

Att lyckas med ADHD – en skolbaserad utrednings- och stödmodell

Sam Nordfeldt¹ Ann Fristedt² Per A Gustafsson³

¹Med dr, överläkare, Avd för BUP, IKE, Hälsouniversitetet, Linköpings kommun. E-post: sam.nordfeldt@liu.se. ²Överläkare, Specialverksamhet, Skolhälsovården, Linköpings Kommun. E-post: ann.fristedt@linkoping.se. ³Docent, överläkare, Avd för BUP, IKE, Hälsouniversitetet, Linköpings kommun. E-post: per.a.gustafsson@liu.se.

Att lyckas i skolan är en stark skyddsfaktor för utsatta barn. Artikeln beskriver en skolbaserad utrednings- och stödmodell för elever med inlärningsproblem. Modellen underlättar samverkan nära eleven och förstärker neuropsykiatrisk kompetens hos pedagogerna. En stor andel av elever med ADHD-problematik kan upptäckas och få pedagogiskt stöd i sin ordinarie klass när neuropsykiatrisk kompetens finns hos pedagogerna, färre elever behöver då specialklass. Deskriptiva data från 198 elever med diagnosen talar för att skolprestationer kan förbättras med sådana insatser, oberoende av medicinering för ADHD. Skolbaserade interventioner för målgruppen bör utvecklas och utvärderas i större utsträckning.

Successful school performance is a major protective factor for children at psychosocial risk. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and related disorders affect children's ability to function in school and other environments. Experience and data from implementation of a school-based model for assessment and support are presented. The model is based on continuous development of neuropsychiatric competence in the schools, assessment of pupils in a sequential model, and collaboration close to the pupil. Descriptive data from 198 pupils diagnosed with ADHD are consistent with the view that such efforts may enhance their school performance. School-based interventions for this target group need more evaluation.

Introduktion

ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) och relaterade neuropsykiatriska störningar påverkar barn från förskoleålder eller tidig skolålder och uppåt (1-3). Uppmärksamhetsproblem, lättstördhet och impulsivitet försvårar skolarbetet. Svårigheter med planering, överblickbarhet och sammanhang försvårar vardagen, tillvaron upplevs

splittrad. Även problem i relationer till kamrater och familj är vanligt. Slutbetyg från grundskolan är lägre och högre examina färre i denna grupp (4-6). ADHD är ett stort folkhälsoproblem, mer än 5 % av barn uppvisar ADHD symtom i populationsstudier (1, 3). Diagnosen är vanligare hos pojkar, men orsakar betydande funktionsnedsätt-

ning och allvarliga symtom hos både pojkar och flickor (1, 7). Det är även svårare att hitta stabila vuxna som orkar möta dessa barns särskilda behov (8-10).

Skolpersonal kan ha svårt att hantera problematiken (11, 12). Det finns hinder på vägen till adekvat hjälp, samverkan mellan olika yrkesgrupper och aktörer kan brista (13, 14) och möjligheterna till utredning av misstänkt ADHD kan variera. Information, stöd och behandling behöver utvecklas mer (1, 11, 15). Risken för allvarliga psykosociala problem i vuxenlivet är kraftigt förhöjd bland unga som lämnar grundskolan med låga betyg (5, 16, 17). Vikten av att få lyckas i skolarbetet måste understrykas.

Samsjukligheten vid ADHD omfattar läs- och skrivsvårigheter, språkstörning, trotssyndrom (Oppositional Defiant Disorder, ODD), uppförandestörning (Conduct Disorder, CD), depression, ångest och tvångssyndrom (Obsessive Compulsive Disorder OCD), sömnstörningar och tics. Beteendeproblem, psykosomatiska symtom och mobbing är utbrett hos elever med ADHD redan i årskurs 4 (12). Både risken för att bli mobbad och för att mobba är förhöjd i denna grupp (12). Skolan behöver psykosocial, medicinsk och specialpedagogisk kompetens som snabbt kan ge stöd till dessa elever och deras pedagoger. Internationellt finns skolbaserade program för att förebygga psykisk ohälsa, men få studier av insatser för barn med ADHD och deras närstående (15, 18-20). Modeller för stöd inom skolans

ram är angelägna att utvärdera även i ljuset av invändningar mot medikalisering (12, 21). Specialistbehandling med läkemedel minskar symtomen och behövs då andra åtgärder visar sig otillräckliga (1, 3, 22).

Funktionsnedsättning och utanförskap kan minimeras i en adekvat anpassad pedagogisk miljö (23). Diskrimineringslagen (2008:567) ger alla elever rätt till lika möjligheter, oavsett grad av funktionshinder. Att ge särskilt stöd till elever med svårigheter är centralt i skollagstiftningen (1994:1194; SFS 2010: 800). För att stödinsatser ska bli verkningsfulla ska eleven tillsammans med vårdnadshavare ges möjlighet att delta i utredningen och utarbetandet av åtgärdsprogrammet (SFS 2006:205). Stödåtgärder ska kontinuerligt följas upp, utvärderas och revideras vid behov.

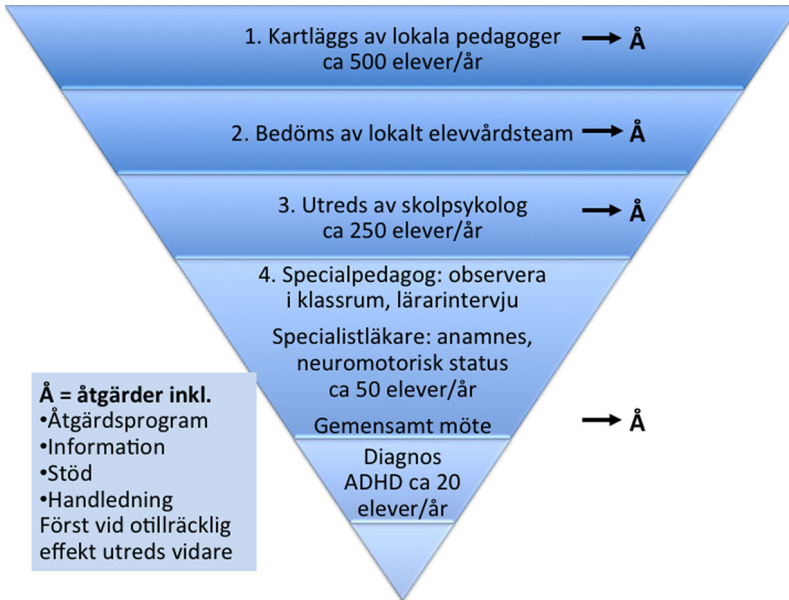
Skolbaserad utrednings- och stödmodell

Mot denna bakgrund används sedan 1996 i Författarnas kommun (FK) i samarbete med sjukvården i FK en skolbaserad utrednings- och stödmodell för elever där inlärningsproblem av ADHD typ kan misstänkas. Modellen har de två huvudsyftena att:

- A) samordna utredning och insatser
- B) skapa kompetensutveckling hos all personal i skolan.

Den övergripande målsättningen är en god skolmiljö för alla, där

- 1) elevernas behov av stöd tillgodoses
- 2) eleverna når skolans kunskapsmål
- 3) så många elever som möjligt upp-



Figur 1. Översiktlig modell för skolbaserad stegvis utredningsgång vid inlärningsproblem. Antal/år av totalt ca 11 000 elever i Författarnas kommun.

1. Pedagoger på barnets skola bedömer elevens styrkor och svagheter i lärsituationer och tillsammans med elev och närstående skapas ett åtgärdsprogram, som prövas och följs upp.
2. Elevvårdsteamet bedömer vidare, uppdaterar åtgärdsprogrammet, åtgärder prövas.
3. Skolpsykolog utreder med anamnes, observationer och testning. Ev. frågeställning ADHD. Åtgärdsprogrammet uppdateras, prövas och följs upp. Vid otillräcklig effekt och kvarstående frågeställning ADHD görs steg 4.
4. Stödteamets specialpedagog observerar eleven och miljön i klassen samt intervjuar lärare. Läkare med specialkunskap tar noggrann utvecklingsanamnes och undersöker neuromotorik. Vid gemensamt möte i skolan med föräldrar, om möjligt eleven själv, lärare, rektor samt utredande specialpedagog, psykolog och specialistläkare prövas om kriterier för ADHD diagnos uppfylls. Information ges samtidigt. Uppföljande möte efter 2-3 mån bestäms, handledning planeras för personal, ev. med elev och föräldrar. Ev. remiss BUP för stöd och behandling.

Figur 2. (textruta med förklaring till fig 1.) Stegvis utredningsgång vid inlärningsproblem.

fattar sig som vanliga och fungerande

- 4) särbehandling och utanförskap minimeras

Fokus i hela processen ligger nära eleven i skolan, vilket underlättar bedömning och stöd (tabell 1). I ett centralt stödteam inom FK ingår barn- och ungdomspsykiater (AF), specialpeda-

goger, kuratorer och psykologer. Ett nätverk med en neuropsykiatriskt utbildad pedagog (NP-pedagog) från varje skola svarar för en generell kunskapspridning i skolorna.

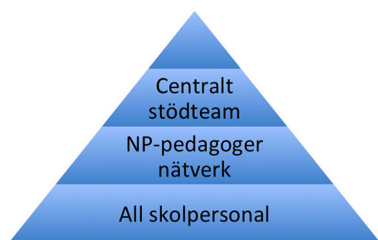
A. Samordnade utredningar och insatser

Arbetsgången i modellen visas översiktligt i figur 1 och 2. Inledningsvis

inkluderas alla elever med oklara inlärningsproblem. I en stegvis process bedöms elevens behov, åtgärdsprogram skapas och anpassningar görs av skol-situationen. I steg 3 kan diagnostiska frågeställningar bli tydliga.

Relevanta stödinsatser kan vara praktiska och pedagogiska anpassningar, utvidgad kommunikation med föräldrar, utökat vuxenstöd och lärarhandledning från NP-pedagog eller specialpedagog. Fortlöpande under hela skoltiden utvärderar skolpersonal, föräldrar och elev åtgärdena och uppdaterar dem. Vid behov av specialistkunskap konsulteras centrala stödteamets specialpedagog med inriktning mot neuropsykiatri och barnpsykiater.

Hög kompetens bland pedagoger och lägsta effektiva omhändertagandenivå eftersträvas. När åtgärder blir tillräckliga behövs inte mer utredning. Endast omkring 1 % av skolornas elever utreds ända fram till ADHD diagnos. Vid behov remitteras för vidare insatser. Exempelvis kan läkemedelsbehandling prövas när behov kvarstår efter att relevanta stödinsatser har genomförts. Vid misstanke om psykiatriska besvär i tillägg till skolsvårigheter remitteras till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) eller barn- och ungdomshabilitering



Figur 3. Kunskapsspridning på tre nivåer

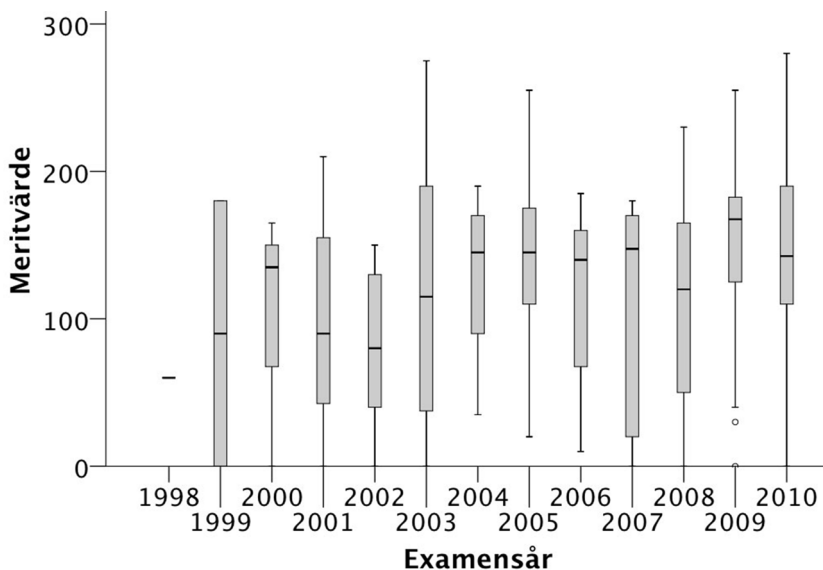
(BUH).

B. Kompetensutveckling hos all personal

Kunskapsspridning skapas på tre nivåer (fig. 3). 1) Varje termin erbjuds all personal inom skola och barnomsorg föreläsningar som syftar till en hög generell kunskapsnivå om ADHD-problematik. 2) NP-pedagoger på lokala skolor ger inom del av sin tjänst stöd och handledning för övrig lärarpersonal, och är nära tillgängliga som rådgivare för elever med ADHD-diagnos och föräldrar. Ofta finns en väl insatt NP-pedagog kvar med kontinuitet över flera år, vilket skapar trygghet för alla parter. 3) Nätverket av NP-pedagoger leds och fortbildas av det centrala stödteamets barnpsykiater och specialpedagog med inriktning mot neuropsykiatri genom föreläsningar, seminarier och gruppträffar, 2 tim/månad kontinuerligt, samt fallrelaterade konsultationer.

Före modellens införande gjordes utredningar inom FK huvudsakligen av skolpsykolog och pedagog, och det stöd som erbjöds var ofta placering i liten undervisningsgrupp. En barn- och ungdomspsykiater anställdes 1994 och började initiera modellen. NP-pedagogernas nätverk startades 1998. Kompetensökningen fördjupades då en specialpedagog för målgruppen anställdes i det centrala stödteamet 2000. Från 2003 fördjupades samarbetet med specialistläkare inom landstingssjukvård.

Syftet med studien har varit att beskriva erfarenheter och data från användning av modellen.



Figur 4. Boxplot som visar meritvärden efter examensår. Boxen visar median och 25:e och 75:e percentil, samt spridning.

Metod

Målgrupp för studien var 198 elever i Författarnas Kommun (FK) med ICD-10 diagnos ADHD, ADD, DAMP eller Tourette's syndrom med ADHD. Deras slutbetyg från årskurs 9 under åren 1999-2010 inhämtades från Stadsarkivet i FK. Uppgifter om alla elever i FK hämtades från Skolverkets databas SIRIS (24).

Meritvärde beräknas som summan av betygsvärdena för de 16 bästa betygen i elevens slutbetyg (24). Meritvärden från årskurs 9 för elever med examen före fullt införande av utrednings- och stödmodellen (1999-2002, $n=29$) jämfördes med elever från samma upptagningsområde med examen efter fullt införande av modellen (2003-2010, $n=169$). Examensåret 2003 ($n=17$) var det första där flertalet elever med diagnos hade utretts inom modellen,

många redan på lågstadiet.

Uppgifter om diagnos enligt ovan, viss samsjuklighet (kategorier: språkstörning, dyslexi/läs- och skrivsvårigheter), medicinering (kategorier: ingen, högst 12 mån, mer än 12 mån), ev. särskild skolform (kategorier: ökad personalinsats i hem/skola, ADHD-klass, skoldaghem) inhämtades retrospektivt från skolhälsovårdens journaler. Även uppgift om somatisk eller psykosocial faktor med uppenbar betydelse för behandlingen noterades (kategorier: ja/nej), t ex fysisk funktionsnedsättning, missbruk hos förälder, misshandel, familjehemsplacering och/eller dödsfall hos närstående. Skillnaderna mellan grupperna i meritvärde prövades med Mann-Whitney U test, övriga data med Chi-2 test. Studien har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden.

Tabell 1. Resurser och verktyg vid skolbaserad handläggning.

Område	Resurs	Verktyg
Diagnostik	Bedömare har omedelbar tillgång till information från två miljöer och fler instrument	Samtal med föräldrar och skolpersonal Klassrumsobservation Läraryrintervjuer Undersökning av barnet i skolmiljö
Samverkan	Fördjupad gemensam förståelse och samsyn mellan alla parter	Gemensamma möten, alla parter lika viktiga Reda ut missförstånd Forma gemensam bild av barnets behov
Implementering	Alla parter delaktiga	Gemensam åtgärdsplan som ”bruksanvisning” Omedelbart genomförande
Kompetens	Närhet till kunskap för pedagoger och föräldrar	Personlig kontakt över lång tid
Stöd	Närhet till stöd med kontinuitet för pedagoger och närstående	Personlig kontakt över lång tid

I tabell 2 överblickas bakgrundsdata för målgruppen, uppdelat i *före* respektive *efter fullt införande*. Könsfördelningen var oförändrad (n.s.) liksom förekomst av dyslexi (n.s.), psykosocial faktor (n.s.) och somatisk faktor (n.s.). Efter fullt införande fördubblades andelen utredda inom FK medan Barn och ungdomshabiliteringens (BUH) andel minskade ($p < 0,001$). Andelen som medicinerats ökade från 37 % till 65 % ($p = 0,006$) och andelen i liten undervisningsgrupp minskade från 56 % till 30 % ($p = 0,009$).

Resultat

Andel utredda elever före och efter införandet av modellen

Bland de 5 680 elever som under åren 1999-2002 gick ut årskurs 9 fanns hos 0,51 % ($n = 29$) uppgift om ADHD diagnos eller motsvarande, varav 37 % utretts inom Författarnas Kommun (FK) (tabell 2). Bland de 13 945 elever som under åren 2003-2010 gick

ut årskurs 9 fanns hos 1,21 % ($n = 169$) uppgift om ADHD diagnos eller motsvarande, varav 62 % utretts inom FK.

Efter modellens fulla införande har årligen ca 500 av kommunens totalt ca 11 000 elever i årskurs 1-9 bedömts av lokala pedagoger, ca 250 utretts vidare av psykolog och ca 50 bedömts av specialpedagog och läkare. Av dessa har årligen ca 20 elever fått ADHD diagnos eller motsvarande (fig. 1) inom modellen. Annan problematik och komplexa utredningsbehov remitteras vidare och har inte ingått i studien.

Meritvärden

Spridningen av meritvärden år 1998-2010 visas i figur 4. Före modellens fulla införande 1999-2002 ($n = 27$) var medianen av meritvärden 90 (range 0-210), efter fullt införande 2003-2010 ($n = 168$) 145 (range 0-280), ($p = 0,013$). Medelvärde 1999-2002 var 94,4 (SD 64,9) och medelvärde 2003-2010 var

Tabell 2. Karakteristik av de 198 eleverna, uppdelat i perioderna före och efter fullt införande. Diagnoser enligt ICD-10. Vissa data saknas från elevvårdsjournalerna.

	1999-2002		2003-2010	
	Antal	%	Antal	%
Pojkar	24	83	126	75
Flickor	5	17	43	25
DAMP F 90.A	15	52	38	22
ADHD F 90.B	12	41	99	59
ADD F 90.C	2	7	28	17
Tourette F95.2 + ADHD F 90.B	-	-	4	2
Utredd inom FK	10	37	101	62
Utredd inom BUH	14	52	21	13
Utredd inom BUP	2	7	30	18
Utredd av annan part	1	4	11	7
Ej medicinerat	17	63	56	35
Medicinerat högst 12 mån	4	15	32	20
Medicinerat mer än 12 mån	6	22	71	45
Ökad personalinsats i he mskola, t ex liten undervisningsgrupp	8	28	30	18
Skoldaghem	4	14	9	5
DAMP/ADHD-grupp	4	14	12	7
Språkstörning F 80.9	-	-	2	1
Dyslexi/läs- och skrivsvårigheter R 48.0	4	14	21	12
Somatisk faktor	2	7	18	11
Psykosocial faktor	6	21	31	18

128,6 (SD 65,4), effektstorlek 0,57. 1999-2002 uppnåddes 47 % respektive 2003-2010 62 % av medelvärdet för alla årskurs 9 elever i kommunen, som ökade från 201,4 år 1999-2002 (n=5680) till 207,6 år 2003-2010 (n=13945), effektstorlek 0,11 (24).

Inom undergruppen utredda av FK 1999-2002 (n=10) var medianen av meritvärden 105 (range 40-210) och 2003-2010 (n=101) 145 (range 0-280) (n.s.). Medelvärdet 1999-2002 var 102,8 (SD 59,0) och medelvärdet 2003-2010 var 129,2 (SD 65,0).

Inom undergruppen som fått medicinering under minst 12 månader var medianen av meritvärden 1999-2002 (n=6) 40 (range 0-150) och 2003-2010 (n=71) 150 (range 0-280), (p=0,029). Medelvärdet 1999-2002 var 64,0 (SD 71,6) och medelvärdet 2003-2010 var 132,9 (SD 65,2).

Inom undergruppen som aldrig fått medicinering var medianen av meritvärden 1999-2002 (n=17) 65 (range 0-210) och 2003-2010 (n=56) 165 (range 0-265), (p=0,020). Medelvärdet 1999-2002 var 94,3 (SD 69,6) och medelvärdet 2003-2010 var 144,1 (SD 61,8).

Diskussion

Slutsatser från betygsstudien

Skolframgång är en betydelsefull faktor för ungdomars framtida utveckling (17). Vi menar att beräkning av meritvärden från årskurs 9 kan vara ett sätt att mäta detta. Tidigare studier har påvisat lägre betyg och utbildningsnivå hos personer med ADHD (4, 6). Studien talar för att avgångsbetygen från årskurs 9 hos elever med ADHD har förbättrats efter att en skolbaserad utrednings- och stödmodell införts.

Även om studiens ”real world” perspektiv är en styrka måste resultatet tolkas med försiktighet. Studien kan bidra till förståelse av en praktikutveckling men besvarar inte frågor om kausalsamband. Retrospektivt inhämtade data innebär lägre precision. Studier utan jämförelsegrupp har lågt bevisvärde då man inte kan kontrollera resultatet för andra faktorer. Man kan exempelvis inte utesluta att den lägre

andel elever som fått diagnos före fullt införande av modellen haft högre symtombörda än den ökade andel som fått diagnos efter fullt införande. Modellens struktur och process (figur 1), den fortsatt låga andel som fått diagnos ADHD efter införandet, samt data för läkemedelsanvändning (tabell 2) (25) stöder en positiv tolkning av resultatet. Författarna har kliniskt upplevt att utredningar och åtgärdsprogram enligt modellen hållit hög kvalitet och varit effektiva. I en intervjustudie upplevde många föräldrar till barn som fått omhändertagande inom modellen att det gått bättre än väntat för barnen i skolan (26).

Utveckling av vård- och stödprocesser

Efter modellens införande har allt färre elever placerats i liten undervisningsgrupp utanför ordinarie klass (tabell 2). Med början 1999 etablerades 8 st DAMP/ADHD klasser (smågrupper i lokala skolor) och av dessa återstod 2010 endast en klass. Detta speglar att ett effektivt omhändertagande kunnat uppnås tidigare och på lägre utredningsnivå (högre upp i fig. 1). Att kunna fungera i en vanlig klass minskar känslan av utanförskap (27) vilket är prognostiskt gynnsamt.

Det är också ett betydelsefullt fynd att utredning och stödinsatser närmare elever, föräldrar och skolpersonal varit minst lika verkningsfulla som motsvarande insatser inom specialistsjukvård. När elevhälsan kan erbjuda effektiva bedömningar och insatser på primärnivå kan detta frigöra resurser inom specialistvård för barn med svårare

problem.

Utredning nära barnens vardag

Det är angeläget att svårigheter av ADHD-typ uppmärksammas tidigt då en skolmiljö som inte anpassas till elevens förutsättningar kan vara en allvarlig riskfaktor för ökade symptom och beteendeproblem. Nationellt (28) och internationellt finns olika skolprogram där pedagoger får lära sig beteendemodifierande tekniker (20). Kompetens hos pedagoger och en gemensam uppfattning mellan föräldrar och skola om barnet och dess sätt att fungera är viktiga faktorer för framgång (20, 28). Tre faktorer i modellen som underlättar effektiva insatser kan tänkas vara närhet till neuropsykiatrisk kompetens, flerstegsmodellen och samverkan. Bedömningarna blir säkrare då information från fler informanter runt barnet inhämtas och effektivare dialoger kan föras. Som tabell 1 visar underlättas både diagnostik och åtgärder. Föräldrar och pedagoger invigs genom gemensamma möten i ”magin” med att skapa samsyn. När dialoger utmynnar i en djupare förståelse och en ny ”manual” för att möta barnets behov får deltagarna erfarenhet av en mental modell för att lyckas tillsammans. För barn, föräldrar och skolpersonal öppnas nya möjligheter - att lyckas med ADHD.

Kontinuitet och känsla av sammanhang

Relationen elev – skola varar lång tid. Vid utredning i sjukvården har man snävare gränser och organisatoriska incitament att få avslut. Modellen ger utrymme för flexibilitet, långsiktighet och timing i åtgärder. Informationen i

utredningen är över lång tid grundad och tillgänglig inom arbetsgruppen runt eleven. Familj och pedagoger vet vem de kan kontakta för uppdatering och var kompetensen finns i skolan vilket bidrar till allas trygghet. För elev, föräldrar och utredare ökar möjligheten att känna sammanhang och helhet.

Kompetensutveckling och goda relationer till vårdgrannar

När skolpersonal är delaktig i utredning, åtgärder och uppföljning och får nära feedback på sina observationer stimuleras deras kunskapsutveckling. Deras kompetens för att hantera andra liknande situationer ökar och lärande team av vuxna skapas. Utöver gemensamma möten arbetar man med problemrelaterad handledning och konsultation efter behov. Även föräldrar kan inbjudas till kompetenshöjande möten. En hög generell kunskapsnivå skapas genom föreläsningar för all personal varje termin (fig. 3). Kompetensutvecklingen ökar möjligheten till integration och motverkar utslagning. När kompetenserna som behövs knyts till eleven och pedagogerna i skolmiljön kan onödiga remisser och väntetider undvikas. En god balans och effektiv samverkan underlättas mellan skolhälsovård, BUH och BUP runt elever som behöver t ex medicinering, föräldrautbildning och/eller familjearbete.

Holistiskt synsätt

Viktiga friskfaktorer är känsla av att lyckas, känsla av sammanhang, överblickbar tillvaro och tillgång till en stabil vuxen. Utredning och åtgärdsprogram nära barnens vardag kan ses som ett sätt att beskriva barnet för att ge vuxna

rätt ”manual” att följa och tillsammans förstärka effekten av friskfaktorerna. En grundtanke i modellen är att alla elever och all personal har rätt till en arbetssituation där de kan känna att de lyckas och mår bra i samma utsträckning som andra. Så välfungerande elev som möjligt är ett viktigt mål.

ADHD diagnos – när och för vem?

Mer än 5 % av barn uppvisar ADHD symtom (1, 3). Både genetiska och psykosociala faktorer bidrar till symptomens utveckling (21, 29, 30). Betydelsen av för barnet hjälpsamma förhållningssätt i familj och skola måste understrykas (1, 12, 20, 28).

Läkemedel för ADHD förskrevs år 2011 till 1,9 % av svenska barn 5-19 år (25). Elever med hög svårighetsgrad av ADHD menar vi har rätt till tidig diagnos eftersom åtgärder i skolan, stöd, vårdbidrag och eventuell medicinering skapar förutsättningar för dem att lyckas (31, 32). När tillräcklig kompetens finns bland pedagoger behöver enligt vår erfarenhet bara de elever som har svårast ADHD problematik (drygt 1 %) få diagnosen för att få sina behov tillgodosedda.

Modellen underlättar hög precision i utredningar och tidiga insatser på lägsta effektiva nivå, och arbetssättet betonar kompetensutveckling hos skolpersonalen som en viktig faktor i linje med vad som har visats vara framgångsrikt i internationell forskning (33). Därmed förebyggs symptomutveckling, vilket bidrar till att färre elever behöver utredas ända fram till diagnos. I skolan kan insatser egentligen ges utan diagnos ef-

tersom behoven styr vilket stöd elever skall få (23).

Framtida forskning

Forskning om utsatta barn visar att hyggliga skolresultat är en stark skyddsfaktor och en robust väg till en normaliserad livssituation (17). Det är okänt i hur stor utsträckning en skolbaserad utrednings- och stödmodell kan bidra till att långsiktigt förebygga negativ utveckling. Mycket återstår att göra, och mer information från elever själva, föräldrar och involverade pedagoger behövs.

Slutsatser

Studien beskriver positiva erfarenheter från en skolbaserad utrednings- och stödmodell. Resultaten talar för att skolprestationer kan förbättras med insatser inom modellen men bevisvärdet är lågt då jämförelsegrupp saknas. Skolresultat hos elever med ADHD kan behöva följas i kvalitetsregister. Skolbaserade interventioner för målgruppen bör utvecklas och utvärderas i större utsträckning.

Tack till

Ungdomar, föräldrar och skolpersonal som inspirerat till utvecklingen av modellen.

Referenser

1. Kadesjö B, Sverige. Socialstyrelsen. ADHD hos barn och vuxna. Stockholm: Socialstyr.; 2002.
2. Kadesjö C, Kadesjö B, Hagglof B, Gillberg C. ADHD in Swedish 3-to 7-year-old children. *J Am Acad Child Psy.* 2001;40(9):1021-8.
3. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry.* 2005;57(11):1215-20.
4. Ek U, Westerlund J, Holmberg K, Fernell E. Academic performance of adolescents with ADHD and other behavioural and learning problems -a population-based longitudinal study. *Acta Paediatr.* 2011;100(3):402-6.
5. Bernfort L, Nordfeldt S, Persson J. ADHD from a socio-economic perspective. *Acta Paediatr.* 2008;97(2):239-45.
6. Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambul Pediatr.* 2007;7(1 Suppl):82-90.
7. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care: ADHD in girls (in Swedish) - ADHD hos flickor. SBU report no 174. www.sbu.se. Stockholm: SBU 2005.
8. Harborne A, Wolpert M, Clare L. Making sense of ADHD: A battle for understanding? Parent's views of their children being diagnosed with ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 2004;9(3): 327-339.
9. Concannon PE, Tang YP. Management of attention deficit hyperactivity disorder: a parental perspective. *J Paediatr Child Health.* 2005;41(12):625-30.
10. Wymbs BT, Pelham WE, Jr, Molina BS, Gnagy EM, Wilson TK, Greenhouse JB. Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(5):735-44.
11. Malacrida C. Medicalization, ambivalence and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health (London).* 2004;8(1):61-80.

12. Holmberg K. Health Complaints, Bullying and Predictors of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in 10-year-olds in a Swedish Community. Doktorsavhandling. Uppsala 2009.
13. Bussing R, Zima BT, Gary FA, Garvan CW. Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *J Behav Health Ser R.* 2003;30(2):176-89.
14. Sayal K, Goodman R, Ford T. Barriers to the identification of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006 Jul;47(7):744-50.
15. Sawyer MG, Rey JM, Arney FM, Whitham JN, Clark JJ, Baghurst PA. Use of health and school-based services in Australia by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Psy.* 2004;43(11):1355-63.
16. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul Pediatr.* 2007;7(1 Suppl):73-81.
17. Socialstyrelsen. Social Rapport 2010. Kapitel 7: Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. Stockholm, 2010. Rapport No.: 2010-3-11.
18. Owens JS, Richerson L, Beilstein EA, Crane A, Murphy CE, Vancouver JB. School-based mental health programming for children with inattentive and disruptive behavior problems: first-year treatment outcome. *J Atten Disord.* 2005;9(1):261-74.
19. Sayal K, Hornsey H, Warren S, MacDiarmid F, Taylor E. Identification of children at risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: a school-based intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(10):806-13.
20. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturoversikt. . Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2010.
21. Kihlbom M. [Etiology and treatment in ADHD: Don't forget immaturity and psychosocial difficulties]. *Läkartidningen.* 2011;108(1-2):34-5.
22. Brown RT, Amler RW, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Feldman HM, et al. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence. *Pediatrics.* 2005;115(6):e749-57.
23. Skolverket. Allmänna råd för arbete med åtgärdsprogram. Stockholm 2008.
24. Skolverket. [citerat 28 maj 2012]. Stockholm: <http://www.skolverket.se>.
25. Socialstyrelsen. Läkemedelsstatistik. [citerat 28 maj 2012] <http://192.137.163.49/sdb/lak/val.aspx>. Nedladdat 2012-05-28.
26. Nordfeldt S, Arvidsson E, Bernfort L, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. Sjukvårdens och skolans insatser för barn med AD/HD - föräldrars erfarenheter [Elektronisk resurs] : en intervjustudie. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2006.
27. Severinsson S. Unga i normalitetens gränsland: Undervisning och behandling i särskilda undervisningsgrupper och hem för vård eller boende. Doktorsavhandling. Linköping University Electronic Press, 2010.
28. Östberg M, Rydell A-M. MIV - Metoder i Vardagen: Utvärdering av ett utbildningsprogram som ges parallellt till föräldrar och lärare till barn med ADHD-problematik. Uppsala Universitet 2008. www.lul.se
29. AD/HD - dags att också uppmärksamma psykosociala förhållanden? Ljungberg, T. *Socialmedicinsk Tidskrift* 2011-2012;88(6)486-95

30. Wargelius HL, Malmberg K, Larsson JO, Orelan L. Associations of MAOA-VNTR or 5HTT-LPR alleles with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms are moderated by platelet monoamine oxidase B activity. *Psychiatr Genet.* 2012 Feb;22(1):42-5.
31. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics.* 2009;124:71-8.
32. Pfiffner LJ, Yee Mikami A, Huang-Pollock C, Easterlin B, Zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2007;46:1041-50.
33. Fonagy P. et al. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50: 607-616.