

Barn og unge med AD/HD

AD/HD og lignende adferdsvansker – skoleperspektivet
Statusrapport 7. april 2006



I tildelingsbrevet fra Kunnskapsdepartementet (KD) til Utdanningsdirektoratet for 2006, står det at man skal sørge for

”utarbeidelse av statusrapport om forskningsinnsats og praktisk arbeid, tverrfaglig og på tvers av forvaltningsområder, for barn og unge med AD/HD og lignende atferdsvansker, frist 15. april 2006”.

Utdanningsdirektoratet har i brev av 13. mars 2006 nedsatt en arbeidsgruppe bestående av rådgiver Gidske Kvilhaug, Torshov kompetansesenter, seniorrådgiver Kirsten Skram, Eikelund kompetansesenter, og psykologspesialist Peter Arnesen, Sørlandet kompetansesenter. Disse har fått i oppdrag å utforme et dokument som kan danne grunnlag for direktoratets tilrådinger.

Gruppen har vært ledet av seniorrådgiver Arne Brandal i Utdanningsdirektoratet.

Innhold

1. Innledning	4
2. AD/HD – stor utfordring for skolen.....	5
2.1 AD/HD- konsekvenser for skolen	5
2.2 Skolens spesialpedagogiske oppgaver i forhold til barn med AD/HD	8
2.3 Skolens sosialpedagogiske oppgaver i forhold til vanskegruppen.....	9
2.4 Skolens deltakelse i tilrettelegging for enkelte elever i samarbeid med eksterne instanser	10
2.4.1 Skolen	10
2.4.2 Den pedagogisk-psykologiske tjenesten	11
2.4.3 Spesialpedagogiske kompetansesentra	11
3. Andre instanser i arbeidet med AD/HD	12
3.1 Helsevesenet	12
3.2 Sosialetat, barnevern, trygdeetat, Aetat o.a.	13
4. Tiltak innenfor utdanningssystemet	14
4.1 Tiltak i førskolealderen.....	14
4.2 Tiltak i grunnopplæringen.....	14
4.3 Tiltak i videregående opplæring og opplæring på høyskole- og universitetsnivå	17
5. Modeller for godt tverretatlig samarbeid rundt diagnosegruppen	20
6. Konklusjoner – tilrådinger.....	22
7. Litteraturliste	24

1. Innledning

Barn og unge med AD/HD utgjør en betydelig vanskegruppe i skolen. Det oppgis forskjellige prevalenstall alt etter hvilket diagnosesystem som benyttes. Basert på DSM IV finner man en forekomst på 5-10 %, og basert på de litt strengere kriteriene i ICD 10 finner man en forekomst på 1-2 % (Andersson, 2004). Internasjonalt synes det å være enighet om en forekomst på 3-5 % (Barkley, 2002: Sosial- og helsedepartementet, 2005). Sakkyndig team ved Ullevål (Lensing, 2002) beregnet at dette ville tilsvare et antall på mellom 10 000-50 000 barn innenfor aldersspennet <18 år her i Norge. En relativt høy prosentandel (opp til 70 %) av gruppen har også tilleggsvansker (komorbide vansker). Dette kan være spesifikke lærevansker som krever spesialpedagogisk innsats, eller det kan være annen samsykdom (Tannock, 2006). Komorbide vansker blir en ekstrabelastning for en som fra før av har konsentrasjonsproblemer og ikke klarer å nyttiggjøre seg ressursene sine. AD/HD er svært ofte assosiert med sosiale vansker fordi personens evne til å lære hensiktsmessig mestring er påvirket.

AD/HD-problematikken utgjør den tallmessig største gruppen innenfor denne rapportens nedslagsfelt i skolen, men det finnes en rekke andre vanskegrupper innenfor det som kalles "lignende atferdsvansker" som skolen må forholde seg til. Vi tolker det slik at dette skal dreie seg om medfødte tilstander, ikke psykiatri. Eksempler på dette kan være Tourette syndrom (TS), søvn sykdommer eller ulike syndromer som medfører atferdsvansker. TS har en forekomst på mellom 0.5 – 1 % (Strand, 2004), de andre regnes som mer sjeldne. Skolen må ha den nødvendige spesifikke kompetansen for å møte disse elevene, men tilretteleggingen og det spesialpedagogiske/sosialpedagogiske arbeidet med dem vil likne på det skolen må gjøre ved AD/HD. I rapporten vil derfor hovedfokuset legges på beskrivelser av AD/HD.

Elever med AD/HD er som regel normalt evnemessig utrustet, men forstyrres skolefaglig og sosialt. De sosiale vanskene deres kan føre til mobbing og ekskludering. En kan også finne skolevegning som et resultat av en manglende tilrettelegging i skolemiljøet (Zeiner, 2004).

Det er snakk om en elevgruppe med store vansker med selvkontroll og styring av atferd - det som også med en samlebetegnelse er kalt "eksekutive funksjoner". AD/HD er regnet som en dimensjonal tilstand, dvs. at det er stor heterogenitet innen diagnosegruppen, men også på individuelt nivå vil tilstanden variere i sitt uttrykk. Dels vil en finne variasjoner som er kontekstavhengige, og dels vil en finne naturlige variasjoner over tid. I perioder vil en elev med AD/HD kunne oppfattes som tilnærmet normalfungerende (Barkley, 2006).

Det er stor overlapping til andre tilstander som også har tilsvarende variabelt uttrykk. Dette gjør at det kliniske uttrykket ofte kan blandes sammen, og

skolens personale kan ha vansker med å forstå forskjellene mellom diagnosegruppene.

Noe av årsaken til den høye graden av overlapping og de like uttrykksformene antar man ligger i etiologi. Mange av disse tilstandene har en høy grad av arvelighet. Arvelighet oppgis som en indeks og ligger mellom 0.0 (minst) og 1.0 (størst arvelighet). Man har funnet ut at AD/HD har en arvelighet på 0.8 (Tannock, 2006). Miljøfaktorer vil kunne bidra til å forverre eller redusere vanskene.

2. AD/HD – stor utfordring for skolen

I et utdanningsperspektiv er arbeidet med AD/HD omfattende.

Det omfatter pedagogisk innsats på førskolenivå, i grunn- og videreopplæring og i prinsippet også i høyskole-/universitetsutdanning og voksenopplæring. De to siste nivåene har tradisjonelt ikke vært gjenstand for samme oppmerksomhet som de første, men bør ikke glemmes.

Dette dokumentet tar for seg skolens oppgaver mht. AD/HD innenfor tre områder: Det fagpedagogiske arbeidet, det sosialpedagogiske arbeidet og skolens rolle som aktør og medspiller i planlegging/tilrettelegging og koordinering av arbeidet rundt en AD/HD-elev med instanser utenfor skolen.

2.1 AD/HD - konsekvenser for skolen

AD/HD er kjennetegnet ved symptomer som forårsaker læringsproblemer (oppmerksomhets-svikt, svikt i det som kalles eksekutive funksjoner, sviktende utholdenhet, impulsivitet osv.). Man finner ofte tilleggssymptomer som øker læringsproblematikken: lese-/skrivevansker (20-40 %), atferdsforstyrrelser (60-70 %), motoriske vansker (30-50 %), depresjon (10-20 %), angst (10-20 %) osv. MTA-undersøkelsen fra USA (Jensen, 1999) viser at hele 70 % har slike tilleggsvansker. Levy et.al. (2005) finner at et sted mellom 50 og 80 % av barn med AD/HD også fyller kriteriene til andre diagnoser.

Foruten den læring som finner sted i hjemmet, er skolen den viktigste læringsarena mht. fag og sosial læring. Det å lykkes eller mislykkes her får betydning for seinere karriere, men like viktig er den betydningen det har for eget selvbilde (Goldstein, 1999; Rønhovde, 2005). Barn med AD/HD kan ha en umoden læringsstil og være lite flinke til å analysere og velge beste metode for problemløsning. Dersom de ikke får den riktige spesialpedagogiske og sosialpedagogiske hjelpen, kan dette føre til avmaktsfølelse og undertrytning (Zeiner, 2004). I et konsensusdokument om AD/HD (Barkley, 2002) sies det at 50-70 % av dem med diagnosen oppgir at de har få eller ingen venner. Som en konsekvens av tilkortkomning og manglende mestring øker risikoen for mistilpas-

ning og skjevutvikling. Kriminalisering, rusproblematikk og psykiatri kan være sekundære følger av en dårlig eller ubehandlet AD/HD-tilstand (Wilens, Biederman & Spencer, 2002; Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2005).

Forskning viser at barn med AD/HD har lettere for å falle ut av skolesystemet, og at de er underrepresentert i høyere utdanning. Den amerikanske forskeren Thomas Brown har vist at bare 13 % av AD/HD'ere med høy IQ (>120-130) får universitetseksamen på embetsnivå. 42 % av denne gruppen hadde tidligere i skolekarrieren falt ut av skolen minst en gang. Hans konklusjon er at mennesker med høy IQ og AD/HD faktisk befinner seg i en like høy risikosone mht. skole/utdanning som dem med generelle lærevansker (Brown, 1999). Tall fra Sverige (Kadesjø, 2000) viser at 80 % av en gruppe AD/HD'ere bare hadde gjennomført 12 eller færre skoleår (mot 26 % i en kontrollgruppe). Phiffner (1995) har påvist at opp mot 35 % av elever med AD/HD ikke fullfører videregående opplæring (Strand, 2004).

Det har begynt å komme beregninger på hva alle disse vanskene og konsekvensene egentlig koster i et samfunnsøkonomisk perspektiv - hvis en ikke gir den nødvendige hjelpen tidlig nok. I en stor undersøkelse fra 2003 kommer det fram at voksne med AD/HD har en statistisk påvisbar sikker (signifikant) lavere gjennomsnittlig årsinntekt (ca 20 % reduksjon), og at denne forskjellen var størst for kvinner (Faraone & Biederman, 2005). I nasjonal målestokk (USA) kan man beregne et årlig inntektstap i størrelsesorden \$99.4-115.9 milliarder – alt etter hvilke beregningsmetoder man bruker. Til sammenligning ble det i Florida anslått at orkanen "Florrie" i oktober 2005 påførte delstaten skader for ca \$100 milliarder (CNN, okt. 2005). Russell Barkley sier at den enkelte risikerer å påføres et inntektstap i løpet av livet på \$350-500.000 dersom ikke High School gjennomføres. 32-40 % av ungdom med AD/HD gjennomfører ikke denne utdanningen i USA (Barkley, 2006).

Ulike former for atferdsproblematikk framstår som en av de største utfordringene lærere og skoleledere står overfor i grunnopplæringen (NOU 2003:16). Det er selvfølgelig innbakt en debatt om ressurstilgang i dette, men det er heller ikke uvesentlig hvordan skolene bruker de ressursene de har fått tildelt. Gjennom pedagogisk analyse som gjør lærerne til gode og tydelige ledere, har man via det såkalte LP-prosjektet vist at det er mulig å få fram bedring i læringsmiljøet bare ved å omdisponere lærernes arbeidstid og sette fokus på systematikken i det arbeidet som utføres (Nordahl, 2005). Det finnes et mangfold av beskrevne metoder og planer for hvordan man kan arbeide med problematferd og mestring i skolen. Det er viktig at den enkelte skole og PP-tjeneste finner fram til de metodene som har en dokumentert effekt, og som kan passe inn på den enkelte skole. De kontekstuelle betingelsene elever med AD/HD møter, kan forsterke eller redusere betydningen av de individuelle risikofaktorene, og en må forsøke å tolke problematferd innenfor et systemisk perspektiv der aktørperspektivet også kommer fram (Nordahl, 2005).

AD/HD-symptomer viser seg tidlig, og den beste prognosen får man ved tidlig identifikasjon. Uoppmerksomhet synes å framstå som en frittstående risikofaktor for læreevnen. I flere studier fra Canada, USA og Australia/New Zealand har man sett på hvordan barn med lesevansker og AD/HD helt fra tidlige år utsettes for en dobbel risiko mht. det å måtte ta klasser om igjen, og de synes å få redusert (8-10 %) framtidige resultater innen lesing og matematikk (Tannock, 2005). Spesifikk lesetrening i 1.-3. klasse for barn med lærevansker har ingen effekt når barnet samtidig har symptomer på AD/HD (uoppmerksomhet) som man ikke behandler parallelt - så det er viktig å få identifisert disse barna så tidlig som mulig (Rabiner, 2004).

Som nevnt i innledningen, er det en beregnet forekomst av AD/HD på vel 3-5 %. Det er antatt at AD/HD oftere opptrer hos gutter enn jenter, og forholdet regnes som 1:3 (Biederman 2000, 2004, Barkely 2003, Kessler et al 2005). I voksen alder ser det ut til at forskjellen i forekomst hos mann: kvinneevnes ut (Biederman, 2004). Vi vet også at jenter med ADHD diagnostiseres sjeldnere enn gutter, de får sjeldnere adekvat behandling, lærere tolker lik atferd hos gutter og jenter forskjellig, og udiagnostiserte jenter har en dårlig prognose for livsmestring (Abikoff et al 2002, Brewis og Schmidt 2003). I en rapport fra The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU, november 2005) vises det til at gutter utgjør 85 % av dem som får rett til behandling og tiltak, og at gutter langt oftere enn jenter behandles med sentralstimulerende medikamenter. SINTEF helse (2004) finner også at flere gutter enn jenter henvises og behandles i Norge. Årsakene til kjønnsforskjeller i diagnostisering og behandling er ikke undersøkt tilstrekkelig, men det er mulig at jenters symptomer på AD/HD ikke er i overensstemmelse med omgivelsenes oppfatning av atferd hos barn med AD/HD (SBU 2005). En studie av Scitutto med flere (2004) viste at læreres fordommer i forhold til vurderingen av gutter og jenters atferd fører til kjønnsforskjell i henvisning. Kjønnsfor dommene viste seg i forhold til hyperaktivitet og ikke i forhold til mildere grad av uoppmerksomhet eller alvorligere grad av hyperaktivitet pluss aggresjon. Scitutto påpeker at lærere står for 75 % av alle spesialpedagogiske henvisninger, og at de derfor er svært viktige som informanter. Vi har over påpekt de samfunnsøkonomiske konsekvensene av AD/HD. Vi vil understreke at dette ikke minst også gjelder for jenter. Katarina Michelsson (2005) fant i en undersøkelse at 55 % av kvinner med AD/HD avbryter sin skolegang, nesten 40 % har matematikkvansker som voksne, nesten 40 % har hodesmerter, depresjon og angst, og 45 % har vansker med følelsemessig kontroll.

Konklusjonen er at det gjelder å diagnostisere alle de vanskene barnet har så tidlig som mulig, for så å sette inn de rette tiltakene for hvert problem for seg selv. Vi vil anbefale økt fokus på jenters problemer. Vi står overfor en stor utfordring mht. å koordinere utredningspraksis og den hjelp som gis, for ulike instanser (BUP, PPT, spesialpedagogiske kompetansesentra og habiliteringsavdelinger) vil ha hver sine oppgaver i forhold til barn med multiple vansker, og en risikerer at helhetsperspektivet blir borte. Det er derfor det er så viktig

med tverrfaglig, tverretatlig og systemisk arbeid med diagnosegruppen. "Individuell læreplan" og "Individuell plan" blir helt sentrale verktøy når skolen skal arbeide med barn med AD/HD. I tillegg kommer de skoleomfattende planene som må være på plass som en del av dette, for at det sosialpedagogiske arbeidet skal gi best mulig uttelling (Nordahl, 2005). I sammenheng med individuelle planer er foresatte en viktig ressurs, og skolen må sørge for å ha gode rutiner på hvordan disse skal involveres.

Oppsummert er det vår vurdering at barn med AD/HD og lignende atferdsvansker vil profittere på skoler med en planlagt og bevisst stil i forhold til alle elever og med tett oppfølging av lærere. Skoler som har deltatt i, eller vil delta i for eksempel LP- prosjektet eller PALS-programmet, vil med stor sannsynlighet lykkes bedre i å inkludere elever med AD/HD, samt gi god tilrettelegging. Men pr. dato er dette antagelser, da det ikke ser ut til å være studier av tilpasset opplæring for elever med AD/HD, og fordi eksisterende studier av tilpasset opplæring og atferdsproblemer ikke har fokus rettet mot effekten for spesielle grupper.

Vi savner undersøkelser som kan integrere en spesifikk forståelse for AD/HD og hva hver enkelt elev har behov for, med en generell tilnærming til atferdsproblematikk (eks. PALS- og LP-modellen). Vår erfaring tilsier at spesifikk kunnskap om AD/HD øker læreres forståelse for elevene og forandrer holdninger til denne elevgruppen, samtidig som skoler som fungerer godt, generelt har lettere for å ta opp i seg slik informasjon.

2.2 Skolens spesialpedagogiske oppgaver i forhold til barn med AD/HD

Det spesialpedagogiske og sosialpedagogiske arbeidet med disse elevene løper ofte over i hverandre, men det kan her være hensiktsmessig å beskrive dem hver for seg.

Elever med AD/HD trenger en annen type tiltak enn det man tradisjonelt har sett på som spesialpedagogiske oppgaver. Det handler i stor grad om å strukturere læringsmiljøet på en slik måte at det skapes forutsigbarhet på alle områder.

Ansvar for egen læring er et av områdene innenfor pedagogisk teori som har fått innpass i dagens skole. Ansvar for egen læring innebærer at man må sette individuelle mål, planlegge læringsinnholdet, få oversikt over hva man kan og ikke kan, beregne tidsbruken og evaluere læringseffekten. Sett opp mot hva som er vansker for elever med AD/HD, forstår man at dette er en stor utfordring, og for mange en umulighet å kunne mestre. Å samhandle med andre er et annet utfordrende område for gruppen, og de fleste aktiviteter bygd omkring samarbeidslæring krever også spesialpedagogisk oppmerksomhet.

Elever med AD/HD er ekstremt avhengige av forutsigbarhet, tydelig struktur både med hensyn til fysiske rammer, materiell og tid. I tillegg er de avhengige

av tydelighet i kommunikasjon og av stabilitet i relasjoner. De fungerer bedre i små grupper enn i store og kan ha stor nytte av å være alene med en pedagog i små økter ved innlæring av nytt stoff/nye metoder. De trenger hjelp til å lære seg strategier for å lære - til å finne essensen i læringsoppgavene - slik at de kan delta i læringsaktiviteter sammen med andre. Det handler om å kvalifisere dem til å delta i et læringsfellesskap på en inkluderende og deltakende måte.

Erfaringsmessig vet vi at dette er et arbeid som krever at det settes av ekstra ressurser, og at en ikke bare tenker fag. Barn er på skolen med hele kroppen, og trivsel er viktig for all læring. Ikke sjelden ser vi at disse barna kommer til kort sosialt i friminuttene, og at det oppstår konflikter omkring dem. Det er et stort behov for å gjøre noe for å legge om til mer struktur i friminuttene slik at elever med AD/HD kan delta konstruktivt sammen med andre.

2.3 Skolens sosialpedagogiske oppgaver i forhold til vanskegruppen

Det foreligger flere rapporter med sakkyndig gjennomgang av ulike programmer for å arbeide med problematferd og mestring i skolen, og det har blitt produsert flere veiledere (Læringscenteret, 2003). I samme serie fra Læringscenteret foreligger det også en veileder om utvikling av sosial kompetanse. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet oppnevnte en faggruppe for å vurdere ulike foreliggende program som skulle redusere problematferd i skolen og utvikle elevenes sosiale kompetanse (KUF-rapport, 2000). Denne gruppen tar til orde for en mulig egen sosial læreplan for skolen, og peker på at det er viktig å utarbeide retningslinjer og planer for et nasjonalt forskningsbasert utviklingsprogram innenfor områdene problematferd og sosial kompetanse.

I tiden som har gått siden gruppen leverte denne rapporten, har det dukket opp en rekke prosjekter og metoder for slikt arbeid innenfor skoleverket. Dels er dette prosjekter som har sin opprinnelse utenfor skolen (barnevern, barne- og ungdomspsykiatri, sentrale forskningsmiljøer osv.), og Utdanningsdirektoratet har også trukket enkelte programmer fram i lyset. Det vil være gunstig at man har flere metoder å velge mellom, fordi rammene og de lokale forutsetningene rundt omkring i landet vil være så forskjellige. Et heterogent tilbud av mulige sosialpedagogiske tiltak vil også virke stimulerende i forhold til kvalitetssikring og videreutvikling. Samtidig er det grunn til å peke på at en ikke bør spre ressursene på så mange ulike tiltak at evalueringen av dem blir for vanskelig. En bør kanskje drøfte seg fram til sentrale modeller og gå mer i dybden på dem framfor å eksperimentere med et flerfold av modeller. Vi har gode forskningsmiljøer forskjellige steder i landet som sammen med de sosialpedagogiske kompetansesentrene kan bistå myndighetene i slike utprøvinger.

For 2006 har Utdanningsdirektoratet gitt klare signaler om implementering av LP-modellen (læringsmiljø og pedagogisk analyse: Nordahl, 2005). Flere

kompetansesentra er involvert i dette sammen med Høgskolen i Hedmark som skal evaluere arbeidet.

Utdanningsdirektoratet ønsker også at man skal ta i bruk PALS-programmet for å få redusert uro i klasserommet. PALS står for "positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling i skolen".

2.4 Skolens deltakelse i tilrettelegging for enkelte elever i samarbeid med eksterne instanser

Skolen er en viktig arena for å identifisere AD/HD og utrede AD/HD. I tillegg er skolen den arena hvor mennesker med AD/HD kan oppleve suksess og økt mestring på tross av sin tilstand – så lenge det arbeides systematisk og planlagt.

Skolen blir en viktig brikke når det skal utarbeides langsiktige planer for barn med AD/HD. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. En individuell plan vil være hensiktsmessig for personer med AD/HD (forskrift om individuell plan, 2004).

For å utarbeide en god plan er man avhengig av at brukeren eller brukerens foresatte ønsker en slik plan og medvirker underveis. SINTEF-undesøkelsen (Andersson, 2004) viser imidlertid at bruken av en individuell plan varierer, og den er ikke utarbeidet for 50-70 % av pasientene. Hensikten med en individuell plan er å sikre at brukeren og fagpersonellet samarbeider mot de samme målene. Arbeidet innledes med at brukeren og koordinatoren avklarer målene. Deretter finner man relevante tiltak som skal lede mot målene, og fordeler ansvar mellom mulige impliserte parter/etater. En individuell plan vil ofte inneholde opplæringsmål.

2.4.1 Skolen

Skolen må sørge for å sette av tilstrekkelig tid til internt samarbeid i tilretteleggingen for elever med AD/HD, og de må ha ressurser tilgjengelig for å kunne delta i samarbeide med eksterne parter. Skolens interne samarbeid skal styres av de individuelle læreplanene, samt av de skoleomfattende planene den enkelte skole har laget. Det er viktig at elever med AD/HD oppfattes som hele skolesystemets ansvar – og ikke den enkelte lærers ansvar – men det er samtidig viktig at det foreligger gode planer for hvordan dette ansvaret skal forvaltes. Ikke minst blir dette viktig i møtet med eksterne samarbeidsparter hvor det vil være nødvendig at skolen konkretiserer og synliggjør sin del av det arbeidet som skal utføres.

Det er viktig at rektor og skoleeier er tydelig plassert i dette bildet, og rektor/administrasjonens deltakelse i teamstrukturen på skolen blir et viktig signal for hvordan lærere i organisasjonen kan framstå som tydelige ledere i klasserommet.

Skoler som får til gode opplegg for elever med AD/HD, kjennetegnes av det er kunnskap/kompetanse om vanskebildet i alle ledd – både pedagogisk og administrativt.

2.4.2 Den pedagogisk-psykologiske tjenesten

Det er store variasjoner i hvordan kontakten mellom skolene og PP-tjenesten er lagt opp og fungerer. Noen steder er det nært samarbeid, og noen steder er PP-tjenesten bare en sakkyndig instans som legger grunnlag for enkeltvedtakene, uten å følge dem opp i etterkant. Det varierer i hvor stor grad tjenesten bidrar med kartlegging og enkeltvedtak (Bachmann, 2006). Det er imidlertid hevet over enhver tvil at barn med AD/HD har sammensatte vansker som krever utredning av flere etater og profesjoner. Det er viktig å komme fram til gode modeller for hvordan PP-tjenesten kan samordne sine tjenester med støtteapparatet rundt seg. I avsnitt 5 viser vi eksempler på slike hensiktsmessige samarbeidsmodeller.

Dersom man skal gi brukerne et oversiktlig og tjenlig tilbud, vil det være viktig å vite hva de ulike fagmiljøer kan/skal ha ansvar for. Vi kjenner til at enkelte PP-tjenester ikke tar individrettede utredninger. De baserer seg i hovedsak på systemrettet arbeid. Begrunnelsene for slike valg varierer, men er ofte knyttet til tanken om en inkluderende skole der ingen skal skille seg ut. Ved å samarbeide på systemnivå blir skolen bedre i stand til å legge til rette for alle elever, og dette vil da trolig også komme elever med AD/HD til gode. For gruppen med AD/HD vises det til at gruppen tilhører barne- og ungdomspsykiatrien og skal henvises dit, dersom de trenger utredninger. Dette er på en måte riktig, samtidig som enkelte utredningsinstanser innen barne- og ungdomspsykiatrien ikke tar inn saker uten at PP-tjenesten har gjort et nødvendig grunnarbeid, fordi man antar (og med rette) at de fleste barn med AD/HD har problemer knyttet til skolefaglig fungering enten sosialt eller faglig. For å få en mer enhetlig PP-tjeneste hvor ansvarsområde og fagansvar er klart definert, ser det ut til å være behov for sterkere styringssignaler fra sentralt hold.

2.4.3 Spesialpedagogiske kompetansesentra

Man tilstreber en desentralisering av arbeidet med diagnosegruppen. For å få en helhetlig modell med størst mulig likhet innenfor de ulike helseregionene, har man ønsket å etablere regionale kompetansemiljøer. SINTEF-rapporten (Andersson, 2004) viste at det på tvers av landet var stor forskjell mht. kompetanse og utredningspraksis, og dette medfører også et ulikt tilbud innenfor skolen. Bachmann (2006) har pekt på at det er store variasjoner i forståelsen av hva som er tilpasset opplæring, og det er store variasjoner i det praktiske arbeidet som definerer seg som tilpasset opplæring.

De spesialpedagogiske kompetansesentrene har definerte oppgaver inn mot skolen når det gjelder kompetanseheving, og har også fokus på det systemiske arbeidet med diagnosegruppen. Noen kompetansesentra utreder også AD/HD og har gode modeller for samarbeid med helsevesenet. Kompetanse-

sentrene blir med sin tydelige skoleforankring et viktig supplement til BUP og habiliteringstjenester som arbeider ut fra en medisinsk modell.

I forbindelse med etableringen av regionale kompetansemiljøer for ADHD, Tourette Syndrom og Narkolepsi, er det kommet signaler fra Sosial- og helsedirektoratet (SHdir i brev til helseregionene 12.01.06): *"SHdir ønsker også å trekke inn Utdanningsdirektoratet i arbeidet slik det ble gjort i forbindelse med arbeidet for fagmiljøene for autisme"* (sitat). I skriv fra SHdir fra 12.08.05 foreslås det at de regionale kompetansemiljøene skal: *"Bidra til samhandling med aktuelle involverte instanser skole/ PPT, BUP, VOP, primærhelsetjenesten, trygdeetat og aetat"*.

I tillegg til dette kjenner arbeidsgruppen til at man i lengre tid har arbeidet med planer for hvordan ressursene til kompetansesentrene og habiliteringstjenesten kan integreres/samordnes. Det er ønskelig at det kan komme sentrale føringer for hvordan prinsippet om "en dør" kan implementeres, f.eks i samarbeidet mellom kompetansesentrene og BUP'ene. Se for øvrig kapittel 5.

3. Andre instanser i arbeidet med AD/HD

En rekke andre instanser/etater tangerer skolen mht. arbeidet med AD/HD.

3.1 Helsevesenet

AD/HD er en diagnose som skal settes av helsevesenet. I utredningen av AD/HD må en imidlertid bruke informasjonen fra en rekke kilder i barnets dagligliv. Personell i førskole og skole blir viktige informanter i utredningssammenheng. I tillegg er det ofte slik at AD/HD oppdages når barnet møter skolen, og det samme personellet vil kanskje nettopp være det som presser på for å få utredning. Skolen må ha anledning til å delta i utredningsfasen - delta i møter, bidra i observasjon, fylle ut skjema eller levere annen informasjon om barnet.

Det er viktig at skolens personell får tilstrekkelig med informasjon om det enkelte barn, og det er viktig at skolen setter av de nødvendige ressursene til at samarbeid om dette kan gjennomføres. Det er nødvendig at både personell innen helse og skole setter av tilstrekkelig tid til samarbeid, for oppfølgingen av elever med AD/HD er en prosess som vil gå over lang tid. Det foreligger nå en veileder som skal kvalitetssikre det utredningsarbeid som gjennomføres (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Medisiner er noen ganger et nødvendig supplement til behandlingen av barn med AD/HD. Behandlende instans må oppfylle den informasjonsplikten de har overfor dem i barnets miljø som kommer i berøring med denne delen av behandlingen. Skolens personell skal, på sin side, legge til rette for at den

nødvendige medisineringen kan gjennomføres for barn med AD/HD – slik de gjør for barn med andre medisinske tilstander. Hvem som gjør dette – og hvordan det gjennomføres – må være formulert i den individuelle planen, og skolens personell må få den nødvendige informasjon og opplæring i bruken fra helsepersonellens side. Skolehelsetjenesten vil være en naturlig og viktig part i dette. Betydningen av slik informasjon er også tatt med i veilederen fra Helse- og sosialdepartementet.

3.2 Sosialetat, barnevern, trygdeetat, Aetat o.a.

Ikke alle med diagnosen AD/HD vil ha behov for kontakt med nevnte etater, men erfaringsmessig vil mange på ulike tidspunkt i livet ha behov for støtte fra en eller flere av instansene.

Etatenes berøringsflate med skolen vil variere etter elevens alder. For elever i videregående opplæring og for studenter på høyskole- og universitetsnivå, vil det kanskje være flere etater involverte enn på grunnskolenivå. Det er viktig at etatene koordinerer sitt arbeid, og her vil den individuelle planen være et nyttig redskap. Det må igjen presiseres at det settes av ressurser for samarbeid etatene imellom.

Det er også viktig at det pedagogiske personalet og offentlig ansatte har god innsikt i hvordan det er å ha AD/HD, slik at denne kompetansen styrer deres samhandling med den personen det gjelder. Personer med konsentrasjonsproblemer kan oppleve store vanskeligheter mht. å samhandle med det offentlige – de klarer ikke å følge med, de mister tråden i lange møter, og de husker ikke avtaler som inngås. Dette fører igjen til misforståelser og et lite effektivt og fruktbart samarbeid. I verste fall kan manglende innsikt fra den offentlig ansatte føre til at skolen ikke klarer å støtte den personen det gjelder til å nå sine mål. I Aust- og Vest-Agder har man i gang et prosjekt som skal generere erfaringer omkring pasientgruppens møter med det offentlige – det såkalte "kontorlos-prosjektet" (Arnesen, 2005), og i Helseregion Øst har man i Oslo satt i gang et liknende prosjekt ("Prosjekt Pårørendeguide").

Mange med AD/HD vil få opplæring på en arbeidsplass og dermed ha en mer flytende tilpasning til arbeidslivet enn dem som har en mer direkte linje gjennom utdanningsforløpet. De trenger ofte tilpasset opplæring gjennom spesiell oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen. Det finnes i dag, så vidt vi kjenner til, ikke klare retningslinjer for hvem som skal stå ansvarlig for dette på arbeidsplassen, og det gis ingen økonomisk kompensasjon til arbeidsplassen for å gjøre dette arbeidet. For å sikre at dette blir gjort må det klarere retningslinjer til.

Det må også sikres et tettere samarbeid med utdanning generelt, og ansvarsområder må defineres og tydeliggjøres slik at man sikrer at opplæringen fører til et sluttresultat for opplæringspersonen i form av kompetansebevis eller fagbrev.

4. Tiltak innenfor utdanningssystemet

Det er viktig å presisere at det ikke finnes noen kokebok for hvordan skoleverket bør arbeide med atferd knyttet til AD/HD og tilsvarende tilstander. Det er faglig enighet om en del sentrale prinsipper, men det bør samtidig poengteres at vi her snakker om problemstillinger der aktørperspektivet og samhandling er vesentlige faktorer. Dette betyr at de gode løsningene må finnes innenfor det konkrete samarbeidet mellom den enkelte lærer og elev. Konsekvensen er at det enkelte skolemiljø må integrere de modeller som finnes, og lage gode skoleomfattende planer for sin skole. "Læringsmiljø og Pedagogisk analyse" (LP-prosjektet) er et godt eksempel på en slik tilnærming, og Utdanningsdirektoratet har valgt å prøve ut dette i stor skala i skolen. Det samme gjelder det tidligere omtalte PALS-programmet.

4.1 Tiltak i førskolealder

Forskning dokumenterer at tidlig intervensjon i forhold til førskolebarn med symptomer på nevrobiologiske eller hjerneorganisk betingede dysfunksjoner, inklusive AD/HD, er sentralt for barnets videre utvikling av vansker (Sonuga-Barke, 2001 og 2002, Ingvar, 2006). Sonuga-Barke og medarbeidere gjennomførte en undersøkelse av effekten av foreldretrening (tilsvarende Parent Management Training – Oregon-modellen som er i bruk i Norge i dag), versus effekt av vanlig rådgivning om atferd hos førskolebarn (3-åringer) med symptomer på AD/HD. De fant at 53 % av barna hvor foreldrene hadde fått foreldretrening, hadde signifikant forbedring i forhold til atferd. Vanlig rådgivning gav liten eller ingen effekt.

Det er vår vurdering at det i forhold til barn med symptomer på AD/HD i førskolealder, bør settes inn tiltak med dokumentert effekt så tidlig som mulig - ikke bare i barnehager, men også hjemme. I den forbindelse vil flere instanser være sentrale i forhold til å oppdage de barna som viser symptomer på en mulig AD/HD-utvikling. Helsestasjonen er i de aller fleste tilfeller den instans som først kommer i kontakt med barn og foreldre, og følgelig en instans som også på et tidlig tidspunkt kan avdekke mulig feilutvikling eller forsinkelser i utvikling. Helsestasjonen blir derfor også en meget viktig samarbeidspartner for barnehager når personalet der blir bekymret for et barns utvikling. I Østfold (Rønhovde, 2005) har de utviklet en modell for samarbeid på tvers av sektorene for barn i førskolealder. I modellen inngår samarbeidssrutiner og avtaler mellom helsestasjon, PPT og barnehager i saker som gjelder barn med symptomer på AD/HD. Det er utarbeidet retningslinjer for helsestasjonens rolle, barnehagens og PPTs rolle. Det arbeides med tilsvarende modeller andre steder i landet. For å unngå store regionale forskjeller på tilbud om tidlig hjelp, bør det sees nærmere på hvordan "de gode eksemplene" kan brukes som veiledere i forhold til utvikling av lokale tiltak for gruppen førskolebarn med symptomer på AD/HD.

Et vesentlig poeng med å identifisere risikoutsatte barn så tidlig som mulig,

er å sette inn hjelpetiltak før barnet har etablert uheldige mestringsstrategier. Det er viktig å minne om at all atferd må læres, og problemet er ofte ikke den atferden barnet viser – problemet er like så mye at barnet ennå ikke har lært alternative strategier.

Barn med AD/HD er mer enn andre avhengige av at det legges spesielt godt til rette for god utvikling. Grunnleggende tiltak er etablering av god voksenkontakt, stabilitet, trygghet og jevn døgnrytme. De trenger individuell opplæring i større grad enn andre og profitterer på å ha en og samme voksenperson over tid (Ervik, 2004). De drar fordel av at innhold og omfang av regler og instruksjoner blir utformet og tilpasset spesielt for dem. Barn med AD/HD som går i barnehage, må i noen grad skjermes for støy og for å måtte oppholde seg i store grupper. De krever en spesiell organisering og struktur som kan kompensere for barnehagens åpne løsninger, og har behov for mer tilrettelagte aktiviteter enn det som generelt legges opp til i barnehager. I frilek har de behov for en voksen som forklarer, støtter, hjelper og gir oppmuntring. I motsatt fall ser vi at de kommer i konflikt med andre, ikke kommer inn i lek på en adekvat måte, eller isolerer seg og blir sittende fast i umodne lekemønstre. Det er mye å vinne på å strukturere og hjelpe disse barna til å mestre hverdagen i barnehagen på en slik måte at de utvikler seg positivt og blir sosialt og læringsmessig kompetente. For ikke å utvikle atferdsvansker må de lære seg sosialt akseptert atferd, og det trenger de støtte til. Ordningen med en støttepedagog i barnehagen er et godt tiltak for disse barna.

4.2 Tiltak i grunnopplæringen

Individuelle læreplaner er viktig for elevgruppen. Disse må ta utgangspunkt i både kortsiktige og langsiktige pedagogiske mål, og være konkrete når det gjelder veien fram til målet. De må være formulert med så spesifikke problemstillinger at de framstår som enkle mht. evaluering, og skolen bør ha prosedyrer for evaluering. Det vil gjerne være hensiktsmessig å samle aktuelle samarbeidsparter til ansvarsgruppemøter med jevne mellomrom sammen med de foresatte. Det øvrige personalet ved skolen bør også være kjent med innholdet i den individuelle læreplanen for en elev med AD/HD. Særlig fordi det i planen ikke bare skal fokuseres på fag, men også på sosialpedagogiske utfordringer. Det er på det siste punktet at enhver lærer på skolen vil kunne få oppgaver og ansvar inn mot spesifikke elever med AD/HD, for dette dreier seg om friminutter og sosiale sammenhenger ved skolen – ikke bare delmål innenfor fagene.

Personer med AD/HD har lett for å bli ekskludert som følge av sine vansker med impulskontroll og deres forholdsvis svake evne til å lære vellykket sosial mestring. Skolen har derfor viktige oppgaver både mht. forebygging av konflikter og ved å gi støtte mht. økt mestring. Barn med AD/HD lærer dårlig av egne erfaringer og vil i større grad enn andre barn være avhengig av håndledning og pedagogisk innsats i forhold til å lære konkret alternativ atferd.

Det spesialpedagogiske arbeidet med elever med AD/HD vil være knyttet til både overordnede systemiske tiltak som organisering og planarbeid og direkte individfokuserede tiltak for den enkelte elev. Tiltakene skal nedfelles i en individuell opplæringsplan. Viktige faktorer som tydelig struktur og forutsigbarhet må gjennomsyre tiltakene både i organisasjonen og i det konkrete læringsarbeidet. I tillegg må man ta hensyn til disse elevenes behov for stabile relasjoner.

Erfaringer så langt med LP- og PALS- modellen i pilotundersøkelser, er god i den forstand at atferdsproblemer reduseres og skolemiljøet bedres for alle (Nordahl, 2005).

Samtidig kan vi ikke på grunnlag av disse programmene dokumentere i hvilken grad de har effekt på de spesifikke atferdsproblemene som elever med AD/HD har, fordi programmene ikke har spesifikt fokus på denne gruppen. Internasjonal forskning (Jensen 1999, MTA gruppe 2004) viser at atferdstreningsprogram ikke har like god effekt på kjernesymptomene på AD/HD som effektiv medisinsk behandling. Samtidig viser studiene at de har effekt på tilleggsvanskene ved AD/HD (lærevansker, lesevansker, andre atferdsvansker). Det er gode grunner til å anta at det er enklere å implementere gode tiltak for elever med AD/HD, dersom skolemiljøet som helhet er preget av en bevisst pedagogisk tenkning og bevisste strategier for håndtering av atferdsproblematikk (Bachmann, 2006).

Undersøkelser viser at forskning på effekten av spesialundervisning er problematisk. De fleste forskningsrapporter studerer spesialundervisning med vekt på hovedeffekter. Ulike grupper elever og ulike spesialpedagogiske tiltak slås sammen til større felles kategorier, og analysene baseres på gjennomsnittsverdier (Bachmann, 2006). Våre forslag til spesialpedagogiske tiltak for elever med AD/HD baserer seg derfor på kunnskaper om AD/HD, og hvordan disse vanskene fører til problemer med læring.

Generelt vil de fleste spesialpedagogiske tiltakene for elever med AD/HD (som for andre) handle om tilrettelegging og tilpassing av omgivelsene. Det er de voksne som i sine planer og i sin atferd må tilpasse seg elevenes behov. Forutsetning for godt spesialpedagogisk arbeid er at læreren har gode kunnskaper om AD/HD.

Sentralt for gruppen elever med AD/HD er at deres læreproblemer i stor grad henger sammen med motivasjon. AD/HD er på mange måter en "motivasjonsforstyrrelse". Motivasjonsproblemer defineres ikke her som et moralsk fenomen, men som et fenomen betinget av dysfunksjoner i hjernens signalstoffer og særlig de stoffene som berører områder for belønning og læring (Sagvolden, 2005). Elever med AD/HD synes ikke å være så bevisste på de situasjonene hvor læring skal foregå, de oppdager heller ikke de belønnende konsekvensene av å delta i læringsprosessen, og de får dermed et dårligere erfaringsgrunnlag for de positive aspektene ved læring. Dette får konsekvenser for det spesialpedagogiske arbeidet.

Vi vet at elever med AD/HD trenger oftere og tydeligere konsekvenser på hva de gjør (både i forhold til atferd og i forhold til faglige prestasjoner) sammenlignet med elever uten AD/HD. De trenger at konsekvenser kommer tett i tid og ofte relativt umiddelbart. Jo yngre eleven er, jo nærmere i tid må disse konsekvensene formidles. Hyppige, tydelige og raske konsekvenser bidrar til at barnet lærer sammenhenger mellom egen atferd eller egen faglig innsats, og hvilke positive eller negative konsekvenser som følger. De vil lettere lære sammenhengen mellom situasjoner/beskjeder osv, handling og konsekvens - en læring som er nødvendig for etablering av indre kontroll over egen atferd.

De fleste elever med AD/HD har organiserings- og planleggingsproblemer. De overveldes lett av for mye informasjon på en gang og gir opp før de får begynt. Mange har tempoproblemer. Mange har motoriske vansker. De spesialpedagogiske konsekvensene vil i stor grad handle om tilrettelegging, hjelpemidler og justeringer av planer. Stikkord er blant annet at ukeplaner erstattes av dagsplaner, at beskjeder formidles kortfattet, gjentas og gjerne på flere måter, at oppgaver på ark stykkes opp (færre av gangen), og at mengden av arbeidet justeres i forhold til elevens utholdenhet og tempo. Lekser må tilpasses i mengde. Mange trenger to sett av bøker fordi de ikke klarer å organisere/planlegge hva de skal ha med hjem for å få gjort lekser. Lekser er for mange svært lite lystbetont, og foreldre forteller om "leksekamper" som kan vare i timesvis hver dag. Det bør i de tilfellene vurderes om lekser kan utføres andre steder enn hjemme, eller om leksene skal være en del av dagsplanen og følge prinsippet om at jo mer gjort på skolen, jo mindre hjemme. For eldre elever kan lekser leveres elektronisk. Bruk av data som hjelpemiddel for leksearbeid kan lette situasjonen og øke motivasjonen for noen. Erfaringsmessig ser vi at elever med AD/HD har nytte av PC som produksjonsverktøy, i opplæringsøyemed (pedagogisk programvare), som motiverende faktor og som hjelpemiddel for innhenting av informasjon og for alternative måter å presentere fagstoff på.

4.3 Tiltak i videregående opplæring og opplæring på høyskole- og universitetsnivå

Det er vår erfaring at skolesituasjonen for elever med AD/HD og lignende atferdsvansker forverres i videregående opplæring, at mange avslutter uten eksamen, og at et stort flertall av dem ikke tar yrkessutdanning (Kadesjø, 2000).

Dette har sannsynligvis flere årsaker.

Elevene flytter over i et nytt system med en pedagogikk og en organisering som skiller seg fra det de tidligere er kjent med. Forvaltningsmessig skifter man fra kommune til fylkeskommune når det gjelder skole, mens øvrige tjenester forblir kommunale. Dette ser vi har innvirkning på langsiktig tenking og

planlegging. Det blir vanskelig å sikre at godt utarbeidede opplegg og rutiner som fungerer følger med eleven. Selv om man har rett til inntak på særskilt vilkår, så betyr ikke det at man har rett på spesialundervisning. Dette må det søkes spesielt om.

Vi ser at det er store forskjeller på de videregående skolene i hvor stor grad det jobbes med å få til gode overganger mellom grunnskole og videregående opplæring. Det kreves god planlegging for at læringsmiljøet skal bli godt nok for elever med AD/HD. Ofte handler det i like stor grad om deltallplanlegging og samarbeidsrutiner på ulike arenaer, som planlegging av overordnede strukturer (klassestørrelse, fagplaner og timeplaner) om man skal gi et tjenlig tilbud til denne gruppen.

Det vil være behov å etablere noen standardprosedyrer for hvordan man best kan ivareta elevene ved overganger mellom skoleslag og forvaltningsnivåer. Hva de ulike aktørene skal ha ansvar for, må nedfelles i både den individuelle planen og den individuelle opplæringsplanen.

Normalt skal videregående opplæring gjøres unna på tre år, men med en rett til utvidelse til fire - eventuelt fem - år. Mange elever med AD/HD har spesifikke lærevansker og tempoproblemer og kan ha utbytte av en slik utvidelse, men erfaringsmessig er det svært vanskelig å få det til. Det er vanskelig å få gjennomslag for at personer med gode evner skal ha særbehandling, og at tilpasset opplæring også kan handle om tidsforbruk/tidsperspektiv. Selv elever som har klart seg godt gjennom grunnskolen, kan få problemer når de kommer over i videregående opplæring. Dette har flere årsaker, men bl.a øker mengden av fagstoff og det stilles krav om større selvstendighet i læringsarbeidet. En annen vesentlig faktor synes, ut fra vår erfaring, å være lavere kompetanse om denne elevgruppen hos personalet i mange videregående skoler sammenlignet med grunnskolen.

Linjevalg som skjer allerede i 10. klasse, synes å være en kritisk faktor. Mange elever med AD/HD har ikke fått den nødvendige hjelpen som de trenger for å velge rett.

Vi ser ofte at elever med AD/HD starter på grunnkurs etter grunnkurs uten å ta eksamen, og bruker opp retten sin uten å fullføre et utdanningsforløp. Systemet bygger på at man må bestå fullt ut grunnkurs for å komme videre til VK1. Dersom man ikke har planlagt nok for skolestart og ikke har et opplegg som fungerer fra starten av, vil eleven med AD/HD miste verdifull tid og dermed få redusert tid til gjennomføring av studiene. Dette er svært uheldig når vi vet at mange av dem har tempoproblemer og behov for ekstra tid. Det er også nødvendig at skolen kjenner til hvilke årsaker som fører til at eleven ikke fullfører: Skyldes det elevens funksjonshemming eller elevens interesse? Kunnskap om dette vil være avgjørende for løpet videre.

En undersøkelse av 9765 elever i videregående skole på Østlandet, viser at 12,5 % av elevene slutter for godt og tar ikke videre skolegang. De slutter ikke for å velge noe annet, men fordi de ikke har fått et tilpasset opplegg, og fordi skolen ikke er inkluderende nok (Markussen, 2005). Det er ikke urimelig å anta at man finner en del elever med AD/HD og lignende tilstander her.

Uheldige løsninger i utdanningsvalg vil medføre at det lettere oppstår tilleggsvansker som depresjon, lavt selvbilde og skolevegring. Personer med AD/HD trenger spesielt tilrettelagt undervisning uavhengig av om de velger teoretiske eller praktiske yrkesretninger. Mange praktiske yrker har store krav til planlegging, logistikk, sikkerhet og selvstendighet. Det er ikke nødvendigvis slik at personer som strever i teoretiske fag, har lettere for å lykkes i yrkesfaglige studieretninger.

Ved studier knyttet til univeriteter og høyskoler legges det for lite til rette for denne gruppen.

I stortingsmelding nr. 8 (1998-99) "Om handlingsplan for funksjonshemmede" varsles det om en tiltaksplan fra KUF. I en oversikt over tiltak som departementet sendte ut sommeren 1999, står det (3.5.2.1): *"alle høgre utdanningsinstitusjoner skal arbeide fram handlingsplaner for funksjonshemmede studentar i løpet av 1999"*.

Ved gjennomgang av planene for ulike høyskoler og universiteter (slik de presenterer dem på nettet i mars 2006), ser man at tiltakene først og fremst handler om fysisk tilrettelegging av læringsmiljøet, samt pedagogisk tilrettelegging for personer med ulike sanseskader.

Det er generelt høy forekomst av psykiske vansker hos studenter, og utdanningsinstitusjonene har satt i verk ulike tiltak for å hjelpe. Studentsamskipnaden ved høyskoler og universiteter gir også helsetjenester for elever med psykiske problemer, men dette er ikke en tjeneste som gir praktiske råd i forbindelse med studieveiledning.

Ved flere høyskoler og universiteter har man tilbud om studiemestringsgrupper for studenter som av ulike årsaker strever med studiene. I hovedsak fokuseres det på ulike typer studieteknikk. TOMAS (Univ i Bergen, 2005) er et eksempel på slike studiemestringsgrupper. TOMAS står for "trivsel og mestring av studiene" og er et tilbud til studenter ved UiB, HiB, NHH, BAS, KhiB og NITH. TOMAS har bl.a. som målsetting at du som student skal gjennomføre studiene på normert tid, og legger til rette for at studenter med mestringsproblemer i studiene skal få best mulig veiledning. TOMAS gir tilbud om seminarer og individuell veiledning til studenter som trenger hjelp til bedre studiemestring.

Studiemestringsgrupper er en del av fakultetet/avdelingens eget tilbud, men

skjer i samarbeid med TOMAS. Tema som står sentralt i studiemestringsgruppene, er blant annet:

- Kartlegging av ulike behov som studenter opplever å ha i forhold til egenstudiemestring.
- Bevisstgjøring i forhold til egne studievaner/studieatferd.
- Hjelp til endring av motivasjon og atferd.
- Fokus på - og bidrag - til styrking av den generelle faglige selvtilliten hos studentene.

I arbeidet med å tilrettelegge for studier for unge voksne med spesielle behov, viser det seg ofte at disse tilbudene alene ikke er tilstrekkelig for personer med AD/HD og lignende vansker, da de også trenger individuell hjelp av mer praktisk karakter. Vi ser at det i større grad er bruk for en form for praktisk studentstøtte ved en "studieassistent". Denne ordningen kan organiseres gjennom Aetat for studenter under yrkesrettet attføring, men ordningen er altfor lite kjent. Det er også behov for samarbeid med helsetjenesten for å sørge for at helsemessige behov ivaretas. I dette systemet må det være en **nøkkelperson** som har ansvaret for å koordinere tiltak og aktivisere de aktørene som til enhver tid er aktuelle. Det er ofte praktisk at pleie- og omsorgsetaten har en koordinerende rolle – og dette kan være nedfelt i den individuelle planen.

5. Modeller for godt tverretatlig samarbeid rundt diagnosegruppen

Rundt om i landet er det beskrevet flere modeller for tverrsektorielt samarbeid. På Sørlandet har man i mange år hatt et godt samarbeid i førstelinjetjenesten og samarbeid med andrelinjetjenesten innenfor helsevesenet. Sørlandet kompetansesenter drev i mange år utredning av barn sammen med sykehuset, og da omleggingen av kompetansesentrene kom i 1999, trakk man disse erfaringene ut til det lokale samarbeidet med PP-tjenester, tyngdepunkt og spesialisthelsetjeneste. Ett av disse prosjektene – det såkalte "Mandalsprosjektet" - er beskrevet i rapporter og artikler (Stray, 2005).

Øverby kompetansesenter har erfaring fra tilsvarende arbeid der tjenestene i førstelinjen (tre kommuner) er koordinerte, og hvor man har laget avtaler for utveksling av tjenester med andrelinjetjenesten (PP-tjenesten for Valdres, 2005).

Et annet prosjekt er samarbeidet rundt barn og unge med mulig AD/HD i Østfold (Rønhovde, 2004).

I to kommuner i Nord-Rogaland setter man fokus på samarbeidet mellom kommunale etater.

"OK-prosjektet" (oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker) er et samarbeidsprosjekt mellom Tysvær og Bokn kommuner, BUP-Helse Fonna og Eikelund kompetansesenter, avdeling for sammensatte lærevansker. Prosjektet hadde oppstart 16. og 17. mars 2006.

Prosjektet som skal pågå frem til november 2007, er initiert og ledet av PPT for Tysvær og Bokn. Representanter fra BUP og Eikelund er med i prosjektgruppen.

OK-prosjektet skal bidra til å øke kompetansen til personell som arbeider med barn og unge med oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker. Et hovedfokus vil være elever med AD/HD. Målet med prosjektet er å finne - og utrede - elever med denne problematikken, samt sette inn rette tiltak til rett tid (prosjektbeskrivelse ved PP-tjenesten i Bokn og Tysvær kommuner 2006).

"Kvalitetssikringsprosjektet" er et samarbeid mellom kommunene Selbu, Snillfjord, Agdenes, Trondheim ved distriktene Nord og Vest, Trondsletten Habiliteringssenter, BUP-klinikk, Barneklubben, RBUP og Trøndelag kompetansesenter. Målsettingen med prosjektet er at vurdering og hjelp i størst mulig grad skal skje i førstelinjetjenesten. Det skal utvikles gode samarbeidsrutiner lokalt og inn mot spesialisttjenesten. Kompetanseheving står sentralt.

Karakteristiske trekk ved disse modellene er at de er strukturerte mht. fordeling av ansvar og roller, de sørger for kontinuitet i arbeidet mht. møter og møteplasser, de kvalitetssikrer arbeidet i form av nedskrevne prosedyrer og rutiner, og de sørger for å peke ut sentrale ressurspersoner som står for organiseringen. For brukerne blir konsekvensene en større nærhet til utreder og behandler, hver sak blir tildelt en saksbehandler, kortere behandlingstid, forenklet saksgang, færre involverte å skulle forholde seg til, osv.

Det er et vesentlig poeng at disse modellene er tilpasset lokale forhold, og det er viktig informasjon som kan hentes ut av dem. Antagelig er det vanskelig å gi strenge retningslinjer for hvordan samarbeidet mellom etater og mellom forvaltningsnivåer bør foregå, men man kan trekke ut noen hovedpunkter fra de ulike modellene og sette dem sammen som en form for "veileder". Det kan se ut til at prosedyrene som har vært laget så langt, er i tråd med internasjonale retningslinjer for utredning og diagnostisering av AD/HD (Taylor, 2004).

Regionale modeller for nettverkssamarbeid blir viktig for å utvikle lokal kunnskap om utredning av tiltak og bidra til felles lokal kunnskapsplattform. Dette synes vesentlig blant annet for å unngå at samarbeidsmodellen blir avhengig av spesielle fagpersoners kompetanse. Videre vil gjennomføring av tverrfaglige kurs på tvers av tjenestenivå om diagnostisering og tidlig identifisering gi vesentlige bidrag til kompetanseheving på tvers av tjenestenivå. Dette vil også kunne medføre mer smidige løsninger i forhold til hvilken instans som gjør hva.

Utvikling av modeller for nettverksamarbeid harmonerer godt med planene for nettverksmodeller for AD/HD, Tourette syndrom etc. fra Sosial- og helsedirektoratet.

Det vil framover være tjenlig med samarbeidsavtaler innen andrelinjetjenestene BUP, Hab-tjenestene og kompetansesentrene, der tjenester kan flyttes etter behov. Dette krever avgjørelser/vedtak på overordnet departementalt nivå dersom det skal bli et gjennomgående prinsipp for hele landet.

6. Konklusjoner - tilrådinger

- 1 Det bør komme veiledere og forskrifter som kvalitetssikrer det arbeidet barnehagene og skolene skal gjøre i forbindelse med individuelle opplæringsplaner, individuell plan og skoleomfattende planer. Sektorens kompetanse til å arbeide med slike planer må økes, og en må sikre at det gis prioritet til at personell kan delta i tverrsektorielt planarbeid og samarbeid. Kompetanseheving innenfor fagfeltet AD/HD og utfordrende elever tas med som et særskilt satsingsområde i "Kunnskapsløftet". De spesialpedagogiske kompetansesentrene (Statped) vil være sentrale i dette arbeidet. Føringer i forhold til arbeid med planer må ikke komme fra skolesektoren alene. Sentrale føringer og styringssignaler er nødvendige fordi vi snakker om sektorovergripende planer.
- 2 Det eksisterer en rekke metoder, programmer og systemiske tilnærminger for hvordan man kan arbeide med utfordrende atferd i skolen. Årsaksforholdene bak slik atferd er som regel kompliserte og sammensatte, og det er viktig at skolen også har et godt system for analyse av problemene. Det er gunstig med et flerfold av tilgjengelige metoder, men en må ikke spre seg på for mange. Norsk skole må sammen med sentrale forsknings- og utviklingsinstitusjoner fokusere på et knippe sentrale strategier som kan implementeres og gi erfaringsbredde. Utdanningsdirektoratet har bestemt at LP-prosjektet og PALS-prosjektet skal prøves ut i større skala sammen med Statped. Det vil være behov for flere satsningsområder enn det disse to prosjektene representerer.
- 3 Det anbefales faste rutiner og avtaler for samhandling mellom instansene i første- og andrelinjetjenestene. De har allerede sine definerte arbeidsoppgaver, men samhandlingen dem imellom kan kvalitetssikres i forhold til arbeid med diagnosegruppen. Dersom det utarbeides planer som sikrer bedre samhandling mellom førskole/skolesektor, PP-tjenesten og lokale helsetjenester, spesialisthelsetjenesten, Statped og andre tjenester (Aetat, barne- ungdoms- og familieetaten, sosialtjenesten, trygdeetaten o.a.) vil en økt samhandling føre til større utveksling av kompetanse. Felles fagmøter kan bidra til felles kunnskapsplattform. Et slikt samarbeid ville også kunne

føre til et økt fokus på foresattes behov og bekymring. De lokale instansene må ha ansvar for tiltak i den perioden barnet er til utredning i andrelinjetjenesten.

Samarbeid på tvers av departementer er viktig for lokalt samarbeid rundt diagnosegruppen. For voksne med AD/HD som er under yrkesrettet attføring, må Aetat ha en koordinerende rolle i samarbeidet med andre aktuelle aktører. Disse andre kan være skolen, fastlegen, sosial- og helsetjenesten i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Hvem som er aktuelle samarbeidspartnere, må nedfelles i den individuelle planen.. Det anbefales å etablere gode samhandlingsrutiner mellom Statped og spesialisthelsetjenesten. Det finnes i dag ulike regionale samarbeidsløsninger, og en bør komme fram til hva som er mest tjenlig mht. tjenesteflyt, ansvarsfordeling og kvalitetssikring.

- 4 Det vil være viktig å øke kompetansen blant lærerne/førskolelærerne om vanskegruppen. Alle lærere vil møte disse barna i sin praksis, men AD/HD er for dårlig dekket i pedagogikken i lærerutdanningen/førskolelærerutdanningen. Det er ikke nok at spesialpedagogene har kompetanse. Alle lærere må ha den. Det synes også å være et behov for å øke kompetansen for rådgivere i PP-tjenesten. I tillegg til at pedagogstudentene får kompetanse om problematikken, vil det være nødvendig at ansatte ved høyskoler og universiteter hever sin kompetanse på området.
- 5 Videregående opplæring (VGO) vil ha nytte av spesielt tilrettelagte kompetansehevende programmer i forhold til elever med utfordrende atferd. Bortvalg i VGO kan skyldes overgangsproblematikk, manglende kompetanse hos lærerne og vansker mht. en god organisering av skolens totale tilbud for gruppen.
- 6 Forskning i skolen omkring vanskegruppen er lite spesifikk. Det anbefales at det åpnes for flere studier av effekten av spesialundervisning og tilpasset opplæring for elever med AD/HD. Det anbefales også økt forskning på jenter og AD/HD.
- 7 Man må komme fram til gode modeller for sektorovergripende samhandling mellom de ulike tjenesteyterne på spesialistnivået (spesialisthelsetjenestene, Statped og barne- ungdoms- og familieetaten o.a.). Dette er en viktig forutsetning for gjennomføringen av prinsippet om "en dør" for brukerne.

7. Litteraturliste

- Abikoff, H.B., Jensen, P.S., Arnold, E.L., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S. (2002): Observed Classroom Behavior of Children With AD/HD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 349-359.
- Andersson, H.W., Ådnanes, M. & Hatling, T. (2004): Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD. Trondheim: SINTEF-rapport.
- Arnesen, P. (2005): *Kontorlos-prosjektet*. Prosjektrapport til Helse og Rehabilitering. Sørlandet kompetansesenter.
- Arnold et. al. (2004): Nine Months of Multicomponent Behavioral Treatment for AD/HD and effectiveness - MTA Fading Procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol 32, pp 39-51.
- Bachmann, K., Haug P. (2006): *Forskning på tilpasset opplæring*. Forskningsrapport nr.62, Høgskulen i Volda
- Barkley, R. (2002): International Consensus Statement. *ADHD Report*, vol 10, 2.
- Barkley, R. A. (2003): Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain and Development*: 25, 77 - 83
- Barkley, R. (2006): *Styrmenn uten ratt – interaktiv DVD om AD/HD for skolen* (under trykking). Lillegården og Sørlandet kompetansesenter.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. (2000): Age- Dependent Decline of Symptoms of Attention: Impact of Remission Definition and Symptom Type, Brief Report. *Am. J Psychiatry*: 157:5, May, pp 159-165
- Biederman, J., Faraone S.V., Monuteaux, M.C., Bober, M, Cadogen, E.L. (2004): Gender effects on Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Biological Psychiatry*; 55: pp 692–700.
- Brewis, A, Schmidt, K.L. (2003): Gender Variation in the Identification of Mexican Children's Psychiatric Symptoms. Am. Anthropological Association: *Medical Anthropology Quarterly* 17 (3):376-393.
- Brown, T. (1999): *Complicated cases of ADD*. Workshop på CHADD-konferansen i Washington, 7-9 oktober.
- Ervik Solveig & Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi (2005): *Urolige småbarn - en veileder*. Oslo: Ullevål universitetssykehus.
- Faraone, S. (2005): *New research in adult AD/HD*. Foredrag på den amerikanske barnepsykiatريفoreningens konferanse i Toronto: AACAP 2005.
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004, nr 1837, *Veileder til forskrift om individuell plan IS-1253*.
- Goldstein, S & Goldstein M. (1998): *Managing AD/HD in Children*. New York: John Wiley & Sons.

- Huseby, B. (2004): *Samdata*. Spesialisthelsetjenesten 2004. Trondheim: Sintef Helse.
- Ingvar, M. (2006): Development of cognitive skills- the example of language skills. *Foredrag*: Glasgow: The Social Brain - See the Bigger Picture.
- Jensen, P. et. al. (The MTA group) (1999): A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for AD/HD, *Arch. of Gen. Psychiat.*, 56, pp 1073-1086.
- Kadesjø, B. (2000): Neuropsychiatric and neurodevelopmental disorders in a young schoolage population. Epidemiology and comorbidity in a school health perspective, Gøteborg: *Avhandling*. Gøteborgs Universitet.
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R. et al. (2005): Patterns and Predictors of Attention-Deficit/Hyperactive Disorder Persistence into Adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*: 57: pp 1442-1451.
- Lensing, M. (2002): Diagnostikk, utredning og behandling av voksne med hyperkinetisk forstyrrelse. Kr.sand: *foredrag*. Seminar med sakkyndig team.
- Levy, F. et. al. (2005). Gender differences in AD/HD subtype comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, pp 368-376.
- Læringscenteret (2003): *Veiledningsmaterieell om alvorlige atferdsvansker*, Oslo: Læringscenteret
- Markussen, E., Brandt, S.S. & Hatlevik, I.K.R. (2003). *Høy pedagogisk bevissthet og tett oppfølging. Om sammenheng mellom pedagogikk og faglig og sosialt utbytte av videregående opplæring for elever med spesialundervisning*. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, rapport 5.
- Markussen, E. & Sandberg, N. (2005): *Stayere, sluttere og returnerte. Om 9756 ungdommer på Østlandet og deres karriere i videregående opplæring frem til midten av tredje skoleåret*. Oslo: Skriftserie X, NIFU STEP.
- Michelsson, K. (2005): Uppfølging frå fødselen til 30 år av en kohort med AD/HD. *Foredrag*. Oslo: Nordisk konferanse om AD/HD.
- MTA-Cooperative group (2004): 24-Months Outcomes of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, Vol 113. no 4, pp 762-769.
- Nordahl, T. (2005): *Læringsmiljø og pedagogisk analyse*. Oslo: NOVA rapport 19/05.
- NOU (2003:16): *I første rekke. Forsterket kvalitet i en grunnopplæring for alle*, Oslo; Statens forvaltningstjeneste.
- PP-tjenesten for Valdres (2005): *Utkast til rutiner for samarbeid med og henvisning til 2.linjetjenesten vedr. barn/unge i Valdres kommune*.
- Rabiner, DL., Malone, PS. (2004): The impact of tutoring on early reading achievement for children with and without attention problems. *J Abnormal Child Psychology*, June, 32 (3): pp 273-284.
- Rønhovde, LI. (2005); Indre Østfold-modellen for AD/HD. *Spesialpedagogikk*, 2, pp 4042.
- Sagvolden, T., Johansen, EB., Aase, H., Russell, VA. (2005): A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*, June, 28 (3), pp 397-419.
- SBU - Statens beredning for medicinsk utvärdering (2005): *AD/HD hos flickor. En inventering av det vetenskapliga underlaget*.

- Sciotto, M.J., Nolfi, C.J., Bluhm, C. (2004): Effect of Child Gender and Symptom Type and Referral for AD/HD by Elementary School Teachers. *Journal of Emotional and Behavior Disorders*: Vol 12. No 4, pp 347-253
- Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Weeks, A. (2001): Parent-Based Therapies for Preschool Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Randomized, Controlled Trial With a Community Sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40:4, pp 402-408
- Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M. (2002): Does Maternal AD/HD Reduce the Effectiveness of Parent Training for Prescholl Children's ADHD? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41:6, June, 696 -702.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): Videreføring av kompetansen i Sakkyndige team. *Brev til Ullevål sykehus 12.08.05.*
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne.*
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): Utvikling av regionaliserte tilbud til personer med AD/HD, Tourettes Syndrom og narkolepsi. *Brev til helseregionene 12.01.06.*
- St. Olavs hospital Universitetssykehuset i Trondheim, Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (2003): Kvalitetssikringsprosjektet. Kan AD/HD diagnostiseres av hjelpeapparatet? - om lokal deltagelse i diagnostisering av barn med konsentrasjonsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet. Trondheim: *prosjektbeskrivelse.*
- Stortingsmelding nr. 8: Om handlingsplan for funksjonshemma (1998-99).
- Strand, G. (Red.) (2004): AD/HD, Tourettes syndrome og Narkolepsi – en grunnbok, Bergen: Fagbokforlaget.
- Stray, T., Herlofsen, E., Grønnæss, S., Stray, L.L. & Hodne, K. (2005): Mandalsprosjektet – mot en desentralisert modell for samarbeid mellom hjelpetjenester for barn med store atferds- og konsentrasjonsvansker. *Spesialpedagogikk*, 10, pp 4-12.
- Tannock, R (2005): Socioeconomic Impact of ADHD: An Intergenerational Perspective. *Foredrag. Oslo: Centre for Advanced Study of AD/HD.*
- Tannock, R. (2005): Intervention for AD/HD with comorbid reading disorder. *Forelesning på den amerikanske barnepsykiatreforeningens konferanse i Toronto: AACAP 2005.*
- Tannock, R. (2006): Styrmenn uten ratt – interaktiv DVD om AD/HD for skolen (under trykking). Lillegården og Sørlandet kompetansesenter.
- Taylor, E. et. al. (2004): European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry (Suppl 1) 13: pp 7 – 30*
- Universitetet i Bergen (2005): Trivsel og mestring av studiene (TOMAS). Bergen: Info på Universitetets hjemmeside, www.uib.no
- Wilens, T., Biederman, J., Spencer T.J. (2002): Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Across the Lifespan. *Annu. Rev. Med.*, 53, pp 113-131.
- Zeiner, P. (Red.) (2004): *Barn og unge med AD/HD.* Oslo: Tell forlag.

Utdanningsdirektoratet
Postboks 2924 Tøyen
0608 Oslo

Internett: www.utdanningsdirektoratet.no
Bestillingstorget: bestilling.utdanningsdirektoratet.no
E-post: bestilling@utdanningsdirektoratet.no
Telefaks: 23 30 13 89