och lärare. En annan förklaring är att barn, som befinner sig i ständig utveckling och inte är färdigformade som personer, har en helt annan kapacitet att förändras än vad vuxna har. Barn utvecklas utifrån individuella förutsättningar i samspel med livsmiljön, vilket gör att man kan ha gott hopp om en gynnsam prognos för såvitt livsomständigheterna kan förändras till det bättre. Å andra sidan finns också en risk för felutveckling, dvs. att barnet utvecklar strategier anpassade för en problematisk livssituation och senare kan få svårt att släppa de strategierna, även om de inte längre är användbara.^{2,3}

Allmän beskrivning och historik

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

En stor del av de barn som kommer till barnpsykiatrien uppvisar ett stort utagerande beteende. De har koncentrationssvårigheter och bristande kontroll av t.ex. aggressiva impulser, bristande följsamhet mot sociala normer och regler. En del av dessa barn utgör barn med funktionsstörningar i de delar av hjärnan som styr uppmärksamhet, planering, impulskontroll mm, dvs. tillhör barn med AD/HD och DAMP eller andra neuropsykiatriska funktionshinder (t.ex. autismspektrumstörningar eller Tourettes syndrom). Beteendet kan dock också ha sitt ursprung i svårigheter i den tidiga anknytningen som bristande omvårdnad och/eller traumatiska upplevelser samt i bristande gränssättning och inkonsekvent uppföstran. Det kan också vara en reaktion på samspel i familjen här och nu. Barn med AD/HD och DAMP kan naturligtvis växa upp i en optimal miljö som kompenserar för deras svårigheter, eller i mer eller mindre suboptimala sammanhang som snarare förstärker svårigheterna eller orsakar andra känslomässiga problem. Mot bakgrund av detta är det angeläget att både biologiska och psykosociala förhållanden utreds på ett tillfredsställande sätt.^{4,5,6}

Redan under spädbarnsåret skiljer sig många barn som får diagnosen DAMP eller

AD/HD från andra barn. Ofta är barnet ovanligt mycket vaket, ibland föreligger istället för stort sömnbehov. Många av dessa barn uppfattas som skrikiga och svårtröstade under de första levnadsmånaderna. En del är alltför glupska. Cirka 70 % av barnen är tidigt aktiva eller snarast överaktiva medan resterande 30% är underaktiva.⁷

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

I förskoleåldern märks barnens svårigheter att leka med jämnåriga. Oftast hamnar de utanför gemenskapen eller söker sig till yngre barn. Konfliktsituationer och bråk är vanligt förekommande. Detsamma gäller aggressionsutbrott och/eller täta humörsvägningar. Riskerna för farliga olycksfall är större än för andra barn.

Från och med skolstarten blir de inlärningsmässiga konsekvenserna av handikappet framträdande. Visserligen kan läs- och skrivsvårigheter hos barn och ungdomar ha många olika bakgrunder, men en viktig bakgrund är DAMP. Framför allt i skolåldern utvecklar 70-80 % av barn med DAMP dyslexi. Dyskalkuli (räknesvårigheter) förekommer lika ofta.

Barnet har ofta svårt att sitta stilla hela lektionstimmar och att följa instruktioner. Många kan inte komma igång med uppgifter på egen hand och hinner inte med i den vanliga arbetstakten. Ofta upplever barnet med DAMP eller AD/HD sig själv som dum eller annorlunda och en låg självkänsla utvecklas tidigt. Förekomst av depression och beteendevikelser är i stor utsträckning att betrakta som sekundära till den avvikande självuppfattningen och den låga självkänslan. En nedsatt förmåga till ömsesidig social interaktion är också vanlig. Åtminstone delvis måste detta ses som en konsekvens av att barnet biologiskt inte är moget att motsvara omgivningens (och egna) krav.

Motoriken förbättras vanligen med åren hos barn med DAMP medan problem med läsning, skrivning, räkning, självuppfattning och anpassning kan tillta. I puberteten och i unga vuxna år är det många barn med DAMP och AD/HD som klarar sig bättre. Riskerna för psykosocial felutveckling är dock klart förhöjda jämfört med barn och ungdomar utan dessa handikapp. Särskilt hög är risken för psykisk sjukdom, kriminalitet och missbruk enligt ett stort antal studier (se t.ex. Biederman⁸) hos den grupp som motsvarar kriterierna för AD/HD av hyperaktiv-impulsiv art och speciellt vid samtidig förekomst av dyslexi, dyskalkuli och/eller empatistörning.

Flickor med DAMP och AD/HD uppvisar en liknande symtombild som pojkar, men det finns specifika skillnader. Flickor har mer uppmärksamhetsproblem, är mindre överaktiva och har mindre aggressiva tendenser. Då deras svårigheter är mindre iögonenfallande, uppmärksammas de ej i lika stor utsträckning som pojkarna. De söker vård sent (i tonåren) och då framför allt pga. ångest, depression och låg självkänsla.

Teorier om orsaker

Orsaken/orsakerna till AD/HD och DAMP bör ses multifaktoriellt, där flera olika orsaker kan samverka. I de allra flesta fall är det en samverkan mellan biologiska sårbarhetsfaktorer och psykosocial stress som leder till att barn utvecklar dessa problem. Både AD/HD och DAMP är deskriptiva funktionsdiagnoser.

De grundläggande symtomen vid AD/HD och DAMP beror på hjärnfunktionsstörningar till följd av såväl ärftliga faktorer som suboptimala förhållanden under graviditet, vid förlossning eller under spädbarnstid. Differentieringen av hjärnans olika funktioner är beroende av intryck från miljön. Som bekant kräver synbarkens normala utveckling normala synintryck. Sannolikt påverkar uppväxtmiljöns förmåga att hjälpa barnet att reglera aktivitet och uppmärksamhet hur väl barnets egen förmåga utvecklas, barn med AD/HD kommer statistiskt sett oftare från familjer med psykosocial belastning.^{9,10,11} Flera olika hypoteser finns idag om de bakomliggande funktionsstörningarnas natur. Teorierna motsäger inte varandra utan alla skulle kunna vara tänkbara. Sannolikt överväger olika bakgrundsfaktorer för olika barn.

Vid studier av blodflödet genom olika delar av hjärnan har man funnit, att både barn och vuxna med AD/HD- och DAMP-problematik har ett avvikande blodflöde frontalt, i temporalloberna samt i lillhjärnan och basala ganglier.^{12,13,14} Dessa områden har betydelse för uppmärksamhet, motorisk planering, aktivitetsreglering och impuls kontroll. Här finns neuron med dopamin som transmittorsubstans, och då centralstimulantia påverkar dopaminaktiviteten finns mycket som talar för att dopamin är av betydelse. Men noradrenalin är nog också inblandat och det är möjligt, att det totalt sett handlar om samspelet mellan olika transmittorer och delar av hjärnan.¹⁰

En nyare teori utgår från frontallobernas dämpande funktion. Man menar att problematiken beror på en störning av de så kallade exekutiva funktionerna, dvs. uppmärksamhetsförmågan, impuls- och aktivitetskontrollen och förmågan att planera sina aktiviteter.^{12,13,14} För att detta skall fungera smidigt, måste man undertrycka en mängd impulser och intryck. Om denna hämmande förmåga brister, blir resultatet exempelvis att barnet har svårt att skilja ut och koncentrera sig på ett enskilt sinnesintryck.

En äldre teori talar om en störning i den bearbetande nivån i mellanhjärnan, hjärnstammen, vilket medför svårigheter att automatisera inlärd mönster både avseende motorik och andra beteenden. Detta kan leda till så kallad låg ”arousal” med ett långsamt, underfungerande nervsystem vilket tar sig uttryck i sänkt vakenhet, långsam reaktionsförmåga och uppmärksamhetsstörningar. Denna förklaring är kanske mer aktuell för barn med koncentrationssvårigheter utan så mycket hyperaktivitet. Men å andra sidan kan barns hyperaktivitet också ses som en kompensatorisk manöver för att hålla nervsystemet igång.

På senaste tiden har nya teorier om lillhjärnans funktion formulerats, där man me-

nar att det dynamiska minne, som lillhjärnan bidrar med i styrningen av precisa och smidiga motoriska funktioner, också skulle kunna ha en motsvarande betydelse för hur man kombinerar och manipulerar idéer och begrepp. En störning i lillhjärnan skulle kunna ge upphov till ”kognitiv dysmetri”. Avvikelser i lillhjärnan finns beskrivna hos barn med AD/HD.¹⁵

Vid studier av blodflödet genom olika delar av hjärnan har man funnit, att både barn och vuxna med AD/HD- och DAMP-problematik har ett avvikande blodflöde frontalt i temporalloberna samt i lillhjärnan och basala ganglier.¹⁶ Dessa områden har betydelse för uppmärksamhet, motorisk planering, aktivitetsreglering och impuls kontroll.

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

Hereditet

I flera studier har man konstaterat högre förekomst av neuropsykologiska svårigheter i släkten hos barn med AD/HD och DAMP än i kontrollgrupper.^{17,18} Tvillingstudier, t.ex. norska AD/HD-studien¹⁹, har verifierat betydelsen av ärftliga faktorer. Molekylärgenetiska studier är under framväxt och två gener associerade med dopaminfunktion, som antas vara av betydelse för hyperaktivitet, är av intresse. Sex olika forskargrupper har replikerat dessa fynd. Uppskattningar av graden av ärftlighet varierar dock (0,4-0,98), sannolikt är en ärftlighet mellan 0,4 och 0,5 mest rimlig¹⁰, vilket pekar mot att även andra faktorer är av betydelse.²⁰

Miljöfaktorer

Låg födelsevikt, prematuritet, neonatal asfyxi och andra perinatale komplikationer var signifikant mer vanliga i DAMP-gruppen såväl i Göteborgsstudien¹⁷ som i Mariestadsstudien¹⁸. Liknande fynd finns i flera studier. I en stor longitudinell holländsk studie har det visat sig att tecken på neuropsykologiska avvikelser ökade under uppväxten både i en grupp med okomplicerad förlossning och i en grupp med perinatale riskfaktorer. Efter puberteten minskade de dock i den första gruppen men inte i den senare.¹⁸

Ett flertal studier visar att barn med AD/HD statistiskt sett oftare kommer från familjer med psykosocial belastning såsom låg socialgruppsstillhörighet, psykisk sjukdom hos modern, kriminalitet och missbruk hos fadern än kontrollgruppsbarnen. Familjerna kännetecknas också statistiskt sett av högre grad av familjedysfunktion.¹⁰ Det har diskuterats huruvida dessa fynd kan tas som stöd för psykosociala orsaker till AD/HD eller de är uttryck för att föräldrarna har biologisk dispo-

sition för AD/HD, vilket i sin tur medfört psykosociala svårigheter. Forskningen kan hittills inte fastställa kausala samband vare sig enligt det förra eller det senare alternativet. I ett par studier har man delat upp de studerade barnen i en grupp med familjärt uppträdande ADD och AD/HD och en grupp med enstaka fall utan familjär anhopning.^{21,22} Dessa studier visar att graden av psykosocial belastning är större i de icke familjära fallen, vilket kan peka mot att AD/HD kan uppkomma på två vägar - genom ärftlig påverkan eller via psykosocial belastning eller kombinationer av båda.

Anknytningsforskningens studier av samspelsmönsters betydelse för det uppväxande barnet och problem det kan leda till har inte specifikt tittat på relation till AD/HD. Däremot finns ett flertal studier, där man konstaterat samband mellan desorganiserat samspelsmönster och uppkomsten av utagerande beteenden.^{23,24,25} Eftersom de skattningsskalor som använts vid dessa studier tar upp många av de beteenden som ingår i AD/HD är även dessa studier av intresse för förståelsen av bakomliggande faktorer vid AD/HD.

I flera studier har socialgrupp III varit överrepresenterad i gruppen med DAMP och AD/HD. I Hellgrens uppföljningsstudie²⁶ visade sig dock språklig förmåga och DAMP-diagnosen i sig ha större betydelse för prognosen än den sociala klass-tillhörigheten.

Prognos

Barn med enbart uppmärksamhetsstörning har förhållandevis god prognos. Om barnet dessutom har perceptionsstörningar och motoriska svårigheter är prognosen sämre. I Hellgrens avhandling²⁶ om DAMP och AD/HD framkom att 2/3 av de barn som fått diagnosen DAMP på lågstadiet, som 16-åringar hade allvarliga psykiska problem. DAMP, AD/HD och i ännu högre grad conduct disorder är allvarliga riksfaktorer för utveckling av asocialitet och kriminalitet inklusive missbruk som vuxen.²⁷ Trotsyndrom har däremot god prognos om familjebehandling kan sättas in tidigt.²⁸ Dock talar långtidsuppföljning av en grupp barn med DAMP i Göteborg för att ca hälften har kvar sin grundproblematik i ung vuxen ålder.²⁹ I långtidsuppföljningen av DAMP barn i Göteborg³⁰ fann man nedanstående:

	ADHD+DCD N=39	ADHD N=11	DCD N=5	Kontroll N=46
Poor outcome	23 54%	5 45%	4 80%	6 13%

Poor outcome: sjukpension och/eller criminal offense, DSM-missbruk, alla DSM-diagnoser med GAF-skattning ”marked impairment” utom depression, personlighetsstörning och autismspektrumstörning.

I en studie av 2462 6-7 åringar från London som följdes upp som 16-17-åringar fann man att hyperaktivitet under förskoleåldern predicerade bättre än tidigt antisocialt beteende för hyperaktivitet, conduct disorder och känslomässiga problem. Vidare fann man att hyperaktivitet predicerade få ”close friendships” (barn vill inte vara med aggressiva kamrater) samt att hyperaktivitet predicerade öppna aggr-

ressiva antisociala handlingar, t.ex. misshandel. Tidigt antisocialt beteende predicerade däremot dolda antisociala handlingar, t.ex. stöld.^{31,32}

Diagnoser

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Uppställningen nedan följer den svenska fickhandbokens för DSM-IV.¹ I förekommande fall anges DSM-IV kod resp. ICD-10 kod inom parentes i anslutning till benämningen.

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (AD/HD)

A. Antingen (1) eller (2):

- (1) minst sex av följande symtom på **ouppmärksamhet** har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:
Ouppmärksamhet
 - (a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter
 - (b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
 - (c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
 - (d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)
 - (e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
 - (f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t ex skolarbete eller läxor)
 - (g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t ex leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)
 - (h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
 - (i) är ofta glömsk i det dagliga livet
- (2) minst sex av följande symtom på **hyperaktivitet-impulsivitet** har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Hyperaktivitet

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

Impulsivitet

- (g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- (h) har ofta svårt att vänta på sin tur
- (i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t ex kastar sig in i andras samtal och lekar).

B. Vissa funktionshinderande symtom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet förelåg före sju års ålder.

- C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symtomen föreligger inom minst två områden (t ex i skolan/på arbetet och i hemmet).
- D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.
- E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t ex förstämningssyndrom eller personlighetsstörning).

Koden baseras på form av störning:

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, i kombination [314.01;F90.0]:

Båda kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna.

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, huvudsakligen bristande uppmärksamhet [314.0; F98.8]: Kriterium A1 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2.

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet [314.1; F90.0]: Kriterium A2 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1.

Kodningsanvisningar: För personer (i synnerhet vuxna och ungdomar) med symtom som inte längre helt uppfyller kriterierna skall ”i partiell remission” också anges.

Störd utveckling av koordinationsförmågan (DCD)

[315.4; F82]

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

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Nedan följer kriterier hämtade ur Socialstyrelsens systematiska förteckning.³³

Hyperaktivitetsstörningar

Perturbationes hyperkineticae [F90]

En grupp störningar som karakteriseras av tidig debut (vanligtvis under de första fem levnadsåren), bristande uthållighet i aktiviteter som kräver kognitiva funktioner och en tendens att växla mellan olika aktiviteter utan att slutföra någon av dem, tillsammans med desorganiserad, oplanerad och överdriven aktivitet. Tillståndet kan vara förenat med flera andra abnormiteter. Hyperaktiva barn är ofta vårdslösa och impulsiva, de råkar lätt ut för olyckor och hamnar ofta i disciplinproblem på grund av tanklöshet då det gäller att följa normer och regler snarare än på grund av trots. I sitt förhållande till vuxna är de ofta socialt ohämmade, med brist på normal försiktighet och blyghet. De är inte populära bland

andra barn och blir ofta isolerade. Kognitiva störningar ses ofta och specifika störningar i den motoriska och språkliga utvecklingen är vanliga. Sekundära komplikationer omfattar asocialt beteende och dålig självkänsla.

Utesluter:

- Förstämmingsyndrom [affektiva syndrom] (F30-F39)
- Genomgripande utvecklingsstörningar (F84.-)
- Schizofreni (F20.-)
- Ångestsyndrom (F41.-)

Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning [F90.0]

- Attention Deficit and Hyperactivity Disorder [ADHD]
- Dysfunction of Attention, Motor Control and Perception [DAMP]
- Uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet

Utesluter:

- Hyperaktiv beteendestörning (F90.1)

Hyperaktiv beteendestörning [F90.1]

- Hyperaktiv störning förenad med beteenderubbning

Andra specificerade hyperaktivitetsstörningar [F90.8]

Hyperaktivitetsstörning, ospecificerad [F90.9]

- Hyperaktiv reaktion under barndom och ungdomstid
- Hyperaktivitetssyndrom UNS
- Minimal Brain Dysfunction [MBD]

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

- Bristande uppmärksamhet utan hyperaktivitet

DAMP

Begreppet DAMP (Dysfunction of Attention, Motor control and Perception) är vida spritt i Sverige. Nedan anges de kriterier som Landgren¹⁸ presenterat i sin avhandling.

- A. ADD (Attention Deficit Disorder) as manifested by
 - a) severe problems in at least one or moderate problems in at least two of the following areas: attention span, activity level, vigilance and ability to sit still, *and*
 - b) cross-situational problems in the areas mentioned under (a), documented at two or more of the following: psychiatric, neurological, psychological evaluations and maternal report.
- B. MPD (Motor Perception Dysfunction) as manifested by marked
 - a) gross motor dysfunction according to neurological examination, *or*
 - b) fine motor dysfunction according to neurological examination, *or*
 - c) perceptual dysfunction according to testing with Block Design or Object Assembly subtests of the WISC-III.
- C. Problems not accounted for or associated with mental retardation or CP.

Terminologi och prevalens

AD/HD + DCD \approx DAMP \approx Hyperkinetiskt syndrom

Förekomsten (prevalensen) av DAMP anges för svåra fall till 1,2 % av sjuåringar, om lättare fall räknas med kommer ytterligare 4-5 % till, med en klar övervikt för pojkar (mellan 3-5 pojkar/flicka).^{7,26,34} Det innebär att antalet barn med svår DAMP i första klass i Östergötland således bör vara ca 70 (se bilaga 4, sid 56). Räknar man med hela spektret av störningar som domineras av bristande uppmärksamhet och utagerande stört beteende har minst 10% av alla pojkar på lågstadiet sådana problem och 2-3% av flickorna, dvs. i Östergötland drygt 800 pojkar och 300 flickor.

Förmågan att koncentrera sig och delta i socialt samspel har naturligtvis utvecklings- och mognadsaspekter. Hos förskolebarn uppvisar ca 1/3 av pojkar och 10-15% av flickor externaliserande beteenden.³⁵ Det är mest rimligt att betrakta sådana beteenden hos små barn som en ytterlighet av normalvariationen. Dock finns bland dessa barn en kärngrupp, vars svårigheter kommer att bestå i högre åldrar och långtidsuppföljningar talar för att ca hälften har kvar sin grundproblematik i ung vuxen ålder och många har utvecklat asocialt beteende med eller utan missbruk.²⁹

I Östergötlands län bör det således finnas:

- cirka 3 400 barn och ungdomar i åldern 6-18 år med DAMP (5%)
- cirka 700 barn med svår DAMP och allvarlig funktionsnedsättning som följd (1 %). Här inkluderas även de barn som har Tourettes syndrom.
- cirka 700 barn och ungdomar med autism, autismliknande tillstånd och Aspergers syndrom (1%).

För uppgift om den skattade förekomsten av barn med neuropsykiatrisk problematik (5% och 1%) i de 13 kommunerna i Östergötland, var god se bilaga 4 (sid 55 och 56).

Differentialdiagnos och komorbiditet

Oavsett om man utgår från AD/HD- eller DAMP-begreppet så är komorbiditet med annan neuropsykiatrisk problematik det normala (vid AD/HD 87% och vid DAMP 75%).^{18,36,37} Uppförandestörning, trotssyndrom och utagerande stört beteende är också vanligt hos barn med DAMP och AD/HD. Tourettes syndrom och andra ticssyndrom ses också i många fall hos dessa barn. DAMP- och AD/HD-problematik ses även hos 60-70% av barn och ungdomar med Tourettes syndrom, där åtminstone 30% även har tvångssyndrom. Hälften av barnen med svår DAMP har Aspergers syndrom eller autistiska drag. Läs-, skriv- och/eller räkningsvårigheter (dyslexi och dyskalkuli) har ca 80 % av barnen med DAMP. Enures och enkopres förekommer i förhöjd utsträckning och detsamma gäller tal- och språksvårigheter, sömnstörningar samt depressiva tillstånd.³⁸

Externaliserande beteende som en reaktion på livsomständigheter, hemmiljö och/eller skolmiljö, dvs. ODD och CD (se nedan) får inte förbises. Inte heller mental retardation eller stressreaktioner och posttraumatiskt stressyndrom får glömmas bort. Överhuvudtaget är den inledande diskussionen i vårdprogrammet (sid 5) i högsta grad relevant vid differentialdiagnostisk bedömning.

Barn med neuropsykiatrisk problematik uppvisar ofta olika dominerande symtom i olika åldrar. Hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem kan vara uttalade i förskoleåldrarna och på lågstadiet. Längre upp kan svårigheter i den sociala kontakten vara det största problemet. Ofta blir Aspergerdrag mer framträdande när barnen blir äldre. Tics kan komma och gå under uppväxten.³⁹

Barn med utvecklingsstörning (mental retardation) har sämre uppmärksamhet, koordination och neuromotorisk funktion än normalbegåvade barn. Därför måste den allmänna begåvningen beaktas vid diagnos. Om ett barn har väsentligt sämre funktion på ovanstående områden än vad som kan förväntas utifrån begåvningsnivå kan man tala om AD/HD i kombination med mental retardation.

Trotssyndrom (Oppositional Defiant Disorder, ODD) hos barn kan ses som ett förstadium till asocialitetsutveckling, men också som en reaktion på en störd familjesituation och/eller felaktiga krav från hemmet och skolan. Trotssyndromet innebär att barnet ofta förlorar humöret och bråkar med vuxna, vägrar följa uppmaningar, är retsam, skyller på andra, lätt blir förnärad, arg eller stött, ofta är skadeglad och hämndlysten samt använder svordomar och obscen språk. Dessa barn är ofta trotsiga i relation till föräldrarna eller andra anhöriga, medan de respekterar yttre auktoriteter bättre.

Barn med uppförandestörning (Conduct Disorder, CD) uppvisar beteenden som innebär påtagliga brott mot sociala normer. Sådana beteenden utgör tidiga tecken på risk för asocial utveckling liksom uttryck för en störd familjesituation. Ofta föreligger då också allvarliga sociala beteendeproblem i familjen (missbruk, asocialitet). Oftast är inte diagnosen aktuell förrän i tonåren, men enstaka sådana beteenden hos skol- och förskolebarn är allvarliga orostecken.

Tillståndets innebörd för patient och anhöriga

Föräldrars och syskons situation i en familj med ett barn med externaliserande symtom är i många fall förbisedd. Familjen är ofta hårt pressad och dess sekundära svikt kan ibland misstolkas som primär oförmåga. Föräldrar och syskon till barn med DAMP eller AD/HD utsätts för kraftiga påfrestningar på grund av barnets beteende och behov. Det är mycket viktigt att vara medveten om denna mycket speciella situation och de därav följande **mycket högre och annorlunda krav på både föräldrar, syskon och omgivning** som detta innebär jämfört med normala barn. I många fall inverkar omgivningens bristande förståelse menligt på barnets anpassning. Det är inte ovanligt att familjen har svårt att behålla vänner på grund av barnets besvärliga beteende och man blir lätt socialt isolerad. Stöd i gruppform av föräldrar med liknande situation borde kunna vara en framkomlig väg. Hjälp

med fritidsaktiviteter har stor betydelse.

Den kortsiktiga vinsten av behandling är ofta inte så uppenbar för barnen själva (om de inte får information på ett genomtänkt sätt). På lång sikt är det å andra sidan uppenbart, att om en negativ utveckling kan brytas är vinsterna även för individen potentiellt mycket stora. Sett över en längre tidsperiod blir barnet ofta utanför kamratgrupper, och stor risk finns för utveckling av missbruk och asocialitet. Det handlar inte sällan om möjligheten att som vuxen kunna leva ett socialt anpassat liv och fungera i arbets- och familjeliv.

I en avhandling om hur diagnosen dyslexi uppfattas och upplevs fann man, att både barn och föräldrar hade ett komplext och nyanserat förhållande till diagnosen som inte kunde beskrivas vare sig som en belastande etikett eller som ett emancipatoriskt hjälpmedel till förståelse.⁴⁰ I kapitlet ”Diagnosens psykologi” hos Wrangsjö³ finns en intressant diskussion av hur man kan se på och uppfatta medicinska diagnoser.

Utredning

Modell för hur diagnostik och åtgärder bör fungera på tre olika nivåer

Den här presenterade modellen⁴¹ har stora likheter med de modeller som föreslås av Hellström⁴², Duvner⁴³ och Kadesjö⁴⁴.

Lokal nivå

Det viktigaste för det stora flertalet barn är att problemen uppmärksammas och åt

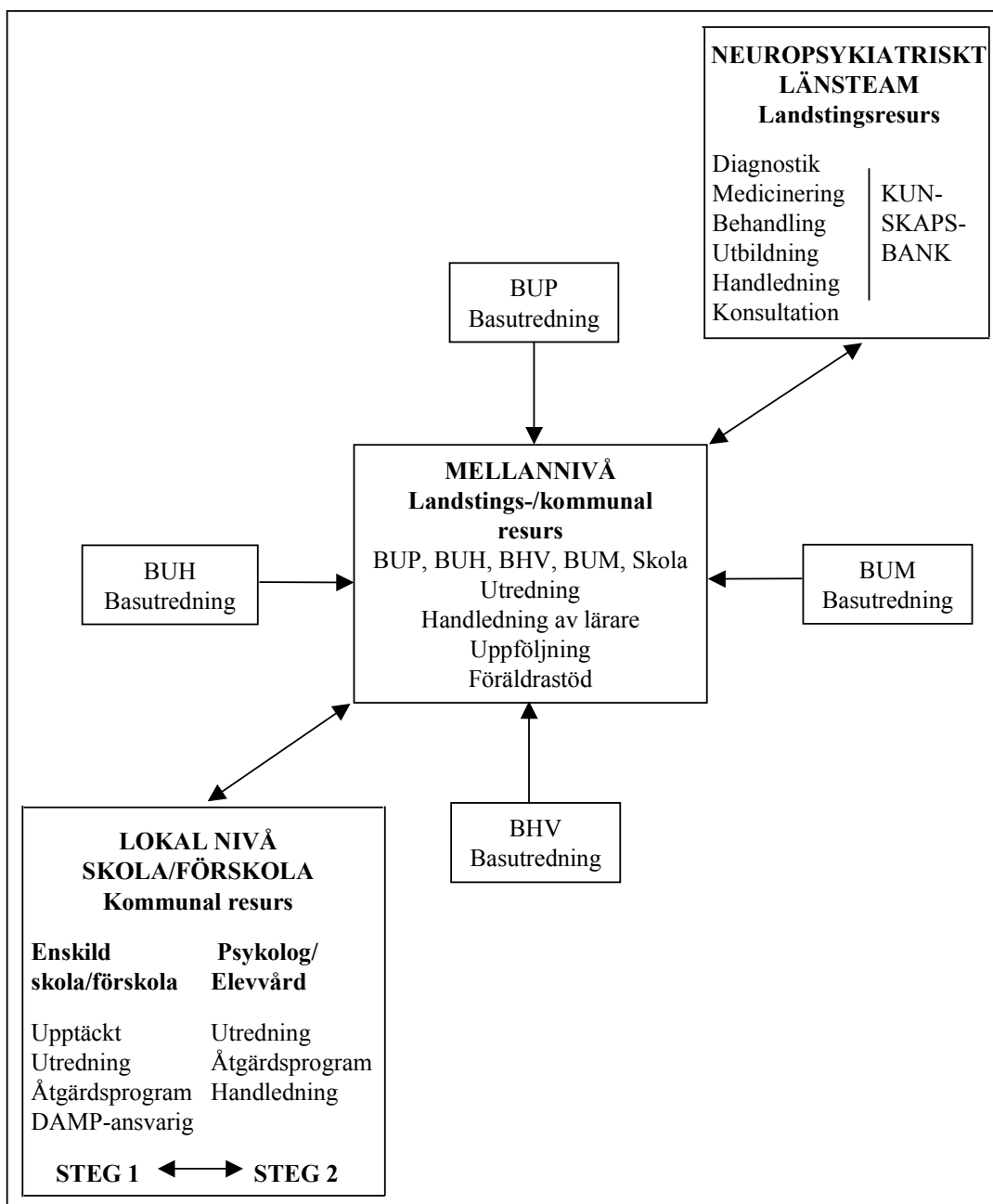


Fig 1. Schematisk översikt av modell för diagnostik och åtgärder på tre nivåer.

gärdas i den förskola eller skola där barnet går. På den lokala nivån sker screening och diagnostik av de barn som har lätta och medelsvåra funktionsnedsättningar.

Det är lämpligt att det finns en person på varje skola/enhet som är ”DAMP-ansvarig”. Det kan vara en speciallärare som specialutbildat sig på detta område och som de andra lärarna kan rådfråga och få handledning av. När lärarna/förskollärarna behöver konsultera någon vänder de sig till skolpsykologen respektive förskolepsykologen eller motsvarande. Psykologen bör vara knuten till ett team, där det finns personer med pedagogiska och medicinska kunskaper.

På den lokala nivån görs en basutredning och ett åtgärdsprogram. För att kunna göra en fullgod basutredning behövs skolpsykolog/BHV-psykolog, läkare och pedagog. När problemet blir för stort eller komplicerat remitteras barnet till ett neuropsykiatriskt team på mellannivå.

Mellannivå

Teamet på mellannivå är sammansatt av representanter från både kommun och landsting. De verksamhetsområden som bör vara representerade är förskola/skola, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), barn- och ungdomshabilitering (BUH), barn- och ungdomsmedicin (BUM) samt barnhälsovård (BHV). Den exakta sammansättningen av teamet beror på de lokala förutsättningarna, men det bör åtminstone ingå läkare, psykolog och pedagog. För att teamet skall kunna handleda lärare krävs att specialpedagog ingår. Det är eftersträvansvärt att teamet har en bred kompetens och att de instanser som vanligtvis blir inkopplade, när det gäller dessa barn, finns representerade. Det är mycket viktigt att berörda verksamheter samverkar, eftersom det annars finns en stor risk för att barnet remitteras mellan de olika verksamheterna och inte får adekvat hjälp någonstans. Genom att teamet gör en gemensam utredning kommer olika aspekter i barnets utveckling att belysas. Den gemensamma utredningen medför sålunda en mer allsidig bedömning, tidsbesparing och mer effektiv handläggning.

Till teamet på mellannivå kan BUP, BUM, BHV, skola och BUH remittera barn för vidare utredning. Ett krav är dock att den som remitterar först gjort en basutredning.

Länsnivå

En enhet på länsnivå blir en naturlig och viktig omhändertagandenivå i den stege av diagnostik och åtgärdsprogram som dessa barn behöver. Enhetens uppdrag är att vara en högspecialiserad länsresurs och den utgör ett tillskott till redan befintliga utredningsresurser på Ekhaga resursenhet. Målgruppen är svårbedömda och svårbehandlade barn och ungdomar med neuropsykiatrisk problematik.

Länsteamet skall:

- erbjuda utredning och bedömning
- erbjuda behandling och handledning
- utveckla behandlingsmetoder
- utveckla samverkansformer, bl.a. i form av nätverk
- stimulera till och anordna utbildningsinsatser inom området
- informera om teamets verksamhet och syfte till av verksamheten berörda parter.

Allmänna rekommendationer

Utredningen måste beakta både neurobiologiska, genetiska, inlärningspsykologis-

ka, sociala och familjedynamiska perspektiv. Annan sjukdom måste naturligtvis uteslutas. Likaså är en noggrann beskrivning av barnets beteende och problematik viktig för att kunna differentiera mellan olika externaliserande beteenden. En sådan beskrivning underlättas om strukturerade formulär används, t.ex. CBCL enligt Aschenbach⁴⁵, Connor's formulär⁴⁶ eller SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)⁴⁷. Vid dessa tillstånd är också en noggrann penetration av graviditet, förlossning och tidig psykomotorisk utveckling av stor vikt. Likaså bör en riktad anamnes mot likartade besvär inom släkten göras. Observation av samspelet mellan barn, föräldrar och ev. syskon ger viktig information om hur problematiken hanteras i familjen. Information från förskola/skola är också nödvändig, då förskole-/skolsituationen ställer helt andra krav på koncentration, uthållighet etc. Barnets kognitiva funktioner måste bedömas - allmän begåvning, perception, ev. dyslexi mm. Testning enligt formella psykologiska metoder bör användas frikostigt.

Allmän neurologisk och neuromotorisk undersökning av barnet skall göras. Remiss till andra somatiska utredningar bör göras om symtomen debuterat plötsligt, om avvikande neurologiska fynd noterats eller om det finns epilepsimisstanke (t.ex. CT, barnneurolog, EEG, audiolog, ögon).

Utredning på lokal nivå

Förskoleålder

På BVC görs en screening av alla barn i sen förskoleålder avseende följande funktioner:

- Tal och begrepp
- Finmotorik
- Koncentration
- Grovmotorik.

De barn som vid undersökningen uppvisar svårigheter remitteras till BHV-psykolog för fortsatt utredning.

Skolålder

För skolbarn skall utredning på lokal nivå innehålla tre delar:

- pedagogisk utredning
- psykologisk utredning
- medicinsk utredning.

Pedagogisk utredning

Denna bör ge svar på frågorna: Vilka är barnets skolsvårigheter? Hur stora är dessa svårigheter jämfört med jämnåriga? Pedagogiska test och frågeformulär används. Skolan bör ha ett program för detta.

Inom skolan bör man utveckla kompetens- och stödpersoner som samtalspartners

med fördjupade kunskaper kring denna problematik och hur man kan hantera de pedagogiska problemen. Exempelvis har Mjölby kommun utvecklat ”skolspåret”, ett material/verktyg som är utarbetat för barn med svårigheter inom detta område, där man stegvis möter och kartlägger vilka specifika åtgärder som just det enskilda barnet är i behov av. (Kontaktperson skolpsykolog Arne Grundström, se avsnittet Kollegor sid 33.)

Psykologisk utredning

Denna bör i huvudsak bestå av en beskrivning av barnets kognitiva förmåga. Resultaten av begåvnings testen ger anvisningar om hur den fortsatta utredningen skall läggas upp och om det finns problemområden som behöver belysas ytterligare. Ett barn med neuropsykiatrisk problematik uppvisar vanligen en ojämn begåvningsprofil. Vid användning av t.ex. WISC brukar man tala om en SCAD-profil, dvs. låga resultat i deltesten Symbolletning, Kodning, Aritmetik och Sifferrepetition.

Psykologutredningen bör även innehålla en bedömning av kontakt, t.ex. Ger barnet ögonkontakt? Är barnet mimikfattigt, distanslöst, ointresserat eller undvikande?

Medicinsk utredning

Syftet med denna utredning är att konstatera om barnet har neuropsykiatriska svårigheter eller om det finns andra orsaker som förklarar symtomen. Det är viktigt att sammanfatta de fynd man gjort i en teamdiskussion.

Hälsokontroll och screeningtest för neuropsykiatrisk problematik. Utesluta behandlingsbar medicinsk sjukdom, screena för neurologisk sjukdom/handikapp muskelsjukdom (inkl epilepsi, CP), undersöka graviditets- och förlossningsförhållanden. Syn- och hörselkontroll.

Läkarens bedömning grundas på:

- läkarbedömning av allmäntillstånd, psykiatrisk status, neuromotorisk status
- föräldrarnas anamnes
- tidigare journaler från BVC och skola
- pedagogbedömning
- psykologutredning.

Art och grad av svårigheter bedöms. Eventuellt kan det för differentialdiagnostik krävas ytterligare utredningar som läkaren i så fall remitterar till. Barn med neuropsykiatriska problem kan också ha tilläggsdiagnoser, t.ex. depression, trotssyndrom.

Ett sedvanligt neurologstatus fångar ej de så kallade ”soft signs” som talar för neuropsykiatrisk diagnos. Man bör därför göra en neuromotorisk undersökning (se bilaga 1 och 2, sid 45 resp. 49) för att hitta de problem med automatisering, koordination, balans och aktivitetsgrad som man finner vid DAMP och AD/HD. Barn med AD/HD uppvisar ibland inget avvikande vid neuromotorisk undersökning. De neuromotoriska avvikelserna minskar med åldern varför tonåringar kan uppvisa få fynd vid undersökning trots problem i vardagen. Däremot brukar man kunna

se rastlöshet och brist på koncentration efter ett tag, vilket innebär att undersökningen inte får gå för snabbt. För äldre barn kan observation av uppgifterna med hopp ge information. Observation i klass eller på idrottslektion kan ge mer än läkarundersökning.

Utredning på mellannivå

Till mellannivån remitteras man från skola, BUP, BUH, BHV eller BUM. En basutredning, som styrker misstanken om att barnet har en neuropsykiatrisk problematik, skall vara gjord. Stödinsatser baserade på utredningsfynden har inte gett önskvärt /förväntat resultat. Utifrån den information basutredningen gett samt erfarenheter av hur stödinsatserna fungerat bestäms vilka områden som behöver kompletteras på mellannivån.

På mellannivån bör man således både samla den information om barnet som redan finns, t.ex. rekvirera befintliga journaler och komplettera med en grundlig anamnes från föräldrarna, barnet/ungdomen och andra relevanta personer (se bilaga 1, sid 42).

Att utreda ett barn med misstanke om neuropsykiatrisk problematik är ett teamarbete. I teamet bör psykolog, pedagog och läkare alltid ingå men man bör också ha tillgång till sjukgymnast, arbetsterapeut och logoped. I en gemensam diskussion skall allt material gås igenom och vägas samman. En sådan konsensusdiskussion kan ibland leda till en **diagnos**, men även när så inte är fallet skall den alltid leda till en **funktionsbeskrivning** och till **åtgärdsförslag**. Vid funktionsbeskrivningen är det viktigt att tänka på att belysa även barnets starka sidor och hur dessa kan utnyttjas optimalt i kompensatoriskt syfte. En **utförlig information till föräldrar och skola** om barnets resurser och svårigheter och om åtgärdsförslag är en förutsättning för all behandling.

Innehåll i utredning på mellannivå

- A. Funktioner som alltid bör bedömas
 - kognitiv förmåga
 - språk och tal
 - läs- och skrivförmåga
 - perception (visuell, auditiv, taktil och kinestetisk)
 - uppmärksamhet/koncentration
 - impulskontroll
 - strategi och planering
 - minne (auditivt och visuellt)
 - grov- och finmotorik
 - social förmåga
 - beteenden
 - ångestnivå och depressionsgrad
- B. Neuromotorisk undersökning (se bilaga 2, sid 49)

- C. Bedömning av allmäntillstånd
- D. Ibland kan man behöva komplettera med mer specifik medicinsk utredning som t.ex. EEG, neuroröntgen.

Differentialdiagnostik

Det är viktigt att tänka på att barnet kan ha tilläggsdiagnoser såsom andra neuropsykiatriska tillstånd, trotssyndrom eller conduct disorder.

Utredning på länsnivå

Utredningsverksamheten på länsnivå är till för barn och ungdomar med en problematik som är svåråtkomlig och komplex och även för dem med mera sällsynta neuropsykiatriska diagnoser. Länsteamet är alltså inte riktat mot någon viss patientgrupp och exkluderar inte heller någon grupp.

Till länsteamet kommer barn via remiss från mellannivån. Utredningen innebär oftast att barnet vistas på Ekhaga ca 5-6 dagar under en 2-veckorsperiod. Barnet bedöms i strukturerade testsituationer av psykolog, logoped, sjukgymnast, läkare och i vissa fall arbetsterapeut och pedagog. Men det finns även goda möjligheter att observera barnet i mer fria situationer som t.ex. lek. Vid behov görs även observationer i vardagsmiljö som t.ex. hem och/eller skola. Föräldrarna är i möjligaste mån delaktiga i utredningen och flera samtal med dem förekommer under perioden. Utredningen avslutas dessutom alltid med ett eller flera samtal med föräldrarna, där de delges resultatet av utredningen. Beroende på barnets ålder ges även en återkoppling till barnet. Inremitterande erhåller såväl skriftlig som muntlig information.

Innehåll i utredning på länsnivå

- A. Genomgång av tidigare utredningar
- B. Kompletterande medicinsk utredning
- C. Bedömning av allmäntillstånd
- D. Kompletterande bedömning av kognitiv, social och emotionell funktion i de fall det bedöms nödvändigt
- E. Kompletterande bedömning av
 - grov- och finmotorik
 - sensorik
 - exekutiva funktioner
 - minne och inlärning
 - tal och språk inkl läs- och skrivförmåga
 - visuo-spatial förmåga.

”Livet efter diagnosen” - stöd till barn med AD/HD DAMP

och deras familjer

Syftet med utredning är att göra en funktionsbeskrivning av barnet och eventuellt sätta en diagnos. **Diagnos är ett medel för att ändra omgivningen så att barnet med AD/HD DAMP kan fungera optimalt.** Med begränsade men genomtänkta insatser till barn, föräldrar och skola kan man ofta förbättra situationen väsentligt. Givetvis medför detta stora vinster både vad beträffar minskat lidande för barn och familj och samhällsekonomiskt. Insatserna skall resultera i att bemötande och miljö kring barnet anpassas så att barnet kan fungera optimalt. Viktigast är alltså "livet efter diagnosen". Utredningen beskriver barnets starka och svaga sidor och hur de tar sig uttryck i vardagen. Utifrån denna funktionsbeskrivning formuleras råd och åtgärder i ett **åtgärdsprogram**. Vem som skall göra vad är viktigt men går ej att precisera generellt eller beskriva i modellen lokal-/mellan-/länsnivå. För det enskilda barnet måste detta dock vara tydligt. Skolan har skyldighet att skriva åtgärdsprogram för alla barn som behöver särskilt stöd (vare sig de har en diagnos eller ej!). Givetvis bör detta samordnas med utredningens åtgärdsprogram.

Barn med AD/HD DAMP kommer att ha kvar sin problematik under flera år. Det är därför viktigt med ett långsiktigt perspektiv när behandlingen planeras. Nedan beskrivs önskvärda/beprövade insatser/metoder som borde erbjudas till barn och föräldrar utifrån specificerade behov i varje enskilt fall. Insatser skall, i enlighet med översikten nedan, riktas till såväl barnet och familjen (föräldrar, syskon, övrig släkt) som skola och/eller barnomsorg:

Barn

- Information
- Funktionsinriktad musikterapi
- Kognitiv beteendeterapi
- Träning i problemlösning (PSST)
- ART Aggression Replacement Training
- Gruppsamtal
- Kontaktperson, riktade fritidsaktiviteter
- Medicinering
- LSS

Familj

- Information
- Föräldraförening
- Avlastning (kontaktfamilj)
- Förlängd föräldrapenning
- Stödkontakt
- Föräldragrupp PMT (Parental Management Training, t.ex. COPE)
- Marte Meo
- Vårdbidrag

Skola/barnomsorg

- Information
- Åtgärdsprogram

- DAMP-ansvarig
- Handledning
- Specialundervisning, specialgymnastik
- Inlärningssteoretiska modeller
- Elevassistent
- DAMP-grupp.

Insatser riktade till barnet/ungdomen

Information

Barnet bör informeras om handikappets art i samråd med föräldrarna och i erforderliga fall beredas möjlighet till uppföljande samtal. I flerbarnsfamiljer är det viktigt att syskonen informeras om sin brors/systers svårigheter.

Litteratur till barn

Boken ”Varför vill ingen leka med Dennis?” är riktad till barn och handlar om vilka svårigheter som finns när man har ett osynligt handikapp.⁴⁸

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en form av psykoterapi som grundar sig på forskning och teoribildning inom inlärningspsykologi, kognitionspsykologi och socialpsykologi. Begreppet kognitiv beteendeterapi anger att tonvikten ligger på samspelet mellan individen och omgivningen, här och nu. Det sätt som begreppet beteende används på inom KBT skiljer sig från vardagsspråkets användning av ordet. Med beteende menas olika kroppsliga reaktioner, egna tolkningar och uppfattningar om händelser och specifika handlingar som gör att både individen själv och dennes omgivning påverkas. Beteende i denna bemärkelse är föremål för förändring inom kognitiv beteendeterapi.

Trots att KBT omfattar en mängd teorier och metoder finns tydliga gemensamma drag:

- Strukturerat, målinriktat arbetssätt
- Mycket aktiv terapeut
- Terapirelation med betoning på samarbete mellan terapeut och klient
- Fokusering på nuet mer än på det förflutna
- Användning av hemuppgifter som klienten utför i sin egen miljö
- Pedagogisk inriktning för att ge klienten egen kontroll över sitt liv
- Vetenskaplig utvärdering av metoderna
- Förändring av metoderna i takt med nya forskningsrön.

En KBT-terapeut börjar alltid med att göra en beteendeanalys. I beteendeanalysen utreds samspelet mellan barnets omgivning och dess egna reaktioner. Terapeuten kartlägger individuellt och systematiskt hur situationsfaktorer, beteendemönster och följderna av barnets beteende påverkar varandra. Beteendeanalysen, som är ett

forskningsfält i ständig utveckling, syftar alltså till att samla kunskap om hur barnet påverkas av och själv påverkar sin omgivning. Med utgångspunkt från beteendeanalysen kan man noggrant planera behandlingen med hänsyn till barnets egenart, till familjen och miljön i övrigt. Målet är inte bara att få bort problembeteende, och lidandet i dess följder, utan även i än högre grad att hjälpa barnet att utveckla varaktiga färdigheter. De mest effektiva resultaten uppnås när behandlingen inriktas på både barn, familj och miljö.

Cognitive problem-solving skills training (PSST)

Barnet/ungdomen får individuellt under ca 20 - 25 sessioner lära sig problemlösningsförmåga (t.ex. att generera alternativa lösningar) och att hantera interpersonella situationer (t.ex. med föräldrar, lärare, syskon och kamrater). Under sessionerna utvecklas problemlösningsförmågor genom praktiska övningar, modellering, rollspel, korrigerande feedback och social förstärkning. Utanför sessionerna tillämpar barnen problemlösande steg i interpersonella situationer i vardagslivet.⁵¹

Aggression Replacement Training (ART)

Metoden har utvecklats av Goldstein och hans forskningsgrupp i USA⁵² och den har fått stor spridning internationellt. Programmet har tre komponenter: interpersonell färdighetsträning, ilskekontrollträning och moralutveckling.

Interpersonell färdighetsträning

Den grundläggande idén bakom att arbeta med social färdighetsträning är att färdigheter, som är viktiga för ett effektivt samspel med andra människor, inte lärts in i tillfredsställande grad. Denna oförmåga att relatera i sociala situationer kan leda till beteenden såsom aggressivitet. Metoden är psykopedagogisk och man utgår framför allt från beteendeterapeutiska principer. Man lär in och tränar 50 stycken sociala färdigheter uppdelade på följande sex områden: 1) inledande sociala färdigheter, 2) avancerade sociala färdigheter, 3) färdigheter för att handskas med känslor, 4) alternativ till aggression, 5) färdigheter för att hantera stress och 6) planerande färdigheter. Sessionerna följer en given struktur: a) modellering, b) rollspel, c) återkoppling och d) överföringsträning. Formatet är grupper om 4-8 ungdomar och två gruppleddare.

Ilsekontrollträning

Ilsekontrollträning utförs också med grupper om 4-8 elever. Man utgår från en empirisk analys av ilska och aggressivt beteende och lär stegvis ut en sekvens av beteenden för ökad självkontroll. Metoden har ursprungligen utvecklats av Feindler och medarbetare.⁵³

Moralutveckling

Metoden bygger på Kohlbergs teori om hur moraliskt resonerande utvecklas genom olika stadier. Gibbs har tagit fram ett mer strukturerat sätt att träna moralutveckling.⁵⁴ Själva interventionen bedrivs i diskussionsgrupper om 10-12 ungdomar.

Gruppsamtal

ART och PSST används med fördel i grupper med barn/ungdomar. RBU (se sid 34) anordnar lägerveckor för bl.a. tonåringar med DAMP. De gruppsamtal som där erbjudits ungdomarna har varit uppskattade.

Funktionsinriktad musikterapi

Funktionsinriktad musikterapi (FMT) är en neuromuskulär behandlingsmetod utvecklad av Lasse Hjelm under ett femtontal år på Folke Bernadottehemmet utanför Uppsala. Det är en icke-verbal metod utan instruktioner eller uppmaningar där barnet alltid **lyckas**. Terapeuten gör alltid en funktionsanalys utgående från barnets nivå vad gäller perception, kognition och motorik. Funktionsanalysen är sedan utgångspunkten för det fortsatta gemensamma arbetet. FMT har många målgrupper varav barnen med DAMP och AD/HD är en av de största och mest växande.^{49,50} (För FMT-terapeuter verksamma i Östergötland, se Kollegor sid 33!)

Kontaktperson, riktade fritidsaktiviteter

Eftersom många barn med AD/HD- och DAMP-problematik har svårt att hitta fungerande fritidssysselsättningar och är beroende av föräldrars stöd långt upp i åldrarna, är det viktigt att skraddarsydda aktiviteter ordnas. Detta kan vara ett alternativ till stödfamilj, kontaktperson och korttidshem. Det finns också ett utbud av läger- och koloniverksamhet på sommarlov i olika regi. RBU anordnar egna läger för barn med AD/HD och DAMP och har information om andra arrangörers läger- och koloniverksamhet.

Kontaktperson, stödfamilj och hjälp med fritidsaktiviteter kan sökas hos socialförvaltningen, eller LSS-handläggare (se nedan) om barnet är berättigat till sådant stöd. Ledare som skall ha hand om barnen och ungdomarna behöver utbildning och handledning. Också stödfamiljer och kontaktpersoner behöver detta.

LSS

I vissa fall kan barn med DAMP och AD/HD ha rätt till stöd via LSS (Lagen om särskild service för vissa funktionshindrade). Denna lag är ett komplement till Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen och reglerar kommunens och landstingets ansvar för personer med stora och varaktiga funktionshinder. Landstinget ansvarar för råd och stöd medan kommunens ansvar gäller bl.a. personlig assistent, kontaktperson, korttidstillsyn för skolungdom över 12 år, boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar.

Beträffande farmakologisk behandling, var god se särskilt avsnitt nedan (sid 32).

Insatser riktade till familjen

Information

När familjen delges resultatet av utredningen deltar samtliga befattningshavare som varit involverade i ärendet. Var och en redovisar sin del och läkaren sammanfattar till en helhetsbedömning, diagnos. Den information föräldrarna får bör vara så allsidig, klar och entydig som möjligt. Barnets resurser och funktionssvårigheter med dess konsekvenser beskrives, gärna med konkreta exempel. Orsak till varför barnet har dessa svårigheter bör diskuteras liksom vad man idag vet om utvecklingsmöjligheter, kommande svårigheter och prognos.

Eftersom erfarenheten har visat att det ofta är svårt att ta emot information angående det egna barnets svårigheter bör föräldrarna få möjlighet till uppföljande samtal då samma personer är närvarande. Många frågor väcks hos föräldrarna och informationen behöver ges vid flera tillfällen. När föräldrarna fått diagnosen lättar oftast deras skuldbörda. Å andra sidan väcks sorgen över att deras barn är annorlunda och har svårigheter av mer kronisk natur. Detta leder hos många till en kris.

Information om sociala stödåtgärder

Föräldrarna skall informeras om samhällets stödåtgärder, såsom vårdbidrag och förlängd tillfällig föräldrapenning. Dessa söks av föräldrarna via Försäkringskassan. Läkaren utfärdar läkarutlåtande. Förtur till barnomsorg, möjlighet till kontaktfamilj, avlastning enligt § 6 SOL och insatser enligt LSS är andra sociala hjälpåtgärder där det oftast behövs ett läkarutlåtande rörande barnets tillstånd.

Föräldraförening

De föräldraföreningar som finns är viktiga samarbetspartners för såväl lokala team som team på mellan- och länsnivå.

Råd till föräldrar

- Var medveten om att barnet generellt fungerar bättre på förmiddagen än på eftermiddagen
- Förenkla och strukturera morgon- och kvällsrutinerna
- Framförhållning och planering är viktigt, som t.ex. att förbereda barnet för vad som kommer att ske under dagen
- Uppmuntra framsteg tydligt och ärligt
- Träna barnet i att vänta
- Upprepa instruktioner (använd ögonkontakt)
- Bemöt barnet konsekvent
- Försök att tala tystare till barnet
- Försök att inte brusa upp gentemot barnet
- Låt inte barnet övertala dig
- Ge barnet utrymme
- Minska alltför mycket stimuli (röriga situationer som t.ex. radion och TV:n på samtidigt)
- Ha läxläsning i korta pass
- Uppmuntra strukturerade fritidssysselsättningar
- Välj sådana fritidssysselsättningar som barnet har förutsättningar för och inte de som barnet har svårt för.

Litteraturtips till föräldrar

Barkley R. A new look at ADHD: inhibition, time and self-control (videotape).

New York: Guilford Press, 2000.⁵⁵

Beckman V, Kärnevik M, Schaumann H. Gång på gång - pedagogik vid autism.

Stockholm: Natur och Kultur, 1994.⁵⁶

Bengtner A, Iwarsson B. Varför vill ingen leka med Dennis? Sävedalen: Säve

förlag, 2000.⁴⁸

Gillberg C. Ett barn i varje klass. Stockholm: Cura, 1996.⁵⁷

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

1992.⁴⁴

Stödkontakt

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

Parent Management Training (PMT)

Omfattande forskning stöder att man med inlärningsbaserade, strukturerade, pedagogiska föräldraträningsprogram kan ändra föräldrars bemötande av barnet och därmed förbättra barnets beteende markant.^{28,58} Självklart mår då också övriga familjemedlemmar bättre. PMT syftar till en behandlingsprocedur där föräldrar tränas att förändra barnens beteende i hemmet utifrån sociala inlärningsprinciper. Denna behandlingsform är vanligt förekommande i internationell forskningslitteratur och är en av de mer välundersökta behandlingsformerna i barn- och ungdomsterapi. PMT har tillämpats på många problemområden varav fokus har varit på ungdomar med trottsyndrom och uppförandestörning.⁵⁹ Vanligtvis används denna metod för föräldrar till barn snarare än föräldrar till ungdomar.

Några typiska drag i föräldraträningen är:

1. Behandlingen styrs av principer för social inläring.
2. Behandlingen bygger på att föräldrarna aktivt tillämpar behandlingsprinciper i konkreta uppfostringsituationer i hemmet. Terapin riktar sig till föräldrarna.
3. Föräldrarna tränas i att identifiera och värdera problembeteenden på ett nytt sätt. Problemen preciseras noggrant så att lämplig förstärkning av önskat/önskat beteende kan genomföras.
4. Terapitimmarnas fokus är att gå igenom och via bl.a. rollspel öva på hur olika behandlingstekniker skall användas.
5. Behandlingens syfte är att öka föräldrarnas kompetens i uppfostringsituationer som t.ex. gränssättning.

Marte Meo

Marte Meo är en metod för samspelsbehandling, i första hand mellan föräldrar och barn. Metoden bygger på att man videoinspelar vardagliga samspelsituationer som sedan analyseras och viktiga sekvenser går igenom tillsammans med föräldern/föräldrarna. Fokus ligger generellt på de samspelssekvenser som leder fram till positiva gensvar. I arbete speciellt med barn med AD/HD och DAMP och deras familjer har man också använt videomaterialet till att konkretisera för föräldrarna barnets sätt att fungera, vilket bemötande som ger minskade problem med hyperaktivitet, brist på uthållighet och impuls kontroll och vilket som kan öka problemen.⁶⁰

Vårdbidrag

Intyg för vårdbidrag och medicinering kräver läkarkontakt. Det är ofta oklart vart man skall vända sig om man varken hör till BUP eller BUH. Många föräldrar får ej information om rätten till vårdbidrag trots att många ej kan arbeta heltid då barnet inte orkar hela dagar i skola och på fritids.

Insatser riktade till skola/barnomsorg

Information

Skolan informeras vid en konferens då föräldrarna helst bör närvara tillsammans med de personer som möter barnet i skolan. En genomgång görs av barnets svårigheter/resurser och vilka stödåtgärder som kommer att behövas för att barnet skall fungera i enlighet med sina resurser. Barnet, lärare, föräldrar och utredare bör helst gå igenom utredningsresultaten tillsammans.

Generell information

För barn med AD/HD och/eller DAMP är det speciellt viktigt att skolan **samarbetar med föräldrarna**.

Barn med AD/HD och DAMP har svårt för:

- ”Vänta” - situationer
- Förändringar
- Valsituationer
- Ostrukturerade lektioner.

Barn med AD/HD och DAMP:

- har svårt att organisera sitt arbete både på kort och långt sikt
- är mycket lätt uttröttbara
- är oftast stresskänsliga
- har oftast en ojämn prestationsförmåga
- har bättre koncentrationsförmåga efter fysisk träning
- är beroende av motivationsförstärkning.

Råd till skolan

Barn med AD/HD och DAMP behöver:

- Stillsamma miljöer
- Små grupper
- Korta arbetspass med möjlighet till avbrott. (De yngre barnen har oftast ett större lekbehov och de äldre barnen ett ökat rörelsebehov).
- Individuellt anpassad men också fast styrd undervisning
- Mycket vuxenstöd. Många är beroende av en vuxen (som är införstådd med barnets svårigheter) vid sin sida både för hjälp vid skolarbetet och för att hjälpa till på raster vid konflikter och bråk.
- Extra stöd inom de områden barnet har svårigheter, exempelvis läsning, skrivning, matematik och gymnastik.
- Individuella instruktioner
- Öva läsning mycket
- Lära sig skriva korta meningar
- ”Kom ihåg” - lapp på bänken
- Datorhjälp vid finmotoriska svårigheter och dyslexi.

Lärare kan underlätta genom att:

- hjälpa barnet att planera
- uppmärksamma barnets framsteg
- ofta ha ögonkontakt med barnet och särskilt när instruktioner ges
- repetera ofta
- ges möjlighet att arbeta med barnets starka sidor.

Se även ”All kinds of minds”, hemsida från North Carolina, USA rörande pedagogik för barn med neuropsykiatriska problem.⁶¹

Handledning

Personal som möter barn med AD/HD och/eller DAMP bör ha tillgång till handledning. Denna skall ges till alla som arbetar nära barnet så att bemötandet blir så likartat som möjligt. För förskolebarn erbjuds idag handledning från BUH om barnet har kontakt där. För äldre barn ansvarar skolan primärt för handledning till personal. Om barnet har en komplicerad problematik bör teamet på mellannivå kunna erbjuda handledning.

Insatser inom skola/barnomsorg

Åtgärdsprogram

Om en elev behöver särskilda stödåtgärder skall rektor se till att ett **åtgärdsprogram** utarbetas. Vid utarbetandet av programmet bör **samråd** ske med eleven och elevens vårdnadshavare.⁶² Den **individuella studieplanen** skall bl.a. innehålla uppgift om huruvida eleven följer fullständigt, utökat eller reducerat program och om det val eleven gjort.⁶³ Skolan skall sträva efter att varje elev utvecklar **sitt eget**

sätt att lära.⁶⁴

Åtgärdsprogram respektive individuell studieplan är således ett pedagogiskt utvecklingsprogram för att eleven skall kunna tillgodogöra sig undervisningen på det sätt som denne har behov av och rätt till. Viktigt är att eleven står i centrum och att denne inte betraktas som ett problem. Åtgärdsprogram är ett stöd för elever att själva delta i beslut om undervisningen samtidigt som dokumentet är ett pedagogiskt redskap för lärare. Ett bra åtgärdsprogram bör bl.a. vara både kortsiktigt och långsiktigt, lyfta fram barnets/elevens starka sidor samt ha tydliga och utvärderingsbara mål.

DAMP-ansvarig

I Linköping finns sedan några år på förskole- och grundskolenivå en DAMP-ansvarig speciallärare i varje lokalt stödteam (omfattar ett eller flera rektorsområden). Dessa erbjuds fortlöpande utbildning av Centrala Stödenheten. DAMP-ansvarig erbjuder information om lämplig pedagogik och viss handledning till övrig personal inom sitt geografiska område. Att vara kontaktperson för föräldrar och en länk vid överlämnande till annan skola är andra tänkbara uppgifter.

Specialundervisning, specialgymnastik

Skolan erbjuder specialundervisning till barn som har svårt att nå målen. Många barn med AD/HD och DAMP har läs- och skrivsvårigheter och erbjuds specialundervisning. Då denna ofta bedrivs i liten grupp eller enskilt, fungerar den dessutom som stimulireduktion jämfört med klassundervisning och bidrar då till att barnet bättre orkar genomföra hela skoldagen. Specialläraren kan också handleda övriga lärare så att pedagogiken anpassas till barnets behov. Många idrottslärare har specialgymnastik i små grupper för elever med motoriska svårigheter.

Inlärningssteoretiska modeller

Goda erfarenheter finns av beteendeterapeutiskt arbete i mindre grupper i skolan. För varje barn görs en detaljerad beteendeanalys och, grundad på den, en plan för vilka beteenden som man i första hand behöver förändra för att barnet skall fungera bättre i skolsituationen. Metodiken kallas tillämpad beteendeanalys (applied behaviour analysis). I skolmiljön utarbetas sedan ett system med s.k. teckenekonomi, vilket innebär att lärarna systematiskt ger förstärkning (positiv uppmärksamhet) när barnet klarar av att göra de saker/handlingar man vill utveckla.⁶⁵

Elevassistent

En personlig assistent kan i många fall innebära en stor hjälp för barn med AD/HD- och DAMP-problematik. Det är viktigt att assistenten ses som en del av ett genomtänkt program för det enskilda barnet, där olika insatser strävar mot ett

gemensamt mål. Stöd och handledning till assistenten bör vara en självklar del av den totala stödsatsen.

DAMP-grupp

I de större kommunerna finns DAMP-grupper för elever med svår problematik. Antalet elever i dessa grupper är lågt och vuxentätheten hög varför pedagogiken kan anpassas till barnens behov. Placering i DAMP-grupp blir aktuell om man trots omfattande åtgärder ej får en fungerande undervisningssituation i vanlig klass. Målet är att eleven skall kunna återgå till normalklass men ofta behövs flera terminer i DAMP-grupp. Erfarenheterna från befintliga DAMP-grupper är goda. Barnen lär sig mer, fungerar bättre socialt och får ett ökat självförtroende.

Farmakologisk behandling

Om det trots god psykosocial situation, rimligt väl fungerande samarbete förälder/elev/lärare och adekvata specialpedagogiska insatser fortfarande kvarstår betydande problem bör medicinerings övervägas. Det kommer då att bli ett begränsat antal barn som kommer i fråga. Studier har visat att yngre barn med hög grad av hyperaktivitet och ringa emotionella problem i hemmiljön svarar bäst på medicinering.⁶⁶ Om man på grunderna ovan funderar på att pröva medicin bör man därför inte avvakta flera år med detta. Riktlinjer för hur man kan lägga upp medicinering finns publicerade.⁶⁷

Gammalinolensyra (GLA) är ett kosttillskott som för enstaka barn kan vara till hjälp. Dosering 1,5 g boragoolja (Glandin 25)/dag, dvs. betydligt högre dos än som rekommenderas av tillverkaren.

Centralstimulantia har sedan 1930-talet visats ha god effekt på kärnsymtomen i AD/HD.^{68,69} På senare år har den restriktiva svenska hållningen ifrågasatts och en betydande ökning av förskrivning har skett sedan en svensk multicenterstudie visat positiva resultat.^{70,71,72} Likaså har en stor multicenterstudie i Nordamerika visat övertygande positiva resultat vid långtidsuppföljning.⁷³ I Sverige fick 0,08% av alla svenska barn 5-18 år centralstimulantia 1998.⁷⁴

I Sverige har oron för att legal förskrivning av centralstimulantia skulle kunna utgöra en inkörsport till narkotikamissbruk varit bakgrunden till den restriktiva hållningen. Sådan oro har förekommit även i USA. Dock är, som nämnts ovan, risken för asocial utveckling (och missbruk) för barn och ungdomar med AD/HD betydande.²⁹ Hypotetiskt kan man tänka sig att om AD/HD-problematiken kan lindras skulle en negativ utveckling kunna hejdas och den onda cirkeln som leder till asocialitet och missbruk brytas. Nyligen har en amerikansk studie visat att ungdomar, som fått centralstimulantia pga. AD/HD, vid 4-års uppföljning i signifikant lägre grad (så mycket som 6 gånger mindre ofta) missbrukar alkohol och/eller narkotika.⁷⁵

Mest använt är metylfenidat (Ritalina[®]), därefter kommer dexamfetaminsulfat (Metamina[®]) och d- + l-amfetaminsulfat (Amfetamin[®]). Effekterna är likvärdiga,

ca 70-80% av barn med AD/HD brukar förbättras. Biverkningarna är framför allt minskad aptit (hos ca hälften av barnen). Har man besvärande biverkningar på ett preparat kan det löna sig att byta. Vikt- och längdkontroller bör göras en gång per kvartal, långtidsuppföljningar har ej visat påverkan på tillväxt. Man bör göra ut-sättningsförsök en gång om året för att se om barnet fortfarande behöver medicin. Det är också vanlig att man gör uppehåll med medicinering under lov (dock ej att rekommendera om man har mycket problem hemma).

Clonidin (Catapresan[®]) är en alfa-2 stimulerare med central effekt som kan ha en lugnande effekt vid AD/HD, speciellt för barn som har svårt att sova. Dock är den evidensbaserade kunskapen om nyttan liten. Tricykliska antidepressiva har effekt på koncentration och hyperaktivitet, dock i lägre grad än centralstimulantia. Används ändå som tredjehandspreparat i vissa fall. Pimoline är ett icke-narkotiskt centralstimulerande medel som kan vara av intresse vid AD/HD hos ungdomar med missbruk. Det har dock visats vara levertoxiskt och om man använder det, måste leverfunktion kontrolleras regelbundet.

Kollegor att rådfråga/diskutera med

Öl Per Gustafsson
Barn- och ungdomspsyk klin
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel 013-224204
Fax 013-224234
Per.Gustafsson@ihm.liu.se

Öl Ann Fristedt
Elevhälsan
Barn och Ungdom
Junkersg 1
581 81 Linköping
Tel 013-207335
ann.fristedt@produktionen.linkoping.se

Öl Ann Björkman
Barn- och ungdomspsyk mott
Vrinnevisjukhuset
601 82 Norrköping
Tel 011-224516
Fax 011-224526
Ann.Bjorkman@lio.se
Psykolog Anki Ekberg
Elevstödsenheten
Skolkontoret
595 80 Mjölby
Tel 0142-85412
Fax 0142-85421
anki.ekberg@kommun.mjolby.se

Psykolog Lena Jansson
BUH Ekhaga resursenhet
Munkhagsg 160
587 25 Linköping
Tel 013-222402
Fax 013-222409
Lena.H.Jansson@lio.se
Psykolog Eva Wasteson
Barn- och ungdomspsyk mott
Kungsvägen 65
595 00 Mjölby
Tel 0142-78580
Fax 0142-78586
Eva.Wasteson@lio.se

Funktionsinriktad musikterapi
Torbjörn Andersson

Skolspåret
Skolpsykolog Arne Grundström

Jan Henbrant
Karin Ganestål
FMT-Behandlingscenter
Skäggetorps Centrum 2
586 44 Linköping
Tel 013-171111

Elevstödsenheten, Skolkontoret
595 80 Mjölby
Tel 0142-85411

Information till patient och anhöriga

Patient- och anhörigföreningar

Riksförbundet Attention. Intresseorganisation för neuropsykiatriska funktionshinder
Svårlångsvägen 70
120 60 Årsta
tel 08-556 777 70
www.attention-riks.nu/

RBU i Östergötland
Västra vägen 32
582 28 Linköping
tel 013 - 10 10 13
fax 013 - 13 54 08
www.rbu.se
e-mail: rbu-e@swipnet.se

Svenska Touretteföreningen
S:t Johannesgatan 28
752 33 Uppsala
www.tourette.se

Svenska BUP-föreningens hemsida med användbara länkar [Online]
www.svls.se/sektioner/bup/lankar.html

Forskningsprojekt

Föräldraträning för externaliserande problem hos barn i förskolan/lågstadiet
Föräldraträning (PMT, se sid 28) har visat goda resultat vid externaliserande problem hos barn. I en utvärdering vid BUP-kliniken i Linköping av 5 PMT-grupper mäts vid tre olika tillfällen: barnens positiva och negativa beteenden, föräldrars känsla av hanterbarhet och kontroll, föräldrarnas Expressed Emotion (EE), familjerelationer samt föräldrarnas hälsa och livskvalitet. (Kontaktperson Per

Gustafsson)

Eventuella samband mellan fettsyror i bröstmjolk och barns beteendeutveckling
Ett projekt pågår om långa fleromättade fettsyror (PUFA) betydelse för kognitiv och psykosocial utveckling hos barn upp till skolåldern, där syftet är att upptäcka eventuella samband mellan halterna av dessa fettsyror i bröstmjölken och barnets beteendeutveckling, vilket kan ha betydelse som föregångare till AD/HD-problematik. (Kontaktperson Per Gustafsson)

Medicinering med centralstimulantia

Barn med ADHD/DAMP studeras med avseende på hjärnfunktion, med eller utan medicinering av centralstimulantia, samt en långtidsuppföljning av hur hyperaktiva barn som behandlats med centralstimulantia under 60-70 talen fungerar idag utifrån medicinska och sociala aspekter. (Kontaktperson Per Gustafsson)

Barn med hyperaktivitet, koncentrationssvårigheter och impulsivitet har på senare år rönt stor uppmärksamhet inte bara i massmedia utan också inom forskarsamhället. Många forskningsprojekt bedrivs både internationellt och i Sverige. Inom ramen för Linköpings Universitet bedrivs aktiv forskning inom fältet vid Institutionen för beteendevetenskap (IBV) och vid Centrum för Handikappvetenskap (CHV). I Norge pågår ”Atferdsprosjektet” med syfte att bistå kommunerna med att införa två behandlingserbjudanden, Parent management training (PMT) och Multisystemisk terapi (MST) för familjer som har barn/ungdomar med allvarliga beteendestörningar.^{76,77}

Litteraturförteckning

1. American Psychiatric Association. MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press, 1995.
2. Landstinget i Östergötland. Medicinska programmet Psykisk ohälsa del 1, 1998:63-4.
3. Wrangsjö B, red. Barn som märks. Stockholm: Natur och Kultur, 1998.
4. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. NIH Consensus Statement, Nov 1998 [Online]
http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110_intro.htm
5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with AD/HD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; suppl 36:10.
6. Kärve E. Hjärnsnöken: DAMP och hotet mot folkhälsan. Eslöv: Symposion, 2000.
7. Gillberg C. Deficits in attention, motor control and perception. Follow-up from pre-school to the early teens. *Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 1987; 113.
8. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A life-span perspective. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:suppl 7.
9. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain – a review. *J Psychol Psychiatr* 2000; 41:97-116.
10. Ljungberg T. ADHD hos barn och ungdomare – diagnostik, orsaker och farmakologisk behandling. Preliminär version 2001-05-20. Socialstyrelsen, 2001.
11. Nigg J, Hinshaw S. Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychol Psychiatr* 1998; 39:145-59.
12. Barkley RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder, self regulation and time: towards a more comprehensive theory. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1997; 18:271-9.
13. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press, 1998.
14. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder : a clinical work-book. New York: Guilford Press, 1998.
15. Ito M. Neurobiology: internal model visualized. *Nature* 2000; 403:153-4.
16. Images of attention deficit disorder [Online]
<http://www.brainplace.com/bp/atlas/ch12.asp>
17. Gillberg C, Rasmussen P. Perceptual, motor and attitudinal deficits in seven-year-old children: background factors. *Dev Med Child Neurol* 1982; 24(6):752-70.
18. Landgren M. Deficits in attention, motor control and perception - DAMP. Epidemiologic, etiologic, diagnostic and learning aspects. Doktorsavhandling, Department of child and adolescent psychiatry, Göteborg University, 1999.
19. Gjone H, Stevenson J, Sundet JM. Genetic influence on parent-reported attention-related problems in a Norwegian general population twin sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(5):588-96 ; discussion 596-8.
20. State MW, Lombroso PJ, Pauls DL, Leckman JF. The genetics of childhood psychiatric disorders: A decade of progress. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:946-62.
21. Biederman J, Faraone S et al. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:526-33.
22. Milberger S, Biederman J et al. Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: issues of gene-environment interaction. *Biol Psychiatry* 1997; 41:65-75.
23. Ijzendoorn M, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg M. Disorganized attachment in

- early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999; 11:225-49.
24. Solomon J, George C. The place of disorganization in attachment theory: linking classic observations with contemporary findings. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization*. New York: The Guilford Press, 1999:3-32.
 25. Vondra J, Barnett D. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1999; 258:64.
 26. Hellgren L. *Psychiatric disorders in adolescence. Longitudinal follow-up studies of adolescent onset psychoses and childhood onset deficits in attention motor control and perception*. Doktorsavhandling, Department of child and adolescent psychiatry, Göteborg University, 1994.
 27. Loeber R, Farrington DP. *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.
 28. Carr A. Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. *J Fam Therapy* 2000; 22:29-60.
 29. Modigh K, Berggren U, Sehlin S. Stor risk för DAMP/AD/HD-barn att bli missbrukare senare i livet. *Läkartidningen* 1998; 95:5316-9.
 30. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1424-31.
 31. Taylor E. Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness. *Dev Psychopathol* 1999; 11:607-28.
 32. Danckaerts M, Heptinstall E, Chadwick O, Taylor E. A natural history of hyperactivity and conduct problems: self-reported outcome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9:26-38.
 33. Socialstyrelsen. *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10)*. Stockholm, 1996.
 34. Gillberg C. *Neuropsychiatric aspects of perceptual, motor and attentional deficits in seven-year-old Swedish children*. Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1981; 408.
 35. Gustafsson PA. *Behaviour problems in pre-school children: An epidemiological study at Swedish day-care centres*. *Nord J Psychiatry* 1995; 49:55-61.
 36. Kadesjö B. *Neuropsychiatric and neurodevelopmental disorders in a young school-age population: epidemiology and comorbidity in a school health perspective*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, 2000.
 37. Duvner T. *Barneuropsykiatri MBD/DAMP, autistiska störningar, dyslexi*. Stockholm: Liber Utbildning, 1994.
 38. BUP-klin, Uppsala Akademiska Sjukhus, 1999 [Online] <http://www.uas.se/lul/uas/psyk/bup/index.htm>
 39. Nilsson K, Pelling P. Tourette syndrom. Symtom, samsjuklighet och behandling, 1999 [Online] <http://www.uas.se/lul/uas/psyk/bup/ext/tourette/tsbok.pdf>
 40. Zetterqvist Nelson K. På tal om dyslexi. Akademisk avhandling. Tema Barn, Universitetet i Linköping. *Linköping Studies in Arts and Science* 2000; 209.
 41. Wasteson E, Olofsson G, Fristedt A. *Omhändertagandet av barn och ungdomar i Östergötland med neuropsykiatriska problem*. Rapport juni 1998.
 42. Hellström A. *Nu är det vår tur. Samhällets stöd till barn med MBD/DAMP*. Stockholm: Liber Utbildning, 1995.
 43. Duvner T. *ADHD - impulsivitet, överaktivitet, koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber, 1998.
 44. Kadesjö B. *Barn med koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber Utbildning, 1992.
 45. Larsson B, Frisk M. Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16 year-old Swedish school children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8:24-33.

46. Läkemedelsverket. Info från Läkemedelsverket 3:99.
47. Smedje H, Broman J-E, Hetta J, von Knorring A-L. Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and difficulties questionnaire". *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8:63-70. (www.sdqinfo.com)
48. Bengtner A, Iwarsson B. Varför vill ingen leka med Dennis? Sävedalen: Säve förlag, 2000.
49. Granberg A. Tre svenska utbildningar i musikterapi. Licentiatsuppsats. Centrum för musikpedagogisk forskning, Stockholms universitet, Musikhögskolan, 2000.
50. FMT-metodens hemsida [Online] www.fmt-metoden.se
51. Kazdin A, Wassell G. Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:4.
52. Goldstein AP, Glick B, Gibbs JC. ART - aggression replacement training. Aneby, 2000.
53. Feindler EL, Ecton RB. Adolescent anger control: cognitive-behavioural techniques. Needham Heights: Allyn & Bacon, 1994.
54. Gibbs JC, Potter GB, Goldstein AP. The EQUIP program: Teaching youth how to think and act responsibly through a peer-helping approach. Champaign, IL: Research Press, 1995.
55. Barkley R. A new look at ADHD: inhibition, time and self-control (videotape). New York: Guilford Press, 2000.
56. Beckman V, Kärnevik M, Schaumann H. Gång på gång - pedagogik vid autism. Stockholm: Natur och Kultur, 1994.
57. Gillberg C. Ett barn i varje klass. Stockholm: Cura, 1996.
58. Hansson K. Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt. Stockholm: Gothia, 2001.
59. Kazdin A. Parent management training: evidence, outcomes, and issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:10.
60. Kadesjö C. Att utveckla barns sociala kompetens: insatser via Marte Meo metoden till barn. Rapport/Barn- och ungdomspsykiatriska institutionen: Umeå universitet 1998; 2.
61. All kinds of minds [Online] <http://allkindsofminds.org/>
62. Grundskoleförordningen, 5 kap. 1§.
63. Gymnasieförordningen, 1 kap. 11§.
64. Lpo 94. Läroplan för det obligatoriska skolväsendet. Grundskolan, sameskolan, specialskolan och den obligatoriska särskolan, sid 9.
65. Wadström O. Att förstå och påverka beteendeproblem. Uppsala: 1995.
66. Zeiner P. Response to methylphenidate in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica* 1999; 88:298-303.
67. Texas medication algorithm project. *J Am Acad Child Adol Psych* 2000; 39:908-19.
68. Goldman L, Genel M, Bezman J and Slanetz P for the AMA. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA* 1998; 279:1100-7.
69. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59:suppl 7:4-16.
70. Gillberg C, Kopp S et al. Long term stimulant treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:857-64.
71. Gillberg C. Centralstimulantia till överaktiva barn? Dags att mjuka upp inställningen till en effektiv behandling. *Läkartidningen* 1997; 23:2161-2.
72. Gillberg C. Nordisk enighet om DAMP/AD/HD. *Läkartidningen* 1999; 30-31:3330-3331.
73. MTA-studien. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-86.
74. Ekman Jandinger T. Stimulants in AD/HD, a controversial treatment only in Sweden? Linköping: Department of child and adolescent psychiatry reports 1999; 23.

75. Biederman J, Wilens T, Mich E, Spencer T, Faraone S. Pharmacotherapy of attention deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999; 104:20.
76. Atferdsprosjektet [Online] <http://www.atferd.uio.no>
77. Metodene – ekspertenes modellvalg i Atferdsprosjektet [Online] <http://www.atferd.uio.no/metodene.html>
78. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken Östra sjukhuset/Sahlgrenska universitetssjukhuset. Vårdprogram för DAMP/ADHD. Göteborg, 1996.
79. Wechsler D. Wechsler intelligence scale for children. Svensk version, projektledare Karin Sonnander. Stockholm: Psykologiförlaget, 1999.
80. Wechsler D. Wechsler preschool and primary scale of intelligence – revised. Svensk version, projektledare Eva Tideman. Stockholm: Psykologiförlaget, 1999.
81. Alin-Åkerman B, Nordberg L. Griffiths'utvecklingsskalor I och II. Stockholm: Psykologiförlaget, 1980.
82. Roid GH, Lucy J, Miller LJ. Leiter international performance scale-revised. Wood Dale: Stoelting, 1997.
83. Korkman M. Nepsy. Stockholm: Psykologiförlaget, 2000.
84. Rydberg S, Högheim R. SPIQ, snabbt performancetest på intelligens (IQ). Stockholm: Psykologiförlaget, 1974.
85. Gardner MF. TVPS, test of visual-perceptual skills. San Fransisco: Health Publishing Company, 1988.
86. Beery KE. The Beery-Buktenica developmental test of visual-motor integration. 4th edition, revised. New Jersey: Modern Curriculum Press, 1997.
87. Meyers JE, Meyers KR. Rey complex figure test and recognition trial manual. Svensk version Håkan Nyman. Stockholm: Psykologiförlaget, 1999.
88. Grant DA, Berg EA. Wisconsin card sorting test – WCST, revised and expanded. Svensk version Håkan Nyman. Stockholm: Psykologiförlaget, 1993.
89. Halstead-Reitan RM. Neuropsychological test batteries for adults and children. Tucson: Reitan Neuropsychological Laboratories, 1987.
90. Beck AT, Robert A, Steer RA. BDI, Beck depression inventory. Stockholm: Psykologiförlaget, 1996.
91. Larsson B, Melin L. Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85(1):17-22.
92. Spielberger CD. Manual for the State-trait anxiety inventory for children. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1973.
93. Ollendick TH. Reliability and validity of the revised Fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy* 1983; 21:685-92.
94. Ouvinen-Birgerstam P. Jag tycker jag är. Stockholm: Psykologiförlaget, 1985.
95. Häggström I, Lundberg I. Lyssna på orden, bedömning av fonologisk medvetenhet efter Bornholmsmodellen, 1997. Ing-Read, fax 013-27 47 05.
96. Jacobsson C. Ordkedjor, reviderad upplaga. Stockholm: Psykologiförlaget, 1997.
97. Järpsten B. DLS för klasserna 2 och 3. Stockholm: Psykologiförlaget, 1999.
98. Johansson M-G. MG-kedjor, 1999. (e-post maj-gun.johansson@swipnet.se)
99. Johansson M-G. LS, klassdiagnoser i läsning och skrivning för högstadiet och gymnasiet. Stockholm: Psykologiförlaget, 1992.
100. Torneus M, Taube K, Lundberg I. Umesol. Stockholm: Psykologiförlaget, 1984.
101. Frost J, Nielsen J. IL-basis. Stockholm: Psykologiförlaget, 1996.
102. Olofsson Å. Ordavkodning, 1994 [Online] www.lpc.ostersund.se
103. Järpsten B, Taube K. DLS för klasserna 4-6. Stockholm: Psykologiförlaget, 1997.
104. Oesterheld J, Tervo R. Clonidine: A practical guide for usage in children. *SDJ Med* 1996; 49:234-7.
105. Scahill L et al. Tourette's syndrome, part II: Contemporary approaches to assessment and treatment. *Archives of Psychiatric Nursing* 1993; 7:209-16.

Vårdprogrammets process

Medarbetare i vårdprogrammet

- Huvudredaktör: Marianne Helgesson, leg psykolog leg psykoterapeut, BUP-klin US Linköping
- Huvudförfattare: Per Gustafsson, docent i barn- och ungdomspsykiatri leg psykoterapeut, BUP-klin US Linköping
- Referensgrupp: Ann Björkman, spec. i barn- och ungdomspsykiatri leg psykoterapeut, BUP-mott Norrköping
Eva Wasteson, leg psykolog leg psykoterapeut, BUP-mott Mjölby
Anki Ekberg, leg psykolog, Elevstödsenheten Mjölby kommun
Ann Fristedt, spec. i barn- och ungdomspsykiatri, Elevhälsan Linköpings kommun
Lena Jansson, leg psykolog, BUH Ekhaga Resursenhet, Linköping

Arbetsgång

- 1998-04-03 Upptaktsmöte för all BUP-personal i Östergötland
- 1998-06-04 Planeringsmöte för fastställande av tidsplan och arbetsgång
- 1998-10-02 Seminarium med inbjudan till alla BUP-medarbetare i Östergötland
- 1998-11 Arbetet vilar medan länsplanering pågår
- 1999-03 Arbetet återupptas
- 1999-05-03 Möte för avstämning mellan författare till samtliga pågående vårdprogram
- 1999-09-30 Byte av huvudförfattare
- 1999-11-01 Planeringsmöte med delar av referensgruppen
- 2000-02-04 Möte med referensgruppen
- 2000-03-24 Möte med referensgruppen
- 2000-05-31 Möte med referensgruppen
- 2000-09-18 Möte med referensgruppen
- 2000-11-24 Seminarium med inbjudan till BUP-personal i länet samt berörd personal från BUH, BHV och skolan. En preliminär version av vårdprogrammet presenteras
- 2000-12-05 Möte med referensgrupp
- 2001-03-14 Möte med referensgrupp
- 2001-04-02 Möte med referensgrupp
- 2001-04-20 Seminarium med inbjudan till BUP-personal i länet samt berörd personal från BUH, BHV och skolan
- 2001-06-08 Vårdprogrammet skickas på remiss till länets BUP-enheter och Ekhaga Resursenhet
- 2001-09-01 Deadline för remissvar.

Litteratursökning

Sökning har gjorts i följande register: MEDLINE

Revidering

Ansvar för uppföljning åvilar huvudförfattaren, som följer kunskapsutvecklingen inom fältet och ombesörjer uppdatering av vårdprogrammet vid behov.

En första allmän revidering skall vara gjord senast 2004-12-01.

Kontaktperson

Psykolog Marianne Helgesson
BUP-kliniken
Universitetssjukhuset
581 25 Linköping
Tel. 013-22 42 07 (exp)
Tel. 013-22 41 93 (mott)
Fax. 013-22 42 34
E-mail: marianne.helgesson@lio.se

Bilaga 1

Diagnostisk bedömning

[Fritt efter vårdprogram från Göteborg⁷⁸]

Anamnes

1. Hereditet

Har föräldrarna och deras förstagrads släktingar haft motoriska svårigheter, svårigheter med uppmärksamhet (är eller varit rastlösa, svårt att sitta stilla) varit hyperaktiva som barn? Finns det någon i släkten som har epilepsi, enures, språkstörning (svårt att uttala ord, sen talutveckling), läs- och/eller skrivsvårigheter, gått i hjälpklass, OBS-klass eller haft någon stödundervisning? Har gymnastik varit ett jobbigt ämne? Är någon i släkten förståndshandikappad? Har någon autism, en udda personlighet eller tics? Finns någon med alkoholberoende eller narkotikamissbruk i släkten? Har någon varit psykiskt sjuk och vårdats på sjukhus (depression, självmordsförsök, maniska tillstånd)?

2. Graviditet

Hur mådde modern under graviditeten? Har modern tagit någon medicin? Har modern haft någon allvarlig infektion eller varit sjuk på annat sätt (t.ex. blivit opererad)? Har modern haft havandeskapsförgiftningssymtom (preeklampsi) med symtom som äggvita i urinen, ödem och tagit vätskedrivande medicin? Har modern rökt under graviditeten, druckit alkohol (när under graviditeten, speciellt mycket under någon tid) eller använt narkotika?

3. Förlossning

Beskrivning av förlossningen och eventuella komplikationer under denna: Hur länge varade förlossningen? Fick modern smärtlindring? Föddes barnet på sjukhus? Behövde värbarnet igångsättas? Hur såg barnet ut, ansiktsfärg? Skrek barnet med detsamma? Fick modern upp barnet på magen? När fick modern lägga barnet till bröstet? Föddes barnet i normal tid (underburet, överburet)? Födelsevikt? Flyttade barnet till någon annan avdelning? Skrevs barnet och modern ut samtidigt?

4. Tidig psykomotorisk utveckling

BVC-journal innehåller ofta mycket matnyttiga uppgifter, rekvirera den. Hur var barnet som spädbarn? Skrek det mycket? Sov mycket eller var vakert ofta (modern fick väcka barnet då det skulle ha mat, var så snällt att man knappt märkte att det fanns, sov inte längre än i 20 minuters pass)? Hur var sugförmågan, hur länge ammad barnet och hur såg matsituationen ut? Hur var barnets kontaktförmåga: ögonkontakt, första leendet, vilja vara med? Formade sig barnet efter mammas kropp när det ammad? Sträckte barnet upp armarna för att bli upplyft ur sängen? Kröp barnet på ett vanligt sätt (alt stjärthasade)? När gick barnet? Var barnet hyperaktivt efter att det börjat gå (sprang jämt, klättrade)? Hur har jollret varit (varierande, jollrade lite)? När började barnet tala och hur utvecklades talet (otydligt tal, talade tidigt helt rent)? När kunde barnet sluta med dag- och nattblöja eller har barnet aldrig varit helt torrt och/eller

rent? Var något annorlunda än vad föräldrarna sett hos sina övriga barn eller hos vänners barn?

5. Tidigare sjukdomar
Har barnet haft mycket infektioner (öroninfektioner)? Har barnet fått rör inopererade i ”öronen”? Har barnet legat på sjukhus, varit med om någon olyckshändelse, frakturer, hjärnskakning eller fått i sig något skadligt ämne (diskmedel, ”propplösare”)? Har barnet haft feberkramper? Har barnet skelat och blivit opererad för det? När fick barnet glasögon? Är barnet allergiskt mot något?
6. Tidigare utredningar
Hur gick 4 och/eller 5,5 års-kontrollen? Tyckte barnet det var roligt eller medverkade barnet inte? Har barnet haft logopedkontakt eller träffat talpedagog? Har BVC-psykolog, förskolepsykolog eller skolpsykolog träffat barnet? Har barnet tidigare haft BUP-kontakt? Ibland har föräldrar glömt, varför en koll mot BVC-journalen bör göras.
7. Psykosocialt
Hur ser familjesituationen ut? Arbetar modern, fadern? Antal syskon och ålder på dem? Familjens ekonomiska situation i stort? Är någon sjukskriven, arbetslös? Går barnet på daghem, i skola? Vilken klass och skola går barnet i? Har barnet haft specialundervisning, elevassistent, gått om klass? Uppbär familjen vårdbidrag? Hur bor familjen? Har familjen flyttat ofta? Har det varit mycket sjukdom eller något dödsfall i familjen eller släkten? Har familjen eller någon familjemedlem varit med om något trauma? Är föräldrarna separerade? Vem har vårdnaden om barnet? Hur ofta träffar barnet den andre föräldern? Socialt kontaktnät? Hjälp med barnpassning? Fritidssysselsättningar?
8. Aktuell anamnes
9. Använd beprövade skattningsskalor, t.ex. ASEBA-familjen (CBCL till fld, TRF till lärare och YSR till barnet självt)⁴⁵, SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire som också finns i både fld, lärar och barn version)⁴⁷, Conner’s⁴⁶.

Att tänka på i förskoleåldern

1. Uppmärksamhet och aktivitetsgrad
Är barnet ständigt i rörelse? Har barnet svårt att sitta stilla, avslutar sällan något? Hur fungerar det på samlingar på dagis/förskolan? Har det svårt att komma till ro och att somna? Kan barnet sitta långa stunder i knäet? Tycker barnet om när man läser för det? Lyssnar barnet?
2. Motorisk kontroll
Trillar barnet och slår sig ofta? Gör barnet sönder mycket saker? Tar barnet för hårt i människor och djur? Äter barnet söligt? Hur går det att cykla, simma och att dra upp en dragkedja? Kan barnet klä sig själv, kan det knyta skosnören?
3. Kamratkontakter

Har barnet jämnåriga lekkamrater? Är leken mycket av knuffkontakt? Blir det lätt konflikter och bråk? Får barnet vara med de andra barnen? Tröttnar andra barn på ditt barn? Styr och ställer det över andra barn?

4. Övrigt

Visar barnet rädsla, är det våghalsigt eller ängsligt? Blir barnet ofta argt för småsaker? Är det svårt att få kontakt med det då? Är barnet negativt? Är barnet mycket högljutt? Är barnet ljudkänsligt? Hurdan är barnets mättnadskänsla och smärtupplevelse? Kan barnet ha kläder som sitter åt (föredrag att springa omkring naken)? Är barnet uppmärksamhetskrävande? Bryr det sig om regler? Kan barnet en sak bra ena dagen men inte den andra? Har barnet ofrivilliga rörelser (t.ex. ögonblinkningar, rynkar näsan, rycker på axeln) eller ofrivilliga ljud (harklingar, fnysningar, ord)? Stammer barnet? Är barnet helt torrt och/eller rent?

Att tänka på i skolåldern

1. Uppmärksamhet och aktivitetsgrad

Kan barnet sitta still hela lektionstimmen? Måste det ständigt ha något att pilla med? Har barnet svårt att komma igång med en uppgift, måste föräldrarna tjata för att det skall göra all dagliga rutiner (ta på sig, tvätta sig mm)? Kommer barnet av sig i sin aktivitet och börjar istället med något annat eller dagdrömmer? Har barnet svårt att följa instruktioner om läraren inte riktar sig speciellt till det? Är barnet klassens clown?

2. Läsning och skrivning

Hur går det med läsning och skrivning? Läser barnet böcker eller bara serier? Hur skriver barnet, långsamt, fult? Hur klarar barnet matematik, lästal?

3. Motorisk kontroll

Kan barnet åka skridskor, simma bröstsim, cykla? Klarar barnet att följa regler i lagsporter? Kan barnet bygga modeller, pyssla, sy? Kan barnet torka sig?

4. Kamratkontakter

Har barnet jämnåriga kamrater? Är det utanför i gruppen men vill vara med eller är barnet nöjt med att vara för sig själv? Blir det mycket konflikter med andra barn, slagsmål? Blir barnet retat eller mobbat?

5. Övrigt

Hur mår barnet: Är det ledset, retligt, vill inte leva? Talar barnet för sig självt när det leker? Hur är barnet mot andra barn eller vuxna: hänsynsfullt, generöst, snällt, egoistiskt, distanslöst, verbalt oförskämt? Bryr barnet sig om auktoriteter? Kan barnet ha klocka på sig? Kan barnet klockan, tidsplanera? Har barnet lokalsinne? Har barnet svårt att lära sig namn på klasskamrater, veckor, dagar, månader?

Medicinsk utredning

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

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

2. Neuropsykiatriskt status
Undersöks med avseende på: Ögonkontakt, kroppskontakt, aktivitetsgrad, koncentrationsförmåga, distraktibilitet, impuls kontroll, prosodi, språklig förmåga, tics, stereotypier, grov uppskattning av motorisk förmåga, syn, hörsel och begåvning. Samarbetar barnet i undersökningen? Vad händer om man tar en paus, blir barnet hyperaktivt eller kan det vänta?
3. Bedömning av allmäntillståndet
Vikt och längd tas, hudkostymen granskas (med tankar på café au lait fläckar mm), stigmata noteras enligt Minor Physicals Anomalies, MPA (0-2 poäng är normalt. Barn med DAMP brukar ha mellan 2-4 poäng).
4. Neuromotorisk undersökning (se bilaga 2, sid 49!)
Vid den neuromotoriska undersökningen ingår en bedömning av barnets grovmotorik, finmotorik och balans. Om resultaten är svårvärderade eller om barnet har stora motoriska problem skickas remiss till sjukgymnast. Grov skattning av visuell, taktil och kinestetisk perceptionsförmåga liksom av barnets planeringsförmåga görs. Mer ingående testning utförs av psykologen. Hänthet, rutinreflexer och ögonrörelser undersöks.

Viktigt vid undersökningen är observation av barnets beteende, (t.ex. svårt att misslyckas, tycker sig klara allt bra fast det egentligen har mycket svårt för uppgifterna, låg självkänsla) dess förmåga att samarbeta och ta instruktioner.

Psykologisk utredning

Vid den psykologiska bedömningen är det viktigt att se **helheten**, dvs. såväl barnets tillgångar som svårigheter. Man får således inte begränsa utredningen till ett funktionsområde, i synnerhet inte då barns svårigheter sällan är begränsade till ett område. Det vanliga är att man finner problem inom flera områden, t.ex. uppmärksamhetsproblem i kombination med språksvårigheter. Testresultat bör bedömas både **kvantitativt och kvalitativt**. Observationer i **olika situationer** är dessutom viktiga

A. Allmän kognitiv funktion

- WISC⁷⁹, WPPSI⁸⁰
- I vissa fall kan man behöva använda Griffiths' utvecklingsskala⁸¹ eller Leiter-R⁸²

B. Språklig funktion

- Verbala delar i WISC och WPPSI
- Språkliga deltest i Nepsy⁸³ (Fonologisk bearbetning, Förståelse av instruktioner, Namngivning av kroppsdelar, Oralmotoriska serier, Ordflöde, Påskyndad benämning, Repetition av nonsensord).
- Ibland kan SPIQ⁸⁴ vara bra att använda.

C. Visuospacial funktion

- Visuella delar i WISC och WPPSI
- Visuo-spatiala deltest i Nepsy (Blockkonstruktion, Figurkopiering, Kartläsning, Pilar)
- TVPS⁸⁵
- VMI⁸⁶
- Rey-Osterreith Complex Figure Test (RCFT)⁸⁷.

D. Uppmärksamhet

- Delar i Nepsy (Auditiv uppmärksamhet och auditivt svarsmönster, Visuell uppmärksamhet), Olika datortest som Romny, T.O.V.A, OPTAx.

E. Impulskontroll

- Delar i Nepsy (Knack och klapp, Staty)

F. Strategi/planering/flexibilitet

- Delar i Nepsy (Bildflöde, Tornet)
- Wisconsin Card Sorting Test⁸⁸
- Trail Making Test⁸⁹

G. Minnesfunktioner

- Delar i Nepsy (Minne för ansikten, Minne för berättelse, Minne för namn, Minne för ordlista, Repetition av meningar).
- WISC: Sifferserier
- RCFT
- Leiter-R: minnesdelen

H. Depression

- BDI⁹⁰ eller CDI⁹¹

I. Ångest

- STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children⁹²)
- FOBI-formuläret
- FSSC-R (Fear Survey Schedule for Children⁹³)

J. Självskattningsformulär

- Jag tycker jag är⁹⁴
- Ansula^{*}

* Utarbetat 1998-1999 av psykologer och pedagoger vid Akademiska Barnsjukhuset i Uppsala under ledning av neuropsykolog M Kihlgren. Huvudsakligen baserat på Anser-System (Levine MD, 1981) i översättning och bearbetning av E Isberg leg psykolog och G Fransson, specialpedagog vid Barnpsykiatriska enheten, Kärn sjukhuset, Skövde.

Pedagogisk utredning

Svenska

Rekommendationen är att alla elever genomgår screening test i svenska för att man skall fånga upp elever med svårigheter. Många skolor har utarbetade program för detta. Man får inte heller glömma den information man får via de nationella proven. I de fall man misstänker läs- och skrivsvårigheter bör man sedan gå vidare med ytterligare utredning.

Exempel på användbara screening instrument:

- År 0-1 Lyssna på orden⁹⁵
- År 2-3 Ordkedjor/bokstavskedjor⁹⁶
DLS⁹⁷
- År 4-6 Ordkedjor/bokstavskedjor
DLSM[#]
- År 7-9 MG-kedjor⁹⁸
LS⁹⁹

Exempel på tester för vidare utredning:

- Umesol¹⁰⁰
- IL-basis¹⁰¹
- Ordavkodning¹⁰²
- Nya DLS¹⁰³

Matematik

I matematik finns det idag inga standardiserade test utan man får använda de kartläggande diagnoser som följer till läromedlen. De nationella proven ger även värdefull kunskap. Exempel på screening test följer nedan.

Matematikscreening*, finns i tre versioner:

- För åldrarna 7-8 år Screening I
- För åldrarna 11-12 år Screening 2
- För åldrarna 16-17 år Screening 3

[#] Björkquist L-M, Järpsten B, Stadler E.

* Utarbetat av leg psykolog Björn Adler. För ytterligare information kontakta Kognitivt Centrum Södra Sverige AB, Västra Lindviksvägen 8, 236 32 Höllviken, fax 040-45 18 40

Bilaga 2

Neuromotorisk undersökning

För statusmall, se sid 51!

Bedömning av finmotorik

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

Bishop´s test (test som undersöker planeringsförmåga, visuell perceptionsförmåga och finmotorik). Barnet skall hålla pennan på pappret medan det löser uppgiften, skall göras på tid och samtidigt med bägge händerna. Överkorsningar räknas. Det är patologiskt om barnet gör fler än 6 fel med den dominanta handen och en skillnad på mer än 6 fel mellan höger och vänster hand.

Klippa cirkel (ha både en höger och en vänster sax tillhands, för 6-åring $\geq 20\%$ för mkt eller för litet eller >120 sek = patologiskt).

Bedömning av taktil perception

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

Bedömning av kinestetisk perception

Härmtest, imitation av rörelser

Mimik (blunda, rynka pannan, slicka sig i mungiporna, rynka på näsan, räcka ut tungan)

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

Handpreferens (normalt etablerad 5/5 vid 5 års ålder). Lateralitetstest, göra fem saker och se vilken hand barnet använder (hänthet, ambidexter)

Bedömning av planeringsförmågan

Diadochokinesis (mest tillförlitlig fr.o.m. 8 år, ger "alltid" utfall vid DAMP)

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

Bedömning av grovmotorik

Hopp på ett ben

Balansstående på ett ben, 1 min (om en sexåring klarar detta så har barnet inga balansproblem och mycket lite koncentrationsproblem). Kan försvåras genom att hålla händerna i midjan och vinkla det upphållna benet mot det ben barnet står på.

Gå på tå och hälar, Fog's test (med detta test finns viss risk för att undersökaren bedömer resultatet alltför patologiskt, bör därför vägas samman med andra resultat)

Växelhopp, enkla hopp för yngre barn (fr. o m 6 år). Avancerade hopp, motsatt arm rörs växelvis med motsatt ben (fr. o m 8 år)

Kasta och fånga en boll (barn brukar kunna detta vid 5 år)

Sedvanliga rutinreflexer (normala, stegrade eller bortfall).

Tabell 1. Förekomst av ”marked abnormality” på nio screeningtest hos 6-åringar (%)

<i>Test</i>	<i>Marked abnormality</i>	<i>DAMP</i> (n=62) %	<i>Kontroll</i> (n=51) %
• Bishop's test	> 7 fel	40	10
• Figurkopiering	≥ 1 figur utan likhet	55	8
• Klippa ut 10 cm cirkel	≥ 20% för mkt eller för litet eller > 120 sek	36	2
• Diadochokinesi antal/10 sek	≤ 10st med sämsta handen	64	8
• Stå på ett ben 20 sek	≤ 10sek	48	0
• Prechtl	spooning	14	0
• Gå på häl	förmår bara höja tårna några sek	21	0
• På utsidan = Fog's test	armbågsböjn > 60% och abdukt av armar	77	14
• Hoppa >20 hopp på ett ben	≥ 2 missar med fotisättning	50	2

Kompletterande medicinsk utredning

Remiss för hörselundersökning, audiologisk avd.

Något för länsteamet att fundera vidare på!

Neuromotorisk undersökning, statusmall

(Per Gustafsson jan 2000 efter Rasmussen-Gillberg-Landgren) Undersökare

Namn Födelsedata Datum

- Nio screening test för 6-åringar (Landgren)

Papper-penna uppgifter (se resultat på separat papper)

Skriv namnet, Skriv siffror, • Bishop's test (över 7 år ≤ 5 fler fel med "fel" hand OK, för 6-åring är > 7 fel "marked abnormality", "ma"), • Figurkopiering (för 6-åring är ≥ 1 figur utan likhet = "ma"), • Klippa ut 10 cm cirkel (för 6-åring $\geq 20\%$ för mkt eller för litet eller > 120 sek = "ma"), Rita en mänska.

Sittande

Fingerlyftning från bordsskivan; blundande, enkelt, korsat	OK	tveksamt	avvikande
Fingeropposition	OK	tveksamt	avvikande
Fingersekvens	OK	tveksamt	avvikande
Finger-näs	OK	tveksamt	avvikande
Korsa medellinjen hand-öra	OK	tveksamt	avvikande
Penna mot penna (Din egen)	OK	tveksamt	avvikande
Trä pärlor	OK	tveksamt	avvikande
Stereognosis (skriv i handflatan 5,3,4,6,1)			Antal fel:
Mimik (vissla, visa tänderna, blunda, tungrörelser, svalgreflex, munhåla)	OK	tveksamt	avvikande
Ögonens ställning (strabism)	OK	tveksamt	avvikande
Ryckiga ögonrörelser	OK	tveksamt	avvikande
Handpreferens (normalt etablerad 5/5 vid 5 års ålder).			
Presentera 5 olika alternativ: dricka ur glas, kamma sig, kasta liten boll, skriva med penna, äta med sked.			
Ange antal gånger med höger/vänster: ____/____			

Stående

• Diadochokinesi, medrörelser? (6 år flaxar med armbågen = "ma") en hand i taget, antal /10 sek (6 år ≤ 10 st med sämsta handen = "ma", 7 år 15st, 9 år > 20 st, "fel" hand 2-3 färre)	OK	tveksamt	avvikande
• Stå på ett ben 20 sek (6 år ≤ 10 sek = "ma")	Höger	Vänster	
Huksittande uppsittning 5 st	OK	tveksamt	avvikande
• Prechtl (20 sek) spooning (böjning i handled + extension av fingrar 6 år = "ma")	OK	tveksamt	avvikande
armavvikelse från vertikalplan (påtaglig 6 år = "ma")	OK	tveksamt	avvikande
tremor	OK	tveksamt	avvikande
choreiforma eller atetoida rörelser	OK	tveksamt	avvikande
Grasset (20 sek) sidoskillnad?	OK	tveksamt	avvikande
Korsa medellinjen hand-häl	OK	tveksamt	avvikande

Gående

• På häl (förmår bara höja tårna ngr sek 6 år = "ma")	OK	tveksamt	avvikande
• På utsidan = Fog's test, medrörelser? sidoskillnad? (armbågsböjning $> 60\%$ och abduktion av armar 6 år = "ma", 7 år ska kunna OK)	OK	tveksamt	avvikande

Hoppa

• Hoppa > 20 hopp på ett ben (≥ 2 missar med fotisättning 6 år = "ma")	OK	tveksamt	avvikande
Svikthopp	OK	tveksamt	avvikande
Skip (hö - vä)	OK	tveksamt	avvikande
Slalom	OK	tveksamt	avvikande
Indianhopp	OK	tveksamt	avvikande
Allmän motorisk klumpighet?	OK	tveksamt	avvikande

Bilaga 3

Farmakologiska preparat och dosering

T. Ritalina[®] 10 mg (Novartis, metylfenidat). Insättning av eff. efter 0,5 tim, max.eff. efter 1 - 2 tim. T 1/2 2,5 tim. (drygt). Dos 2 - 3 (-4) ggr dagl. Slutdos 0,2-0,5-1,5 mg/kg/d (max. 60 mg/d). Finns som slow release, Ritalina SR 20 mg (ges som morgondos).

T. Metamina[®] 5 mg (Recip, d-amfetaminsulfat). Insättning av eff. efter 0,5 - 1 tim, max.eff. efter 2 tim. T 1/2 nätt 7 tim. Slutdos 0,1 – 0,4 mg/kg/d (max. 40 mg/d)

T. Amfetamin[®] 5 mg (Recip, d- + l-amfetaminsulfat). Insättning av eff. efter 0,5 - 1 tim, max.eff. efter 2 tim. T 1/2 4 - 6 tim. Dos 2 - 3 (-4) ggr dagl. Slutdos 0,2 - 1,1 mg/kg/d (max. 1,5 mg/kg/d)

Imipramin[®]/desimipramin

Utredning med EKG. Börja med 1 mg/kg kroppsvikt (10-25mg/d). Öka efter någon vecka upp till 3 mg/kg kroppsvikt.

Clonidin (Catapresan[®])

Utredning och kontroll¹⁰⁴. Puls, ortostatisk blodtrycks kontroll, fasteblodsocker, blodstatus med diff, kreatinin, leverprover och EKG med frågeställning AV-block innan insättning. Blodtrycks kontroller 1-2 ggr/v under insättning. Labprover och EKG skall upprepas när man nått slutdos av clonidin. Värdering av effekten kan inte göras säkert förrän efter 2-3 månaders behandling. Se även Scahill L et al.¹⁰⁵

Oralt ges 0,25-1 mg x 4. Publicerade artiklar rekommenderar 5-10 mikrogram/kg och dag (150-300 mikrogram/d om man väger 30 kg). Plåsterdosen per dag = samma som peroral, börja med peroral inställning och gå sen över till plåster. För sömnsvårigheter 0,1-0,3 mg vid sänggåendet.

Studera lämpligen Texas Medication Algorithm Project.⁶⁷

Licens

För centralstimulantia måste licens sökas för varje barn hos Läkemedelsverket. För att kunna söka licens måste man vara specialist i barnpsykiatri eller barnhabilitering.

Uppgifter som Läkemedelsverket önskar uppgifter om:

- Diagnosticerad AD/HD enl. DSM-IV
- Ålder 6-12 år
- Aktuell symptom bild
- Grav, förlossning, tidigare kroppslig hälsa
- Tid psykisk utveckling, beteende och ev. psykisk sjukdom

- Psykologisk utredning (aktuell och tidigare) med metoder och resultat inkl. kognitiv nivå (för att utesluta utvecklingsstörning som orsak till barnets svårigheter)
- Neurologisk utredning, inkl. syn och hörsel. Epilepsi skall uteslutas anamnestiskt eller med EEG (sömndepriverat)
- Tidigare och aktuella familjestödjande åtgärder
- Tidigare och aktuella stödåtgärder i för-/skolan
- Annan pågående medicinering, resultat av tidigare medicineringsförsök
- Social situation. Missbruksrisk i närmiljön. Fld:s och skolpersonals inställning till medicinering.

Bilaga 4

Förekomst av neuropsykiatrisk problematik bland barn/ungdomar i Östergötland

5 %	Födda 1979-97	6-års	Lågstadiet	Mellanstadiet	Högstadiet	Gymnasiet	6-års - åk 9	6-års - gymn
Mjölby	6277	20	54	51	45	50	170	220
Vadstena	1761	5	14	14	13	13	46	60
Motala	10321	33	90	84	78	77	285	362
Söderköping	3775	11	32	31	29	32	103	136
Norrköping	28484	87	257	216	199	217	759	976
Linköping	29586	92	256	231	202	215	781	997
Valdemarsvik	2056	6	17	18	16	16	57	74
Finspång	5204	14	47	44	39	42	144	186
Åtvidaberg	3109	9	28	24	22	25	83	109
Boxholm	1344	4	12	11	11	9	38	47
Kinda	2566	8	25	21	18	18	72	71
Ydre	1087	3	10	9	8	8	30	38
Ödeshög	1481	5	13	13	11	12	42	54
Totalt	97051	297	855	767	691	734	2610	3350
5% totalt i Östergötland	4853							

Siffrorna avser 97-12-31

Antal barn/ungdomar med svår neuropsykiatrisk problematik

1 %	Födda 1979-97	6-års	Lågstadiet	Mellanstadiet	Högstadiet	Gymnasiet	6-års - åk 9	6-års - gymn
Mjölby	6277	4	11	10	9	10	34	44
Vadstena	1761	1	3	3	3	3	10	13
Motala	10321	7	18	17	16	16	58	74
Söderköping	3775	2	7	6	6	7	21	28
Norrköping	28484	17	51	43	40	43	151	194
Linköping	29586	19	51	46	40	43	156	199
Valdemarsvik	2056	1	4	4	3	3	12	15
Finspång	5204	3	9	9	8	8	29	37
Åtvidaberg	3109	2	6	5	4	5	17	22
Boxholm	1344	1	2	2	2	2	7	9
Kinda	2566	2	5	4	4	4	15	19
Ydre	1087	1	2	2	2	2	7	9
Ödeshög	1481	1	3	3	2	2	9	11
Totalt	97051	61	172	154	139	148	526	674
1 % totalt i Östergötland	971							

Siffrorna avser 97-12-31