



GÖTEBORGS UNIVERSITET
Utbildnings- och forskningsnämnden för lärarutbildning
Lärarprogrammet, examensarbete 10 poäng

ADHD i grundskolan

En intervjustudie om hur fem pedagoger arbetar
med barn som har diagnosen ADHD

Josefin Andersson
Maria Wilhelmsson

Examensarbete, LAU350

Handledare: Anna-Karin Schuller

Examinator: Girma Berhanu

Rapportnummer: VT06-2611-38

Abstrakt

Titel: ADHD i grundskolan – En intervjustudie om hur fem pedagoger arbetar med barn som har diagnosen ADHD
Författare: Josefin Andersson & Maria Wilhelmsson
Typ av arbete: Examensarbete (10 p)
Handledare: Anna-Karin Schuller
Examinator: Girma Berhanu
Program: Lärarprogrammet, Göteborgs Universitet
Institution: Institutionen för pedagogik och didaktik, IPD
Datum: VT 2006

Bakgrund

Vi upplever att antalet barn med ADHD har ökat och har under vår verksamhetsförlagda utbildning märkt att kunskap om ADHD ofta saknas i arbetslagen. Därför ansåg vi det relevant att fördjupa oss inom ämnet.

Syfte

Syftet med vår undersökning var att få en bild av hur några pedagoger som undervisar i grundskolan uppfattar barn med diagnosen ADHD. Om och i så fall hur de anpassar den fysiska miljön, arbetssättet och arbetsformerna efter elevernas förutsättningar, samt deras syn på föräldrasamarbetet.

Metod

För att få exempel på hur man löst arbetet kring de här barnen på olika skolor har vi genomfört en kvalitativ undersökning baserad på halvstrukturerade intervjuer. Vi har intervjuat fem pedagoger verksamma i grundskolan, som arbetar med barn som har diagnosen ADHD.

Resultat

Pedagogerna har beskrivit på hur man kan arbeta med barn som har den här problematiken och hur man kan anpassa den fysiska miljön. Pedagogerna vi intervjuade talade mycket om att barn som har ADHD är i stort behov av struktur och tydlighet. Det har också framkommit att ett väl fungerande samarbete med barnens föräldrar är viktigt. Barnen behöver också vara förberedda på vad som skall hända och vara trygga med personal och lokaler. Man måste utgå från varje enskilt barns förutsättningar och behov.

Nyckelord

ADHD, koncentrationssvårigheter, pedagogiska åtgärder, specialpedagogik, grundskolan

Förord

Vi tycker att arbetet med den här uppsatsen varit givande och utvecklande. Det har varit mycket intressant att fördjupa sig i ämnet.

Samarbetet har fungerat bra och arbetsbördan har delats lika. Vi har inte haft några problem att samarbeta och komma överens. De meningsskiljaktigheter vi haft har bara varit utvecklande och fört arbetet framåt.

Vi vill tacka de fem pedagoger som låtit oss intervjua dem. Även vår handledare, som varit oss till stor hjälp, förtjänar ett tack.

På grund av att en av författarna har en synskada har vi valt att använda typsnittet Arial med textstorlek 12 i vår uppsats. Författaren upplever att Arial är tydligare och mer lättläst än Times New Roman.

Göteborg, maj 2006
Josefin Andersson & Maria Wilhelmsson

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Syfte och problemformulering	2
2.1 Syfte	2
2.2 Frågeställningar	2
3. Litteraturgenomgång	3
3.1 Historia	3
3.1.1 MBD	3
3.1.2 DAMP	3
3.2 Diagnosen ADHD	4
3.2.1 ADHD	4
3.2.2 Diagnoskriterierna i DSM-IV	5
3.2.3 Vem ställer diagnos och hur går det till?	5
3.2.4 Förekomst	6
3.2.5 Pedagogisk utredning	6
3.2.6 Komorbiditet	7
3.2.7 För- och nackdelar med diagnos	7
3.3 Orsaker	9
3.4 Behandlingsmetoder	9
3.4.1 Medicinering	10
3.5 Symtom	11
3.6 Konsekvenser	12
3.7 Pedagogiska konsekvenser	13
3.7.1 Anpassning	14
3.8 Summering	16
4. Metod	17
4.1 Val av metod	17
4.2 Urval	17
4.3 Genomförande	17
4.4 Etik	18
4.5 Tillförlitlighet	18
5. Resultat	20
5.1 Presentation av undersökningsgruppen	20
5.2 Diagnosen	20
5.3 Information	22
5.4 Situationer som fungerar bra	23
5.5 Situationer som fungerar mindre bra	24
5.6 Den fysiska miljön	24
5.7 Arbetssätt	25
5.8 Föräldrasamarbete	26
6. Diskussion	28
6.1 Metoddiskussion	28
6.2 Resultatdiskussion	28
6.3 Slutord	31
Referenser	32
Bilaga 1: Diagnoskriterierna	34
Bilaga 2: Intervjufrågorna	36

1. Inledning

Vi har valt att skriva om ADHD eftersom vi känner att det är ett relativt vanligt förekommande funktionshinder. På senare tid upplever vi att antalet barn med ADHD har ökat, detta kan delvis bero på att man i dagens skola har större klasser och ett friare arbetssätt. Denna förändring av pedagogiken ställer höga krav på barnens koncentration och förmåga att ta eget ansvar. Att fler och fler barn får diagnosen ADHD anser vi ökar kraven på pedagogerna. I läroplanen för det obligatoriska skolväsendet, Lpo 94, kan man läsa att "läraren skall utgå från varje enskild individs behov, förutsättningar, erfarenheter och tänkande" (s.14). Vi tycker därför att det är viktigt att vi som blivande pedagoger skaffar oss kunskaper om ADHD och hur vi kan anpassa arbetssättet, för att vi ska kunna skapa ett så gynnsamt klimat som möjligt även för de här eleverna. Detta finns det också stöd för i Lpo 94, "läraren skall stimulera, handleda, och ge särskilt stöd till elever som har svårigheter" (s.14).

ADHD är som sagt ett allt vanligare funktionshinder och det är viktigt att vi som pedagoger är rustade så att vi inte gör det till ett handikapp.

Handikapp är en beteckning för de konsekvenser som följer av ett funktionshinder. Det är alltid något relativt och uppstår först i samspelet mellan en individ och den omgivande miljön. En person med funktionshinder kan alltså vara handikappad i en viss situation utan att för den skull vara det i andra. (Axengrip & Axengrip 2001, s.6)

Ämnet känns extra viktigt eftersom det kompliceras av att ADHD är ett dolt funktionshinder som kan vara svårare att förstå än om ett barn t.ex. är rullstolsburet. ADHD är inte direkt märkbart på en person och symtomen varierar mycket mellan olika situationer. En elev som fungerar normalt i vissa situationer kanske inte alls fungerar i andra situationer.

Under vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU) har vi känt att kunskap om ADHD är en kompetens som ofta saknas i arbetslagen. Genom den här undersökningen vill vi öka våra kunskaper om ADHD för att kunna tillföra detta till ett framtida arbetslag.

Vi kommer att beskriva diagnosen ADHD i stort med fokus på pedagogiska konsekvenser. Med pedagogiska konsekvenser menar vi hur man i skolan kan göra för att underlätta skoldagen för de här barnen, genom att t.ex. anpassa sitt arbetssätt och den fysiska miljön.

Anledningen till att vi valt att fokusera på diagnosen ADHD, istället för det mer allmänna begreppet koncentrationssvårigheter, är för att få ett mer avgränsat och konkret undersökningsområde. Samt för att vi är intresserade av att ta reda på vad som händer i skolan i samband med att barnet får en diagnos.

2. Syfte och problemformulering

2.1 Syfte

Syftet med vår undersökning är att få en bild av hur några pedagoger som undervisar i grundskolan uppfattar barn med diagnosen ADHD. Om och i så fall hur de anpassar den fysiska miljön, arbetssättet och arbetsformerna efter elevernas förutsättningar, samt deras syn på föräldrasamarbetet.

2.2 Frågeställningar

För att uppfylla vårt syfte arbetar vi utifrån följande frågeställningar:

Hur beskriver de intervjuade pedagogerna barn med diagnosen ADHD?

Vad anser pedagogerna att en diagnos betyder?

Vilka situationer fungerar bra/mindre bra för barn med ADHD?

Anpassar pedagogerna arbetssättet och den fysiska miljön för dessa barn och i så fall hur?

Hur ser pedagogerna på föräldrasamarbetet?

3. Litteraturgenomgång

Det är viktigt med kunskap för att kunna anpassa skolvardagen på ett bra sätt för barn med ADHD. Att ha generell kunskap om hur funktionshindret ter sig är betydelsefullt. Vi kommer här att ta upp de aspekter av diagnosen som vi anser mest relevanta för arbetet med barn som har ADHD i skolan.

Vi har valt att använda ordet barn, framför elever. Förutom när rena skolsituationer beskrivs, där det mest naturliga är att prata om barnen som elever. Anledningen till att vi valt barn är att det framförallt är det ordet som används i litteraturen, det har då känts mest naturligt för oss att också använda det.

Den här uppsatsen handlar om ADHD. Men i delar av litteraturgenomgången kan det stå under benämningen DAMP eller koncentrationssvårigheter. Det beror på vilket uttryck den citerade författaren använt. Men i alla fall där andra uttryck används stämmer det ändå överens med vår undersökning.

3.1 Historia

Genom hela skolans historia finns beskrivningar av överaktiva barn. Man har hela tiden sökt och hittat olika förklaringar till vad som orsakar denna hyperaktivitet och impulsivitet. Sedan början av 1900-talet har man också sökt olika neurologiska orsaker till symtomen.

3.1.1 MBD

Minimal Brain Damage

I början av 1900-talet föddes diagnosen MBD – minimal brain damage. MBD är en orsakdiagnos där man ser beteendet som en orsak av hjärnskada. Man kunde visa att hjärnskada kan leda till beteende- och inlärningsproblem. Man drog då slutsatsen att problemen kunde ses som symtom på hjärnskada. Under 40-talet växte sig diagnosen starkare och under 50-talet kom den att bli en välanvänd diagnos, framförallt i USA. Man behandlade ofta barnen med centralstimulerande medicin (Socialstyrelsen, 2002; Gillberg, 2004).

Minimal Brain Dysfunction

Man kunde dock visa att hjärnskador fanns utan symtomen och man hittade symtomen hos barn utan påvisbar hjärnskada. Detta gjorde att många var skeptiska till diagnosen MBD, framförallt engelska forskare som ordnade ett möte för att avskaffa MBD-diagnosen.

Vid en konferens i Oxford 1962 diskuterades dessa spörsmål ingående. Man enades om att symtom som koncentrationsstörning och hyperaktivitet aldrig kunde tas som bevis på att ett barn hade en hjärnskada, och att MBD därför inte längre skulle uttydas 'minimal brain damage' utan 'minimal brain dysfunction'. (Socialstyrelsen, 2002, s.40)

I sin nya betydelse kom sedan diagnosen att användas under flera år till. Den används idag fortfarande på många håll i världen, men är på väg att försvinna (Socialstyrelsen, 2002; Gillberg, 2004).

3.1.2 DAMP

Vad är DAMP?

Förkortningen DAMP står för Dysfunktion i Aktivitetskontroll, Motorik och Perception.

Diagnosen DAMP definierades 1986 av Christopher Gillberg och 1990 bestämde man sig i Norden för att använda diagnosen DAMP istället för MBD. DAMP är "en problematik som består av betydelsefulla problem med uppmärksamhet och aktivitetskontroll samt motorik och perception" (Socialstyrelsen, 2002, s.36).

DAMP – ADHD

Diagnoserna ADHD och DAMP är på många sätt liknande diagnoser, på många områden överlappar de varandra. "Vilken av diagnoserna som ställs beror till viss del på var i världen ett barn eller en vuxen blir föremål för undersökning" (Gillberg, 2004, s.27). Christopher Gillberg (2004) professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Göteborgs Universitet skiljer på diagnoserna såhär: "DAMP betonar den samtidiga förekomsten av uppmärksamhetsstörningar och motoriska/perceptuella problem, medan ADHD endast sätter uppmärksamhetsstörningen/hyperaktiviteten i fokus" (s.27). DAMP som diagnos är en accepterad diagnos i de nordiska länderna, men används i stort sett bara här. Under senare år har diagnosen DAMP alltmer kommit att försvinna, man sätter inte längre några nya DAMP-diagnoser. Idag är det istället ADHD som är den gällande diagnosen. I Socialstyrelsens (2002) kunskapsöversikt *ADHD hos barn och vuxna* utarbetad av Björn Kadesjö nämns DAMP endast i förbigående och då i imperfekt.

3.2 Diagnosen ADHD

Det finns två diagnosmanualer som används i världen, Amerikanska psykiatriska föreningens manual, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), är den diagnosmanual som tar upp diagnosen ADHD och dess kriterier. Parallellt med DSM finns också en diagnosmanual från WHO (World Health Organisation). I WHO:s nu gällande diagnosystem ICD-10 benämns det tillstånd som motsvarar ADHD "hyperkinetic disorder" (HKD). Diagnosen HKD används främst i England. (Socialstyrelsen, 2002) Hädanefter kommer vi att fokusera på DSM-manualen.

3.2.1 ADHD

ADHD står för Attention Deficit Hyperactivity Disorder och översätts till svenska "Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning". Som nämnts ovan definieras den i DSM-manualen som utkommit i ett antal utgåvor:

- DSM-I, 1957, här fanns inte ADHD eller något liknande med.
- DSM-II, 1968, i den talar man om "hyperkinetic reaktion of childhood (or adolescence)".
- DSM-III, 1980, här ändrades detta till "attention deficit disorder" (ADD), denna diagnos hade två undertyper "ADD with hyperactivity" (ADD/H) och "ADD without hyperactivity" (ADD/WO). Alltså aktivitetsstörning med eller utan överaktivitet.
- DSM-III-R, revidering av DSM-III, här tog man bort uppdelningen i två undertyper och benämningen blev istället "attention deficit hyperactivity disorder" (ADHD) som det heter än idag. Man ansåg inte att det fanns tillräckligt med vetenskapligt underlag för att dela upp det i två olika diagnoser.
- DSM-IV, 1995, den nu gällande manualen.

(Socialstyrelsen, 2002)

3.2.2 Diagnoskriterierna i DSM-IV

"ADHD är en diagnos som baseras på förekomsten av vissa definierade beteenden eller symtom" (Socialstyrelsen, 2002, s.159). De kriterier som gäller för diagnosen ADHD är indelade i tre grupper: uppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. Man kopplar ihop kriterierna för hyperaktivitet och impulsivitet. På så vis får man två kriteriegrupper med nio kriterier i varje, för att diagnos skall ställas skall minst sex av kriterierna i en grupp uppfyllas. Uppfylls detta i båda grupperna får man diagnosen "ADHD i kombination". Uppfyller man bara kriterierna i en av de två grupperna har man antingen "ADHD huvudsakligen med bristande uppmärksamhet" eller "ADHD huvudsakligen med hyperaktivitet/impulsivitet" (DSM IV, 1995). Man har ganska stora krav på hur tydliga symtomen skall vara för att en diagnos skall ställas.

För att symtomen skall definieras som ADHD skall svårigheterna vara mycket omfattande och finnas i en grad som man inte väntar sig utifrån barnets ålder. De skall dessutom ge betydande problem i olika vardagssituationer och ha en stor inverkan på barnets sätt att fungera. (Socialstyrelsen, 2002, s.18)

Dessa krav specificeras i fyra kriterier utöver de diagnoskriterier som nämndes tidigare. Man säger här att symtomen skall ha funnits före sju års ålder, symtomen skall innebära problem inom minst två områden, det skall "finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning" (Socialstyrelsen, 2002, s.28) och att symtomen inte kan bero på någon annan psykisk störning. För fullständiga diagnoskriterierna se bilaga 1.

DSM-IV-kriterierna är i första hand "avsedda för forskning för att avgränsa en tillräckligt homogen grupp av individer. För kliniskt bruk kan vi använda kriterierna mer flexibelt när symtombilden i övrigt överensstämmer med diagnosen och ingenting annat bättre förklarar barnets problem" (Duvner, 1998, s.29).

Det finns alltså i stort sett tre former av ADHD, de barn som är överaktiva får ofta mer uppmärksamhet. Enligt Socialstyrelsen (2002) märker man ofta inte uppmärksamhetsproblemen hos de barn som inte är överaktiva förrän de börjar skolan och kraven på uthållighet och uppmärksamhet ökar. Alltså diagnostiseras de barn som har "ADHD huvudsakligen med bristande uppmärksamhet" ofta senare. Det finns de (Gillberg, 2004) som tror att det till och med finns stor risk att diagnosen missas för den här gruppen av barn. "Det är svårt att upptäcka bakomliggande uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter hos någon som sitter still och inte förorsakar problem" (Gillberg, 2004, s.36). Beckman, journalist, och Fernell, överläkare och docent, (2004) beskriver de här barnen som "ofta oföretagsamma och drömmande och blir mycket lätt avledda från vad de har för händer" (s.23).

3.2.3 Vem ställer diagnos och hur går det till?

Det finns inga särskilda specialister som kan ställa diagnosen ADHD, istället måste diagnosen ställas genom flera olika undersökningar i ett samarbete mellan flera yrkeskategorier. "För att få fram tillräckligt underlag för att ställa diagnoserna ADHD eller DAMP krävs undersökning av läkare och psykolog med ingående kännedom om barns och ungdomars normala utveckling" (Gillberg, 2004, s.107). Man kan också behöva undersökningar av exempelvis logoped, sjukgymnast eller specialpedagog beroende på vad man kommer fram till under utredningen. Den undersökning som alltid görs är uppdelad i några olika moment: intervju med vårdnadshavarna, information från andra källor, frågeformulär, medicinsk och psykologisk

läkarundersökning samt analys av situationen. Även ett samtal med barnet skall ingå i utredningen. Det är viktigt att detta samtal är anpassat till barnets förutsättningar. Enligt Tore Duvner (1994), specialist inom barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri finns det "en påtaglig risk att man underskattar barnets funktionsstörningar i en testsituation där barnet undersöks under optimala betingelser" (s.127). Det är därför motiverat att också studera barnet i vardagssituationer eller att prata med dem som möter barnet i dessa situationer.

Eftersom ADHD är en så pass komplex diagnos där det inte finns "något specifikt test eller någon undersökningsmetod som bekräftar eller avfärdar en diagnos" (Socialstyrelsen, 2002, s.159) är det viktigt att man är mycket noggrann vid diagnostisering.

En förutsättning för att diagnos skall kunna ställas är att de påvisade symtomen orsakar påtagliga problem för barnet och de närmast berörda, att de märks i olika miljöer och att diagnosen har betydelse för att individen skall få adekvat hjälp och förståelse. (Socialstyrelsen, 2002, s.159)

Barnet och diagnostiseringen

Det är mycket viktigt att man under arbetet med att ställa en diagnos inte glömmet bort barnet ifråga. "Barn kan inte avgöra huruvida en utredning skall ske eller inte, men de har rätt att få information om varför den skall genomföras och vad som händer under utredningen" (Socialstyrelsen, 2002, s.160).

3.2.4 Förekomst

Uppgifter om hur stor förekomsten av ADHD är varierar lite mellan olika utredningar, beroende på hur undersökningarna bakom genomförts. Men det mest gällande verkar vara att förekomsten är ca 3-5 %. Björn Kadesjö (2001), med. dr. och chef för Barn Neurologiska Kliniken i Göteborg, säger att "om man strikt följer de kriterier som anges för ADHD i DSM-manualen så har 3-5 % av alla barn i skolåldern ADHD" (s.67). Det verkar också som att förekomsten av ADHD är vanligare hos pojkar än hos flickor. Kadesjö (2001) skriver vidare att "de flesta studier visar att det är 3-4 gånger så många pojkar som flickor som har ADHD" (s.68). Vad detta beror på är något som forskarna tvistar om.

3.2.5 Pedagogisk utredning

En ADHD-diagnos bör också kompletteras med att man i skolan gör en pedagogisk utredning av barnet. Den genomförs av en specialpedagog som tittar på barnets förutsättningar och nivå på både pedagogiskt, kognitivt, emotionellt och socialt plan. Det är viktigt att detta görs ordentligt eftersom "varje barn har en ovillkorlig rätt att i skolan få hjälp och stöd utifrån sina förutsättningar" (Socialstyrelsen, 2002, s.163). En del av undersökningen är observation av barnet, både enskilt och i grupp. Vid observationen tittar man på aktivitetsnivå, koncentration, uppmärksamhet eller hur lätt barnet störs av det som sker runt omkring. Efter observationen bedöms och jämförs resultatet med andra barn och i relation till olika miljöfaktorer. Man observerar även motorik, detta bör ske i situationer som är naturliga för barnet som t.ex. när barnet leker, tar på sig kläder, äter, skriver eller ritar. I vissa fall är man intresserad av hur barnet klarar vissa specifika situationer och ger därför barnet bestämda uppgifter (Asmervik, Ogden & Rygvold, red, 1993). Författarna påpekar att det är mycket viktigt att inte bara koncentrera sig på barnets brister utan även på dess starka sidor. En pedagogisk utredning syftar till att

ge underlag för en skolsituation och en pedagogisk uppläggning som är anpassad till barnets behov, vilket i sin tur förutsätter att det finns kunskap och utvecklad metodik för detta. Det finns

således andra mål för en sådan utredning än vad som skissats för den diagnostiska utredningen. (Socialstyrelsen, 2002, s.163)

Det är inte självklart att förskolans/skolans personal får ta del av utredningen och sedermera den eventuella diagnosen, det är upp till barnets föräldrar att avgöra vem som skall få läsa det. Socialstyrelsen (2002) skriver dock att "det är önskvärt att förskolans/skolans personal får ta del av dem, men det kräver att man förbereder sådan information med föräldrarna" (s.161). De kan exempelvis välja att visa bara vissa delar av diagnosen för den pedagogiska personalen. När man som pedagog får se ett barns diagnos är det dock viktigt att ha i åtanke det som Socialstyrelsen (2002) vidare påpekar:

En diagnos är ofta en så allmän beskrivning av ett barns svårigheter att enbart termen inte ger tillräcklig vägledning för hur specifika stödinsatser skall utformas. Vare sig man kommit fram till en diagnos eller inte, måste utredningsresultaten därför alltid konkretiseras i beskrivningar av det enskilda barnets svårigheter och resurser. Det är utifrån detta som åtgärdsprogram och behandlingsplaner skall formuleras och utvärderas. (s.162)

Det är också viktigt att arbetet med att utforma ett åtgärdsprogram sker i samverkan med både barnets föräldrar och specialpedagog.

3.2.6 Komorbiditet

Personer med ADHD har ofta även olika tilläggsdiagnoser. "Det är mycket vanligt med olika komorbida¹ tillstånd vid ADHD. Det är så vanligt att det snarast är undantag med ADHD utan sådana problem" (Socialstyrelsen, 2002, s.51). Det är viktigt att man utreder detta ordentligt eftersom det kan ha inverkan på vilken behandlingsmetod som är lämpligast. Exempel på tilläggsdiagnoser som är vanliga vid ADHD är dyslexi, dyskalkyli, trotssyndrom, tics, Tourettes syndrom m.fl. Trotssyndrom kan vara en föregångare till diagnosen Uppförandestörning, det är en diagnos som präglas av allvarliga normbrott. Dessa två diagnoser kan senare i livet leda till kriminalitet och missbruk "det är därför av största vikt att de uppmärksammas så tidigt som möjligt" (Beckman & Fernell, 2004, s.29).

3.2.7 För- och nackdelar med diagnos

Att få en ADHD-diagnos kan skapa många olika känslor hos barnet och människorna som berörs runtomkring. Det finns både positiva och negativa känslor kopplade till detta. En del i att få en diagnos är att den innebär en förklaring. "Diagnosen är viktig inte bara för läkaren utan i lika hög grad för patienten. Den ger patienten en benämning på och en förklaring till de aktuella symtomen" (Wrangsjö, 1998, s.22). Axengrip och Axengrip (2001) som själva är föräldrar till barn som har diagnosen DAMP skriver om att diagnosen innebär en förståelse till varför vissa situationer kan vara handikappande. "Diagnosen är därför en grundläggande förutsättning för att omgivningen ska kunna anpassa miljön och pedagogiken efter individens behov" (s.12). Eva Kärfve (2000), docent i sociologi, menar dock att för barnet självt "har diagnosen knappast något förklaringsvärde alls, om man nu inte menar att mobbade barn vinner på att förklara sin utsatta situation med brister i den egna genetiken" (s.92).

Förklaringen till varför barnet ifråga beter sig som det gör kan också innebära en avlastning av skuld-känslor för omgivningen. Många föräldrar vittnar om den stora

¹ Komorbiditet = "samtidig förekomst av en eller flera andra störningar" (Socialstyrelsen 2002, s.51)

lättnaden som infunnit sig i samband med diagnos, det är inte vårt fel, vårt barn är inte ouppfostrat och liknande är reaktioner man ofta stöter på inom litteraturen. Bland annat Björn Wrangsjö (1998) som är barn- och ungdomspsykiatriker talar om detta: "Diagnosen har haft en rad positiva aspekter. Bland dessa kan nämnas avlastning av skuld känslor och ett skydd mot anklagelser och kritik från omgivningen" (s.34).

Det som framförallt påverkas på lång sikt av att få en diagnos är identiteten. När man får en diagnos blir man en patient, någon som det är något fel på. "Att få en diagnos påverkar både ens egen uppfattning om sig själv och omvärldens" (Wrangsjö, 1998, s.21). Vilka konsekvenserna av diagnosen blir varierar från individ till individ, därför är det här med diagnos en komplex fråga. Klart är dock att "diagnosen blir en mer eller mindre integrerad del av självbilden, där diagnosen förklarar upplevelser och beteenden som är en del av denna självbild" (Wrangsjö, 1998, s.39-40). Diagnosen påverkar som sagt både hur barnet självt och dess omgivning ser på barnet i fråga, detta gör att diagnosen startar en psykologisk process och "dels påverkar en människas förväntningar på sig själv och sin framtid, dels även omgivningens förväntningar och förhållningssätt" (Wrangsjö, 1998, s.23). Det finns en risk att man då börjar bete sig som man förväntas bete sig och ser på sig själv genom andras ögon. Wrangsjö (1998) tar även upp risken med att diagnosen kan bli en hämmande faktor. "Diagnosen kan få mig att känna att det är ett permanent fel på mig, något oåterkalleligt. Det finns inget hopp, det är inte någon idé att försöka anstränga sig!" (s.41). Det är viktigt att man i skolan gör allt man kan för att förmedla en positiv självbild även till de här barnen, så att förväntningarna inte leder till negativt och destruktivt beteende.

Många har uttryckt en oro för att diagnostiseringen blir en stämpling av individer som får negativa effekter. Socialstyrelsen (2002) skriver dock att "det har inte gått att finna något vetenskapligt stöd för att den diagnostiska proceduren eller en ADHD-diagnos skulle öka risken för diskriminering eller utanförskap. Risken för detta skall dock inte underskattas" (s.162). Vi måste alltså vara uppmärksamma på hur de här barnen beter sig och hur de mår, så att vi kan göra allt som står i vår makt för att hindra att de råkar illa ut. Det är också viktigt att komma ihåg det som Beckman och Fernell (2004) påpekar: "Själva tillståndet ADHD varierar ju kraftigt, svårighetsgraden är olika och ytterligare funktionsnedsättningar förekommer hos många" (s.31). Man kan alltså aldrig dra alla över en kam.

Att ett barn fått en diagnos innebär att "de vuxna kring barnet kan skaffa sig kunskap om problemområdet, och kontakten underlättas mellan föräldrar och lärare som har erfarenhet av barn med samma diagnos" (Socialstyrelsen, 2002, s.162). Diagnosen innebär också att det kan vara lättare att få tillgång till vissa samhällsliga stödåtgärder. I samband med utredningen går också familjen igenom en tung process av acceptans. "Diagnosen är i själva verket inte bara den nödvändiga grunden för behandlingsinsatserna för barnet, utan arbetet kring den innehåller också många familjeterapeutiska moment" (Duvner, 1994, s.128).

De problem ett barn har förändras under dess utveckling, alltså bör en diagnos värderas om med jämna mellanrum. "Den varierar från tid till annan och påverkas av förhållanden i omgivningen. I det perspektivet kan en diagnos uppfattas som en alltför statisk benämning på problem som varierar hos ett och samma barn" (Socialstyrelsen, 2002, s.162).

Man kan inte nog påpeka att två olika individer med samma diagnos aldrig är likadana. Vi får aldrig se på barnet som dess diagnos utan måste alltid sätta barnet i fokus. Att man har samma diagnos innebär att man har vissa drag gemensamt, men hur symtomen yttrar sig är högst personligt.

Oavsett vad man tycker om diagnoser får man aldrig se en diagnos som ett "mål i sig, utan diagnosen är ett medel för fortsatta insatser" (Socialstyrelsen, 2002, s.161). "När vi fokuserar energin på rätt saker kan vi vända det till en fördel att ha diagnos. Diagnos skall skapa möjligheter inte hinder" (Axengrip & Axengrip, 2001, s.20).

3.3 Orsaker

Läkare och forskare verkar oeniga om huruvida ADHD är ärftligt eller inte. Gillberg (2004) skriver dock att ärftliga faktorer i stor utsträckning är orsaken till ADHD/DAMP. I 40-70 procent av de fall där ett barn fått diagnosen ADHD/DAMP har man sett liknande problem hos en eller flera familjemedlemmar. Men Gillberg påpekar att detta i sig inte är något bevis för att funktionshindret är ärftligt. Forskarna är osäkra över vad det är som ärvs. Man har sett avvikelser i nervsystemets omsättning av dopamin, men detta förklarar endast en minoritet av den ärftliga tendensen av ADHD/DAMP.

Det man är överens om är att de sociala familjeförhållandena har betydelse för problemens utveckling och tillkomsten av andra svårigheter. Eventuella problem i familjen kan öka svårighetsgraden av ADHD hos barnet. Det kan ibland medföra att ett barn med relativt lindrig ADHD får ökade problem hemma eller i skolan för att barnet inte får det stöd som det behöver (Duvner, 1998).

Ytterligare riskfaktorer för att utveckla ADHD, som dock är mindre vanliga, är när ett barn föds mycket för tidigt med en födelsevikt under 1500 gram eller att vara underviktig i förhållande till graviditetslängden. Man vet också att om en gravid kvinna drabbas av någon virusinfektion kan det ge mer eller mindre allvarliga hjärnskador hos fostret (Duvner, 1998).

"Vid ADHD och DAMP är det också vanligare än normalt med besvärlig förlossning som en bakgrundsfaktor" (Duvner, 1998, s.23). Det nyfödda barnet har normalt sett en stor förmåga att klara en svår förlossning utan bestående men. Det tycks vara så att de barn som senare upptäcks ha ADHD har en grundläggande skörhet som gör dem sårbarare för syrebrist eller de små hjärnblödningarna som de besvärligare förlossningarna kan medföra. Andra riskfaktorer under graviditeten är om kvinnan intar alkohol, nikotin eller narkotika. Man kan även konstatera att en ökad exposition av bly i form av bilavgaser kan öka risken för ADHD (Duvner, 1998).

3.4 Behandlingsmetoder

Anne Teeter Phyllis (2004), professor i inlärningspsykologi, skriver att vid behandling av barn i den tidiga skolåldern använder man sig oftast av föräldrautbildning, beteendehantering i klassrummet, specialpedagogiska insatser för barn med inlärningsproblem, träning av sociala färdigheter samt läkemedelsbehandling. Insatserna riktas först och främst till de personer som finns runt barnet som föräldrar och lärare. Detta möts ofta av stort motstånd eftersom de anser att man borde fokusera på barnet istället. Behandlingsmetoderna sätter familjen i centrum och inte i första hand det enskilda barnet. Man strävar efter att anpassa miljön runt barnet för

att på så sätt minska symtomen av ADHD, dvs. minska hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter. Det är viktigt att ta reda på hur familjen påverkas av barnet med ADHD och hur funktionshindret påverkar barnets självkänsla.

Vidare menar Teeter (2004) att en väl genomförd bedömning och diagnos av barnet är viktigt eftersom den sedan ligger till grund för de stödåtgärder som sätts in. Som nämnts ovan finns ett flertal olika behandlingsmetoder som visats fungera bäst när de förenas.

Föräldrarna har den bästa kunskapen om barnet och den måste tas tillvara vid planering och utformning av behandlingsmetod. Vid planering är det nödvändigt att se till hela familjen såsom syskon och andra familjemedlemmar och barnets sociala nätverk. Det är därmed relevant att föräldrarna har stort inflytande vid bedömning av stödinsatser (Hellström, 1995). Föräldrarna kan behöva stöd i sin föräldraroll och det kan de få genom individuella stödsamtal och rådgivning, genom samspelsintervention eller genom föräldrautbildning. Tidiga insatser är viktiga för att förebygga negativa samspelsmönster och låsta relationer mellan föräldrar och barn (Hellström 1995). Hellström (1995), utbildningsledare och verksamhetsutvecklare vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala, menar att syftet med stödinsatserna är att "öka föräldrarnas förståelse, öka förmågan till positivt samspel med barnet, hjälp med problematiska vardagssituationer, kunna möta barnets krävande beteende på ett mer ändamålsenligt sätt, få fungerande rutiner, att skapa struktur i tillvaron, att sätta gränser" (s.163).

De stödinsatser som riktar sig direkt till barnet syftar till att hjälpa barnet att kontrollera impulser, att lära sig lyssna aktivt och att kunna slutföra en arbetsuppgift. Barnet tränas också i socialt samspel och självstyrning (Teeter, 2004). Vidare är det mycket viktigt att stärka barnets självkänsla som i många fall kan vara låg i och med många misslyckanden, både i skolan och i det sociala nätverket. För en lyckad skolsituation är det viktigt att fokusera på barnens starka sidor. Duvner (1998) menar att självkänslan kan förbättras genom att förstärka, bekräfta, uppmuntra och respektera barnet. Därför är det viktigt att de i skolan får känna att de lyckas. Det gör att barnen växer i sig själva och motiveras till fortsatt arbete.

Vid behandling är det väsentligt att tänka på att många av dessa barn även har föräldrar med ADHD. Föräldrarna kan själva ha stora svårigheter med att fungera i relationer hemma och på sin arbetsplats. Det blir en problematisk situation när både barn och föräldrar har ett hetsigt temperament. För barnet blir det "en påbyggnad till det genetiska arvet av ett socialt arv av aggressivt beteende" (Duvner, 1998, s.24). Vidare menar Duvner (1998) att det lätt uppstår konflikter, vilka kan vara mycket svåra att hantera för både barnet och föräldrarna. Föräldrarna får lära sig hur viktigt det är med struktur och regelbundna vanor för att kunna stötta sitt barn, men om de själva lider av ADHD blir detta väldigt problematiskt och svårt för dem.

3.4.1 Medicinering

När dessa behandlingsmetoder inte hjälper och vid svår ADHD används mediciner för att minska barnets impulshandlingar och aggressiva sätt. Genom medicinering ökar koncentrationen, minnet förbättras, inlärningsförmågan och den sociala förmågan förbättras (Duvner, 1998; Socialstyrelsen, 2002). Det är ca två tredjedelar av dem som medicineras som blir hjälpta och nästan hälften blir i stort sett av med

sina besvär (Socialstyrelsen 2002). Mediciner som används är centralstimulerande medel som amfetamin och Ritalina. Effekten av medicinen varierar från fall till fall och hur stor dos man bör ge är något man behöver pröva sig fram till (Duvner, 1998).

Biverkningarna av centralstimulantia är oftast få och lindriga. Det finns fall där barnet fått minskad aptit, dessa problem är dosrelaterade och försvinner när medicineringen avbryts (Socialstyrelsen, 2002). Duvner (1998) menar att om eftermiddagsdosen givits för sent kan barnet besväras av insomningsproblem. Vidare säger Duvner att i några procent av fallen har det förekommit att några av barnen blivit nedstämda eller fått en ökad irritabilitet. Under de första 2-4 veckorna är det vanligt med humörproblem, men dessa brukar försvinna då kroppen ställt om sig (Duvner, 1998).

Det finns en oro hos många att barn som intar centralstimulantia har ökad risk att fastna i ett beroende, detta finns det enligt Socialstyrelsen (2002) inga belägg för. Duvner (1998) hävdar dessutom att undersökningar visar att medicinering leder till social anpassning och minskad risk för missbruk, "centralstimulantia är inte klassad som en narkotisk drog och en missbrukare tar 100 ggr så hög dos för att få sin kick" (Duvner, 1998 s.107).

3.5 Symtom

"Huvudsymtomen vid ADHD är uppmärksamhetssvårigheter, impulsivitet och överaktivitet" (Socialstyrelsen, 2002, s.18). Detta är symtom som gör att barnet lätt får svårigheter i skolan även om de intellektuella förutsättningarna inte skiljer sig från klasskamraternas. Socialstyrelsen (2002) skriver om att barn med ADHD ofta har svårt att lära sig effektiva inlärningsstrategier, vilket naturligtvis påverkar barnets förmåga att ta till sig kunskap. Barnen har även problem "att kontrollera och reglera sin uppmärksamhet, upprätthålla koncentration på uppgifter, anpassa sin aktivitetsnivå till den situation de befinner sig i och bromsa sin benägenhet att direkt reagera på de impulser de får" (Socialstyrelsen, 2002, s.17). Detta ställer krav på pedagogerna i skolan att vara aktiva och uppmärksamma för att kunna styra barnet tillbaka till den aktivitet hon/han ska hålla på med.

Barn med ADHD har en ojämn prestationsförmåga, inlärnings- och uppmärksamhetssvårigheter och svårigheter att umgås med kompisar. Denna problematik gör pedagogen frustrerad vilket kan leda till att barnet känner sig misslyckat. Vissa dagar kan fungera bra medan andra blir kaotiska (Hellström, 2004).

Uppmärksamhetsstörning

Ett av huvudsymtomen vid ADHD är som nämnts ovan uppmärksamhetsstörningar eller koncentrationssvårigheter som det ibland också kallas. "Uppmärksamhet innebär att nervsystemets mottagarfunktioner – helt eller delvis medvetet – riktas mot specifika fenomen inom eller utanför den egna organismen" (Gillberg, 2004, s.34). Har man då en uppmärksamhetsstörning innebär det att man har svårigheter att rikta uppmärksamheten mot relevant information och att hålla kvar uppmärksamheten lagom länge. "Det är som om barn som har uppmärksamhetssvårigheter inte kan låta bli att notera eller att reagera på alla intryck som finns omkring dem. Intrycken har inte blivit neutrala och självklara, så som de blivit för andra barn" (Kadesjö, 2001,s.27). Varje nytt intryck innebär ett störningsmoment som måste undersökas. "Genast riktar barnet in sig på det nya. På vägen dit kanske barnet stöter på något nytt, som i sin tur måste undersökas o.s.v." (Kadesjö, 2001,s.27). Detta innebär att

barnets chanser att få uppleva att det lyckats åstadkomma något minskar betydligt. De ständiga intrycken som hela tiden måste undersökas gör det oerhört svårt för barn med ADHD att slutföra en uppgift. Om man aldrig lyckas med något får det stor påverkan på ens självkänsla.

Impulsivitet

Impulsivitet är också ett av huvudsymtomen. Impulsivitet innebär bl.a. att barnet inte tänker "på konsekvenserna av sitt handlande. Det tar inte ställning till alternativa handlingsmöjligheter utan reagerar på första bästa impuls oavsett hur ändamålsenlig den är" (Kadesjö, 2001, s.29). Impulsivitet innebär också att barnet har problem med att vänta och att planera långsiktigt. Kadesjö (2001) skriver att "väntan, när det går tid mellan impuls och möjlighet att handla eller att få respons på sin handling, är mycket svårt" (s.30). Tidsuppfattning och känsla för tid är något som många barn med ADHD har problem med. Det innebär framförallt att de "är beroende av omedelbar förstärkning för att en reaktion från omgivningen skall kunna påverka deras framtida handlande" (Socialstyrelsen, 2002, s.74). Barn med ADHD är över huvud taget otroligt beroende av att få en reaktion från omgivningen på sitt handlande. Det är då viktigt att det inte går för lång tid mellan handling och respons. (Socialstyrelsen, 2002) Ett impulsivt barn hamnar ofta i kaotiska situationer och "eftersom barnet inte planerar sitt handlande har det i efterhand svårt att förstå hur en situation uppstod" (Kadesjö, 2001, s.31). Därför är barnet ofta oförstående inför tillsägelser. Då är det viktigt att man som vuxen inte provoceras av barnets beteende utan är medveten om att barnet faktiskt inte har förmåga att se att det var med och skapade situationen.

Aktivitetsstörning

Hyperaktivitet eller aktivitetsstörning är ytterligare ett av huvudsymtomen vid ADHD, bokstaven H står för "hyperactivity". I normala fall kan vi reglera vår aktivitetsnivå efter den aktivitet vi håller på med, vissa aktiviteter kräver hög aktivitetsnivå och andra låg. "Det är denna aktivitetskontroll som så ofta brister vid ADHD/DAMP" (Gillberg, 2004, s.33). En person med ADHD kan vara överaktiv eller underaktiv. Intrycket är att barnen är överaktiva

men vid närmare granskning är det rättigare att säga att det handlar om att barnet har svårt att anpassa tempot på sin aktivitet i relation till vad som skulle vara lagom än att barnet totalt rör sig mycket mer än andra. (Kadesjö, 2001, s.35)

Perioder med överaktivitet varvas med perioder av underaktivitet. Detta leder till problem i skolan, där "kolliderar barnets överaktiva beteende med förväntningarna på att ett skolbarn skall kunna sitta stilla i sin bänk" (Kadesjö, 2001, s.34). Kadesjö (2001) beskriver vidare att de här barnen ofta även har problem med sitt sömn-vakenhetsmönster, vilket kan leda till att barnet om det blir uttråkat kan ha problem att hålla sig vaket.

3.6 Konsekvenser

Att ha ADHD innebär oftast att man också har inlärningssvårigheter. "Barn med ADHD har ofta specifika inlärningssvårigheter vad gäller att läsa och stava (dyslexi) eller räkna (dyskalkyli)" (Socialstyrelsen, 2002, s.61). Att dessa svårigheter uppträder tillsammans med ADHD innebär att de påverkar och förstärker varandra. Vilket som är det primära problemet, ADHD:n eller inlärningssvårigheterna, diskuteras eftersom det har betydelse vid behandling. Enligt Gillberg (2004) kan man genom arbetet i skolan ändå hjälpa de här barnen att utvecklas mycket, det är dock fortfarande stora skillnader när man jämför med andra jämnåriga barn.

En stor del av de svårigheter som ADHD innebär inkräktar mycket på barnets skolprestationer. Detta gör att "barn med ADHD presterar nästan alltid sämre i skolan än vad man kan förvänta sig" (Socialstyrelsen, 2002, s.60). Tore Duvner (1998) beskriver vari svårigheterna bland annat kan finnas. Han talar t.ex. om att "behovet av omväxling och lust tillsammans med bristande impulshämning gör att uppmärksamheten fångas av allt möjligt annat än arbetsuppgiften. Den bristande uthålligheten gör att personen inte utnyttjar sin intellektuella kapacitet" (s.62). Vidare beskriver Duvner också att "bristande automatik av vardagsmotoriken som att hålla balansen på stolen eller forma bokstäverna inkräktar på arbetsminnets kapacitet, genom att man måste rikta en del av sin uppmärksamhet åt det motoriska hantverket, som hos andra jämnåriga går av sig självt" (s.63). Häri ligger en stor utmaning för pedagogerna att undanröja de uppmärksamhetsstörande moment och de motoriska hinder som upptar så mycket av barnets medvetande att det hämmar dem i deras arbete.

3.7 Pedagogiska konsekvenser

Det är oftast när barnet börjar skolan som problem blir mer uppenbara eftersom det då "ställs krav på att sitta still, förstå och följa instruktioner, arbeta självständigt, följa regler, vänta på sin tur och fungera tillsammans med andra barn i grupp" (Hellström, 2004, s. 113). Det kan vara barn som klarat sig väl under förskoletiden som nu får stora problem. "Inte sällan blir problemen näst intill oöverstigliga redan under den första månaden i skolan, åtminstone om läraren inte är förberedd på barnets svårigheter" (Gillberg, 2004, s.61). Det är därför viktigt att man redan innan skolstarten är uppmärksam på barnens beteende och att man gör övergången från förskola till skola så smidig som möjligt.

Många (Axengrip & Axengrip, 2001; Hellström, 2004; Kadesjö, 2001) menar att den stora förändring av pedagogiken som skett i Sveriges skolor under det senaste årtiondet har försvårat skolsituationen för barn som har ADHD. Undervisningen i dagens skola ställer höga krav på att eleven kan arbeta självständigt och ta egna initiativ. Det är täta lokalbyten och man jobbar en del ämnesövergripande. Barn med ADHD har stort behov av struktur och tydlighet och fungerar allra bäst vid lärarstyrda lektioner. Det är av stor vikt att samarbetet mellan pedagogen och föräldrarna fungerar för att kunna strukturera upp dagarna och anpassa miljön för att minska barnets problem. För att pedagogen på bästa sätt ska kunna anpassa arbetssättet åt barnet krävs att han/hon får handledning och utbildning. Pedagogen måste planera och strukturera skoldagen noga och pedagogiken ska vara tydlig och konkret. Det kan också vara viktigt att fundera över var i klassrummet barnet ska placeras för att kunna ta till sig undervisningen på bästa sätt.

Barn med ADHD har ett extra stort behov av att de vuxna runt omkring dem ser till att anpassa vardagen efter deras behov. "Vuxenvärldens gemensamma ansvar är att skapa en vardagssituation som ger barnen en chans att utvecklas utifrån sina förutsättningar. För att klara det behöver de vuxna kunskap om vad barnens svårigheter innebär och hur man kan stödja dem" (Socialstyrelsen, 2002, s.17-18). Man bör exempelvis tänka på att arbetsuppgifter som tilldelas barnet ska vara avgränsade och tydliga och lektionerna bör vara något förkortade med regelbundna raster, detta för att barn med ADHD har en begränsad uthållighet. Det är viktigt att lektionerna är utformade efter barnets behov och möjligheter. Barnet kan "behöva

hjälp med att *komma igång, genomföra och avsluta* uppgiften och med att *fokusera på det väsentliga*” (Hellström, 2004, s.114). Även Kadesjö (2001) talar om detta, ”barnets förmåga att vara koncentrerat ökar om vuxna reagerar då dess uppmärksamhet är på väg att bli för ytlig eller splittras” (s.197). Hellström (2004) menar också att ”det är viktigt att göra undervisningen och arbetsuppgifterna *spännande och intresseväckande* med tanke på barnets motivationsberoende. Monotona och enformiga arbetsuppgifter är ofta omöjliga att klara för barnen” (s.114). Ytterligare ett sätt att stödja barn med ADHD är att lära dem studieteknik och strategier för att hålla ordning. De instruktioner och regler som ges bör vara kortfattade och raka och det är viktigt att kontinuerligt berömma barnet. För många av dessa barn är datorn ett stort hjälpmedel (Hellström, 2004).

Det är mycket viktigt att alla vuxna verkligen tar sitt ansvar gentemot de här barnen. Socialstyrelsen (2002) påpekar t.o.m. att ”en skolmiljö som inte anpassats till barnets förutsättningar kan vara en allvarlig riskfaktor för förstärkt problematik” (s.181). Barn som har ADHD har enligt Socialstyrelsen (2002) lätt för att hamna i ”onda cirklar med dåligt självförtroende och ineffektiv inlärningsstil” (s.181). Det måste alltså bli de vuxnas ansvar att bryta dessa onda cirklar och göra allt för att hjälpa barnen på rätt sätt, så att de kan utnyttja sin fulla kapacitet utan att hämmas för mycket av sin funktionsnedsättning. Det är viktigt att vara väl förberedd inför mötet med ett barn som har ADHD. ”Barnets hela situation i klassrummet behöver tillrättaläggas och man måste ha en genomtänkt strategi för hur man pedagogiskt möter barnet” (Kadesjö, 2001, s.180). Man måste alltså se över alla delar av sin verksamhet.

3.7.1 Anpassning

”Det finns ingen ideal skolsituation för ett barn med stora koncentrationssvårigheter” (Kadesjö, 2001, s.179). Men man kan anpassa skolvardagen på flera olika sätt. Vilka sätt som är lämpligast måste bedömas utifrån varje enskilt barn. Men man får aldrig glömma bort att ”för barnet är relationen till läraren det som kanske betyder mest för hur det trivs i skolan” (Kadesjö, 2001, s.182). Det är alltså värdefullt att arbeta mycket med relationen i tillägg till de pedagogiska anpassningar man gör.

Anpassade prov

Vid en redovisning eller vid prov kan barnet behöva mer tid, men även få möjlighet till alternativa redovisningsmetoder (Hellström, 2004). Barn med ADHD har svårare att koncentrera sig och detta måste pedagogen ta hänsyn till. Förutom att ge barnet mer tid vid provtillfället kan man även dela provet i två delar som görs vid två tillfällen. Det kan också vara viktigt att eleven sitter ensam vid provtillfället. Provet kan anpassas på samma sätt som övriga arbetsuppgifter, alltså välstrukturerat och tydligt (Axengrip & Axengrip, 2004).

Anpassade läxor

Läxor är något som är svårt att få att fungera och det bästa är om pedagogen tillsammans med föräldrarna kommer överens om vilka krav som ska ställa på barnet (Hellström, 2004). Det kan vara en fördel att lägga läxorna i en hård plastmapp eftersom det är typiskt för dessa barn att komma tillbaka till skolan med trasiga och oläsliga läxor. En annan åtgärd vid läxor är att pedagogen meddelar läxan till föräldrarna via e-post (Axengrip & Axengrip, 2004).

Individuellt beteendeprogram

Ett sätt att öka barnets motivation vid inläring är ett s.k. individuellt beteendeprogram. Detta program är ett slags belöningssystem som ska hjälpa barnet att öka sin motivation för inläring, självreglering och att fungera socialt. För att belöningssystemet ska fungera ska det

baseras på en noggrann beteendeanalys där man preciserar de beteenden som man vill påverka, och kartlägger både vad som utlöser dessa beteenden och vad de får för konsekvenser för barnet. Interventionen kan riktas mot både de utlösande faktorerna, beteendet i sig och konsekvenserna. (Hellström, 2004, s.115)

Axengrip och Axengrip (2004) menar att pedagogen kan ge belöning i form av guldstjärnor, klistermärken eller poäng som sedan kan växlas mot lockande aktiviteter eller förmåner. Belöningen är lämplig att ge både på kort och lång sikt och det är viktigt att det är ett konsekvent och tydligt system. Pedagogen kan låta barnet själv få utvärdera sitt beteende, vilket kan leda till att medvetenheten och självkontrollen förbättras. Pedagogen kan inte ge samma belöning under en längre tid eftersom barnet lätt tröttnar.

Föräldrakontakt

Det är väldigt viktigt med ett väl fungerande samarbete mellan föräldrar och pedagog för att kunna stötta varandra och tillämpa gemensamma förhållningssätt mot barnet. Det kan också vara till en hjälp att skriva ett åtgärdsprogram. I åtgärdsprogrammet skriver pedagogen tillsammans med föräldrarna och eventuellt barnet (det är bra om barnet kan vara med i planeringen) ner mål för barnet och hur de ska uppnås. För den dagliga kontakten mellan föräldrar och pedagog är kontaktboken ett bra kommunikationsmedel (Hellström, 2004).

Åtgärdsprogram

Ett barn som har diagnosen ADHD behöver också ofta som vi nämnt ovan ett åtgärdsprogram. "Så snart det framkommit att en elev behöver särskilt stöd ska behovet utredas och ett åtgärdsprogram upprättas i vilket skolan beskriver de insatser som skall göras" (Skolverket, 2005, s.14) Åtgärdsprogrammet blir skolans utredning gällande barnet. I åtgärdsprogrammet preciserar man olika delmål som är möjliga för barnet att uppnå. De mål som sätts upp i åtgärdsprogrammet utvärderas kontinuerligt.

Läraren kan behöva strukturera det som barnet skall lära sig, genom att t.ex. specificera delmål som är överblickbara och möjliga för barnet att klara och för läraren att berömma. Förödmjukande misslyckanden inför kamrater, liksom värderande omdömen och offentlig kritik, måste på alla sätt undvikas. (Socialstyrelsen, 2002, s.181)

Resursperson

En del barn kan vara i behov av en resursperson i klassen som stöttar under skoldagen, det kan vara antingen i form av en personlig assistent eller i form av en resurspedagog som stöttar upp hela klassen. "En personlig assistent kan bygga upp en struktur och rytm i barnets dag där det både ges möjlighet att vara i stor grupp och enskilt" (Kadesjö, 2001, s.203). Har man en personlig assistent är det viktigt att det är en person med goda kunskaper om problemområdet. Barnet kan också behöva stöd av en specialpedagog för att träna sociala färdigheter, studieteknik m.m. (Hellström, 2004). Det är vissa situationer och miljöer som är speciellt svåra för barn med ADHD, exempelvis vid lokalbyten för slöjd, musik och idrott, vid köer och vid korridorsituationer. Det är av stor vikt att elevassistenten har stor insikt i vad barnets svårigheter är och kan stötta när det behövs (Axengrip och Axengrip, 2004).

Den fysiska miljön

Hur den fysiska miljön i och utanför klassrummet är utformad har stor påverkan på hur ett barn med ADHD fungerar i densamma. Kadesjö (2001) påpekar vikten av att eliminera koncentrationsstörande element. Exempelvis så säger han att "genom att hjälpa barnet att hålla ordning och reda i och på bänken kan man underlätta för det att rikta sin uppmärksamhet på uppgiften" (s.185). Även barnets placering har betydelse för förmågan att upprätthålla koncentrationen. Den "bör vara sådan att den underlättar nära samspel och ögonkontakt med läraren och innebär minsta möjliga störning från de andra barnen" (Kadesjö, 2001, s.185). Var i klassrummet man placerar barnet har alltså stor betydelse. Barnets plats kan behöva skärmis av och för att stänga ute auditiva intryck kan hörselkåpor vara till hjälp.

Även den psykosociala miljön påverkar barnens förmåga att koncentrera sig. Kadesjö (2001) skriver: "Andan, atmosfären i klassrummet är avgörande för koncentrationsförmågan hos alla barn, inte bara hos det som har primära svårigheter" (s.186).

3.8 Summering

De författare vi studerat beskriver den bild av ADHD de har införskaffat genom sin forskning. Vi har genom att studera deras litteratur utökat våra kunskaper om diagnosen. Vår undersökning kommer att ge en bild av vad diagnosen ADHD kan innebära didaktiskt. Vi anser att undersökningen kan bidra med en kompletterande beskrivning av hur man arbetar i skolan.

4. Metod

4.1 Val av metod

Vi har valt att göra intervjuer eftersom vi vill få en bild av hur pedagoger i grundskolan uppfattar elever med ADHD och hur man kan arbeta med barn som har den diagnosen. Anledningen till att vi valt intervjuer är att vi ville ha några få djupa exempel, istället för den breda ytliga undersökning man får genom enkäter. Vi trodde oss också kunna få en mer mångsidig bild av arbetet i skolan kring barnet med ADHD genom att intervjua pedagoger som arbetar med barnet jämt, jämfört med om vi skulle gå in och göra observationer. För att kunna få ett bra resultat av observationer skulle det kräva för mycket tid, eftersom vi skulle behöva göra observationer vid många olika tillfällen, både vid strukturerade och vid ostrukturerade situationer. Som intervjuform valde vi halvstrukturerad intervju enligt Stukát (2005). Vi valde den intervjuformen eftersom vi ville få djupare och tydligare information. Den ger också en större möjlighet att anpassa intervjun efter intervjusituationen jämfört med mer strukturerade intervjuer.

4.2 Urval

Vi ville intervjua pedagoger som arbetar med barn som har diagnosen ADHD. Som avgränsning valde vi att pedagogen skall arbeta med minst ett barn som har diagnosen ADHD. Vi började söka pedagoger att intervjua i vår hemstadsdel och hade som mål att genomföra fem intervjuer. Ganska snart tvingades vi att utöka sökandet även till andra närliggande stadsdelar eftersom det var svårt att få tag på någon att intervjua. I första hand kontaktades rektorer och som alternativ specialpedagoger på alla skolor i de olika stadsdelarna. Vår förhoppning var att de skulle kunna ge oss namn på pedagoger som var aktuella för vår undersökning. Anledningen till att det var svårt att få tag på pedagoger att intervjua var dels att det var svårt att komma i kontakt med rektorer, dels att de inte hade diagnostiserade barn på skolan och dels att de inte ville ställa upp på grund av hög arbetsbelastning. Slutligen fick vi tag på fem pedagoger att intervjua. Pedagogerna vi intervjuade arbetar på olika sätt, några av dem arbetar som klasslärare och några av dem som resurspedagoger. Tanken var att vi skulle intervjua pedagoger verksamma i grundskolans tidigare år, men vid en av intervjuerna visade det sig att pedagogen arbetade med elever i år 6-9. Detta fick vi reda på först när vi påbörjat intervjun, vi tyckte ändå pedagogen hade mycket att tillföra vår undersökning. De pedagoger vi intervjuade var alla kvinnor.

4.3 Genomförande

För att få insikt i hur man som pedagog kan arbeta i skolan bestämde vi oss för att intervjua pedagoger. Vi kontaktade rektorer och specialpedagoger för att genom dem få kontakt med lämpliga pedagoger.

Utifrån vårt syfte skrev vi ner ett antal intervjufrågor under olika frågeområden, se bilaga 2. Vi valde att inte skicka intervjufrågorna till pedagogerna i förväg eftersom vi ville ha så spontana svar som möjligt. Intervjuerna tog mellan 30 och 45 minuter att genomföra. Samtliga intervjuer har genomförts på pedagogens arbetsplats.

Vid intervjuerna deltog vi båda två för att bättre kunna diskutera resultatet i efterhand. Under intervjuerna var det en av oss som ställde frågorna medan den andre skrev stödanteckningar och skötte bandspelaren. Detta gjorde vi för att intervjun skulle bli mer effektiv, den som ställde frågorna kunde rikta hela sin uppmärksamhet på den vi intervjuade. Alla intervjuer, utom en, har spelats in på band. Banden och anteckningarna har efter genomförd undersökning förstörts för att skydda alla inblandades identitet.

När vi sammanställt våra intervjuer har vi lyssnat på banden samt tittat på våra anteckningar och utifrån det arbetat fram vårt resultat. När vi återgett citat från intervjuerna har vi valt att till viss del översätta dem till skriftspråk. Eftersom vi inte ansett det relevant för resultatet har vi valt att inte ange vilken pedagog som citeras.

4.4 Etik

I samband med bokning av intervju talade vi om att intervjuerna ingick i ett examensarbete i lärarutbildningen. Vi talade även om att vi ville spela in intervjuerna på band, att deras svar skulle behandlas konfidentiellt och att deras anonymitet skulle garanteras. Den här informationen upprepade vi vid intervjutillfället. Vi var måna om att pedagogerna skulle känna att intervjun skedde på deras villkor. Efter intervjuerna har vi erbjudit pedagogerna att få ett exemplar av den färdiga uppsatsen.

4.5 Tillförlitlighet

Vi har valt att vara båda två vid intervjuerna för att öka tillförlitligheten. "Två personer kan upptäcka mer än vad en person gör" (Stukát, 2005, s.41). Att man är två som intervjuar menar Stukát (2005) dock kan göra att den intervjuade känner sig underlägsen, vilket kan påverka intervjusvaren.

Alla intervjuer, utom en, har bandats för att vi ska kunna återge vad pedagogerna säger på bästa sätt. En av pedagogerna ville dock inte att vi spelade in intervjun med tanke på barnets integritet, därför antecknade vi båda två under den intervjun. Efter intervjun satte vi oss tillsammans så fort som möjligt för att sammanställa våra anteckningar och skriva ner våra intryck. Eftersom vi båda var närvarande och antecknade anser vi att intervjun ändå är tillförlitlig. Vi har dock inte kunnat citera den pedagogen i vår uppsats.

För att undvika intervju-effekten har vi aktat oss för att ställa ledande frågor och vi var noga med att hålla oss så neutrala som möjligt under intervjuerna. För att pedagogerna skulle känna sig bekväma har intervjuerna genomförts på deras arbetsplats.

Vi har valt att inte transkribera intervjuerna. Eftersom vi inte ansåg det värt arbetet då en del information som inte var direkt relevant för vår undersökning framkom under intervjuerna. Vi har istället valt att återge endast de avsnitt som svarar till vårt syfte. Vi tror inte att någon betydelsefull information förlorats.

Slumpen har gjort så att alla pedagoger vi intervjuat arbetar med pojkar, vi kan därför inte säga någonting om flickor med ADHD. Arbets sättet skiljer sig mellan de fem pedagogerna, detta gör att det till viss del är svårt att jämföra dem. Vi tycker ändå att intervjuerna och den efterföljande diskussion som vi fört varit givande.

Eftersom vi bara intervjuat fem pedagoger kan vi inte dra några slutsatser utifrån vår undersökning. Vi tycker dock att vi fått fem bra exempel, på hur det kan vara, att diskutera utifrån. Vi tycker att vi genom intervjuerna fått svar på de frågor vi ställde upp i arbetets början.

5. Resultat

5.1 Presentation av undersökningsgruppen

Vi har genomfört kvalitativa intervjuer med fem pedagoger, samtliga kvinnor. Tre av pedagogerna arbetar i helklass där barn med ADHD finns inkluderade. En av pedagogerna arbetar tillsammans med en pedagog enskilt med en elev som har ADHD. En pedagog arbetar i en grupp med nio pojkar, skolår 6-9, varav några har ADHD. De intervjuade pedagogerna arbetar alla i Göteborgs kommun, men i olika stadsdelar. Alla pedagoger utom en arbetar i grundskolans tidigare år. Pedagogernas erfarenhet varierar från 3 till 37 år. En av dem har arbetat som pedagog sedan 1973 och de senaste tio åren med barn med svårigheter, hon är även utbildad familjeterapeut. Nästa pedagog vi intervjuade har arbetat som pedagog i snart tre år, hon har ingen tidigare erfarenhet av barn med ADHD. Nästa har arbetat som pedagog i snart 15 år och hon säger att hon i stort sett alltid arbetat med barn som har den här problematiken. Nästa har arbetat som pedagog sedan 1969. Hon anser att hon själv har kommit i kontakt med barn som har den här problematiken under i stort sett hela sin yrkesbana, men hon säger att man tidigare inte talat om diagnosen. Den sista pedagogen är inne på sitt 33:e år som pedagog och har under de åren arbetat på alla skolans stadier och med olika typer av klasser, dessutom gick hon en speciallärarutbildning 1983. Precis som föregående pedagog tycker hon att hon alltid mött barn med den här problematiken, även om de tidigare inte haft diagnosen.

5.2 Diagnosen

Alla de intervjuade pedagogerna är i stort sett positiva till diagnos. De flesta ser den som en möjlighet till ökade resurser. Hur de ökade resurserna används varierar något mellan skolorna. En vanlig lösning tycks dock vara att det sätts in en eller flera resurspersoner. Endast en pedagog av de pedagoger som arbetar som klasslärare säger att själva diagnosen inte inneburit ökade resurser, men i det fallet sattes en assistent in redan när utredningen påbörjades.

”Rent ekonomiskt gör det ju en skillnad, tyvärr.”

”Det tillskjuts, ja, särskilt om det finns en diagnos. Då är det lättare och då får man pengar.”

Ytterligare en faktor som gör att pedagogerna är positiva är att de upplever att då barnet har en diagnos blir det lättare att läsa på om funktionshindret. Det ökar också förståelsen och gör det lättare att anpassa undervisningen efter barnets behov.

”Det som är lättare är att man kan fördjupa sig just inom problematiken ADHD./---
/Det är lättare att få kunskap kring det och hur man skall hjälpa på bästa sätt.”

”Jag kan ändå vara positiv till diagnos och kan tycka att det är ett stöd om man använder det på rätt sätt.”

”Eftersom jag har en del kunskaper om ADHD så kan jag anpassa undervisningen bättre.”

”Man förstår eleven kanske lite bättre när man har diagnosen./---/Man är uppmärksam på hur man uttrycker sig, vad man säger. Vet man inte så kanske man bara ser en allmänt stökig elev framför sig. Vet man diagnosen så blir man medveten om denna och anpassar uppgifter, det får inte vara för långrandigt för dem.”

”Det är ju bra att man kan läsa på om det.”

De pedagoger som har en lång yrkeserfarenhet talar om att de har stött på barn med den här problematiken genom hela sin yrkesbana, men att det då inte har talats om diagnosen ADHD.

”Jag kan ju också ha gjort det när jag var klasslärare, men man tänkte aldrig i de banorna då.”

”Det här med diagnoser har kommit senare.”

Generellt beskriver pedagogerna barn med ADHD som barn i behov av struktur och tydlighet. Alla pedagogerna talar om vikten av att barnet är medvetet om vad som skall hända, det är viktigt att hela tiden förbereda dem. Förberedelserna måste vara noggranna och ta upp alla steg i händelseförloppet.

”Allting man ska göra får man förbereda, man får prata om det: så här kommer det att se ut. /---/ Nu när de har blivit inövade, då kan man börja rucka på det.”

”De kan inte själva se det som ett flöde, över dan, utan man måste verkligen beskriva, först tar vi på oss kläderna, sen går vi dit, sen gör vi det, sen äter vi matsäck, sen åker vi hem, så kan det va att man någonstans har missat nån liten detalj i det här flödet och då fungerar det inte.”

”Man kan verkligen, det är gemensamt för alla, att man är i behov av struktur. /---/ De behöver den ramen och strukturen så hela tiden.”

Pedagogerna nämner bland annat koncentrationssvårigheter och dålig impuls kontroll som symtom vid ADHD. De beskriver barnen med ADHD som barn som har svårt att komma till ro och sortera ut viktig information. Även dålig uthållighet nämns av flera av pedagogerna. En av dem talar om att barnen gärna drar igång projekt, men att de har svårt att avsluta dem.

”Men mycket handlar det väl om, om man skall generalisera, så handlar det mycket om dålig impuls kontroll.”

”De har svårt att komma till ro och det påverkar hela deras dag i skolan.”

”Det är de här barnen som inte heller så lätt stannar upp och tänker efter och reflekterar.”

”De har svårt att sortera, allt går in, och de har svårt att sortera det viktigaste.”

”De är inte så duktiga på att läsa av vad som sker.”

”De har svårt att göra klart arbeten, de börjar gärna och de har ofta väldigt goda idéer.”

Pedagogerna påpekar också att funktionshindret i sig varierar från barn till barn. Det är därför viktigt att ta reda på hur just det barnet man arbetar med fungerar och anpassa undervisningen efter det. Det räcker inte med att ha generella kunskaper om ADHD utan det är viktigt att sätta sig in i det enskilda barnets förutsättningar.

”Det är väldigt individuellt, måste jag säga, för varje barn.”

”Det viktigaste egentligen när man jobbar med den här problematiken, dels så måste man ju ha de teoretiska kunskaperna så klart så man vet vad det handlar om, och specifikt för det barnet för det är så vida begrepp.”

En av pedagogerna talar särskilt om att dagsformen har stor betydelse för hur dagen kommer att bli för barnet.

En av de pedagoger som har lång erfarenhet nämner att diagnosen förändras. Precis som alla andra barn utvecklas barn som har ADHD och det är viktigt att vara medveten om att detta innebär att symtomen hos barnet förändras.

”Man får komma ihåg att diagnosen alltid är en färskvara.”

5.3 Information

På frågan om information kan vi ur pedagogernas svar uttyda två sorters information. Det ena handlar om generell information om ADHD och det andra om information om det enskilda barnets diagnos.

De intervjuade pedagogerna är övervägande nöjda med den allmänna information de fått om ADHD. De har förvärvat information på olika sätt. Alla talar om att de fått söka information själva. Några av dem har samlat på sig information och kunskap om ADHD genom åren och tycker sig därmed veta tillräckligt om själva diagnosen.

”Jag känner att jag får så mycket som behövs.”

”Nej, det är väl aldrig så att man liksom bara får information, tyvärr.”

”Man får ju söka själv också.”

Flera av pedagogerna talar om att de använt sin fortbildningstid till att på eget initiativ lära sig mer om ADHD. De säger sig alltid ha fått gå på de kurser och föreläsningar de velat.

”Via rektorn här på skolan har vi fortbildat oss.”

”Vi har försökt söka och vi har fått gehör när vi har velat gå kurser så har vi alltid fått göra det.”

”Man har ju egen kompetensutveckling, så alla lärare får känna vad de behöver. Då valde jag att jag ville inrikta mig mot detta.”

Det som pedagogerna anser är den viktigaste informationen är den om det enskilda barnet. Hur denna information erhålls skiljer sig mellan olika skolor och situationer. På några skolor talar pedagogerna om att de får informationen från överlämnande lärare, på andra är det föräldrarna som ger informationen. En av pedagogerna talar om att när det kommer ett barn som har en diagnos så finns det ett kontaktnät av habiliteringspersonal runt barnet som man kan få information ifrån. Ytterligare en pedagog talar om att hon själv också, tack vare sin erfarenhet, kan avgöra vilka svårigheter barnet har.

”Vissa föräldrar är väldigt måna om att mottagande lärare skall veta, då ser de till att man får det på nån överlämning.”

”Vi har väldigt bra fungerande överlämningsprocedur här, när vi får barnen från förskolorna.”

”Man ser ju det väldigt tydligt när han kommer, när man träffar ett barn, man ser ju de svårigheter han har.”

”Sen när diagnosen var ställd fick vi pedagoger, rektorn och föräldrarna komma dit [BNK] och så berättade de då om det och lite pedagogiska tips hur man kan lägga upp undervisningen.”

Några av de intervjuade pedagogerna talar om vad de upplever att arbetet med barn som har ADHD kräver av dem som pedagoger. Alla är positiva, de säger att det kräver mycket men också ger otroligt mycket. Man måste ha god självkänedom och inte personligen ta åt sig allt som barnen säger.

”Det är väldigt spännande att jobba med dem, för de utmanar en själv så otroligt.”

”Man kan inte gå igång hur som helst på de här barna, nej, det tror jag inte, man måste vara ganska lugn och ha god självkänedom och veta det att det handlar liksom inte om mig om han ber mig dra åt helvete utan det handlar om andra saker.”

5.4 Situationer som fungerar bra

Samtliga pedagoger talar om att det fungerar bra vid invand struktur och när barnet känner sig tryggt i sin omgivning. Skoldagen/lektionen fungerar bra när det går efter ett mönster så att de vet vad som skall komma. Motivation är också en viktig faktor för en lyckad lektion.

”När en situation blir invand, när man har ett mönster som man följer hela tiden och den vet vad som skall komma och det är en struktur, då fungerar det. /---/ När det gäller den invanda strukturen då funkar det.”

”Att man har lyckats motivera dem och då spelar det egentligen ingen roll vilket ämne det är. /---/Och när de märker att de har lyckats, när man får dem att känna att du har lyckats med detta så är de så stolta och de växer och då vill de mer.”

Några av pedagogerna menar att en förutsättning för att för att det ska fungera bra är att man skapat en god relation till barnet.

”Sen handlar det väldigt mycket tycker jag om att man skapar en relation som är god.”

”För det första så är det ju att man har lyckats etablera en bra kontakt med dem.”

När pedagogerna talar om det sociala samspelet, verkar de flesta vara nöjda med den nuvarande situationen. Av pedagogerna som arbetar i helklass säger en att det sociala samspelet fungerar bra. Hon tror dock att detta beror på att barnen är så pass små. En säger att det fungerar bra men det har inträffat att barnet helt oprovocerat slagit en klasskamrat. Den pedagog som arbetar enskilt med ett barn säger att det fungera bra när han får besök av en klasskompis (detta sker en gång per vecka). Den pedagog som arbetar med en liten grupp säger att de har lätt att få och behålla kompisar och att de är populära på skolan.

”Det sociala fungerar väldigt bra.”

”Han har haft svårt med kontakt med andra barn, men det har han inte här.”

”Vi kan göra vad som helst känns det som, han är en underbar kille!”

5.5 Situationer som fungerar mindre bra

Alla talar om att det inte fungerar om strukturen bryts. Ett par av pedagogerna talar om att det är svårt när det kommer vikarier. Barnen kan då reagera med oro som ibland leder till utbrott. Även vid idrottslektioner och liknande när strukturen är olik den i klassrummet kan barnen reagera med oro. Situationer som fungerar mindre bra är när de blir överrumplade och inte är förberedda. Vidare menar en av pedagogerna att dessa barn är mycket ojämna, hur dagen blir beror mycket på deras dagsform.

”Så fort det blir en förändring funkar det inte. /---/ Om jag är borta och det är vikarie, funkar det inte.”

”Mindre bra fungerar det om barnen inte vet vad som förväntas av dem...om det kommer en vikarie...om det blir plötsliga schemaändringar...”

”Andra...idrott till exempel...där det är en annan personal och ett annat sätt att förhålla sig på.”

De reaktioner som uppstår när barnen är oroliga kan skilja sig åt lite, men flera av pedagogerna talar om utbrott på olika sätt.

”Vägrar...lägger sig på golvet...springer ut...skriker...”

5.6 Den fysiska miljön

Den fysiska arbetsmiljön behöver vara ganska kal för att de här barnen skall kunna fokusera på de uppgifter de skall utföra. De intervjuade pedagogerna talar också om

att det är viktigt att plocka bort element som kan vara störande för barnet, det kan t.ex. vara teckningar, planscher eller oreda på katedern, eftersom sådana saker pockar på deras uppmärksamhet och drar koncentrationen från uppgiften. Hur avskalad miljön behöver vara skiljer sig från barn till barn. Detta såg vi också i de olika klassrum vi besökt, vi såg allt från ett ganska belamrat klassrum till ett i stort sett kallt klassrum.

”Det ska egentligen vara ganska avskalat så att inte uppmärksamheten fångas av något.”

”Ibland har vi fått skala av, inte så mycket intryck.”

Några av pedagogerna nämner hjälpmedel för att stänga ute yttre stimuli. Detta kan t.ex. vara: hörselkåpor, freestyle, skärmar och för att hjälpa barnet att hålla fokus på sin arbetsuppgift kan det behövas en assistent.

Tre av pedagogerna talar om att i takt med att eleven känner sig tryggare har man kunnat ta bort avskärmningar och ha mer saker framme i klassrummet. Flera av dem menar att man får känna in efter hand som man lär känna barnet hur mycket distraktion det klarar av. Barnen har också blivit lugnare, antalet utbrott har minskat.

”I 1:an fick vi ha avskärmat, vi hade vikväggar.”

”Det tog kanske en termin där det bara var vredesutbrott, första terminen i 1:an var det bara vredesutbrott.”

”Det har gått framåt hela tiden.”

”Innan man lärde känna honom så blev det så att han rev sönder papper och sådär.”

5.7 Arbetssätt

Pedagogerna säger att de har behövt anpassa undervisningen efter barnens förutsättningar och behov. Arbetssättet och hur man har anpassat miljön har varierat mellan pedagogerna. Men flera av pedagogerna talar om att de arbetar mer strukturerat och lärarstyrt än vad de är vana vad. Alla pedagogerna talar om vikten av ett strukturerat arbetssätt för att skoldagen skall fungera. Man måste också vara konsekvent som pedagog och följa den planering som man gått igenom i förväg.

”Ja, det har man fått göra ganska mycket.”

”Vi har börjat jobba mer och mer strukturerat för att få en lärandemiljö som är funktionell för de här barnen.”

”Väldigt tydlig struktur och har man sagt nånting så måste det bli så.”

”De kräver av sin lärare att den läraren är väldigt flexibel, men ändå strukturerad. /---/För utan struktur fungerar det inte.”

”Så att de vet i början på timmen att det här skall vi prata om den här lektionen.”

De pedagoger vi intervjuat som är klasslärare upplever att det strukturerade arbetssättet har varit nyttigt för alla barn i klassen.

”Vi har känt att alla barn mår bra av det här. Det är livsnödvändigt för några, det är viktigt och bra för många och det är inte skadligt för någon.”

”Sen behöver de ibland anpassat material de här eleverna av olika slag, de kanske inte kan komma till ro och läsa hela stoffet i grundboken...då är det bra om man kan hitta anpassat material, kanske samma innehåll med kortare texter och kanske större bokstäver.”

Ibland kan eleverna behöva hjälp med att hålla motivationen uppe och det kan då vara till hjälp att använda sig av någon form av belöningsystem.

”En del av de här eleverna behöver också en morot.”

5.8 Föräldrasamarbete

Samtliga intervjuade pedagoger är överens om att föräldrasamarbetet är viktigt. Eftersom man bör ha överensstämmande förhållningssätt gentemot barnet hemma och i skolan.

”Att man går på samma stil på nåt sätt, att det vi jobbar på under dagtid det har man ungefär samma arbetssätt hemma, så att man i alla fall, ja, lite liknande, förhållningssätt och så där, då blir det mer effektivt och det kan kännas ganska skönt för barnen också.”

”Kontakten med familjen tycker jag är jätteviktig, och ha bra kontakt. /---/ Då blir det ännu bättre för barnet om vi har en bra relation.”

En av pedagogerna talar även om att man från skolans håll kan fungera som ett stöd gentemot föräldrarna. Föräldrarna har ofta stora problem med barnen hemma.

”De här barnen är inte bara svåra i skolan, de är även svåra hemma.”

”De behöver också skolans stöd.”

”Man får aldrig liksom döma eller klanka de här föräldrarna, jag tror att de flesta gör sitt yttersta.”

Alla pedagoger är nöjda med sina nuvarande föräldrasamarbeten. Den pedagog som arbetar med en liten grupp talar om ett tätt samarbete med föräldrarna, hon ringer till dem ofta och har fler utvecklingssamtal än vad som är normalt. Flera av pedagogerna beskriver föräldrarna som engagerade, föräldrarna har ofta jobbat hårt för att barnet skall få extra resurser.

”De är väldigt engagerade och har jobbat för att få igenom det här.”

”Vi har ett jättebra samarbete.”

Pedagogerna talar även om att föräldrarna behöver stötta barnen mycket hemma med bland annat läxläsning.

”Man behöver jobba väldigt mycket extra med läsning skrivning. /---/Man behöver jobba väldigt mycket med det hemma.”

De pedagoger som arbetat länge har dock stött på fall under åren där föräldrasamarbetet fungerat mindre bra. Men säger att de efter hand har lärt sig att handskas med detta.

”Man får alltid vara väldigt inkännande.”

”Jag tycker att med åren har jag lärt mig att prata med de här föräldrarna.”

Det är föräldrarna som bestämmer om pedagogerna ska få läsa diagnosen. De flesta pedagogerna säger att de nästan alltid har fått läsa hela eller delar av utredningen. Någon av dem har varit med om något enstaka fall där föräldrarna inte velat visa den.

”Det är föräldrarna som bestämmer det, de äger diagnosen.”

Pedagogen som arbetar med ett barn enskilt anser att arbetet med familjen är mycket viktigt. Hon talade mycket om föräldrasamarbetet och hur man kan arbeta med hela familjen. Hon tycker att det är viktigt att alla i familjen ges möjlighet att utvecklas.

”Familjen måste förändras samtidigt med barnen för att det ska bli bra.”

Att barnet har fått en diagnos talar flera av pedagogerna om som viktigt för hur föräldrasamarbetet fungerar. Själva processen som utredningen innan en diagnos innebär är en viktig process också vad det gäller föräldrarnas acceptans. Föräldrar som redan har accepterat sitt barns funktionshinder är lättare att samarbeta med.

”Har man fått en diagnos innan man kommer hit, kan det många gånger vara lättare att tala sakligt och öppet om det med föräldrarna. För då har de redan vandrat en bit på väg där, och accepterat och sört och allt vad det kan vara.”

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

De pedagoger vi intervjuat har av slumpen alla arbetat med pojkar, det är också fler pojkar än flickor som har ADHD. Att vi bara talat med pedagoger som arbetar med pojkar som har diagnosen medför att vi bara kan tala om hur situationen ser ut vid arbete med pojkar.

En av de pedagoger som vi intervjuade ville inte att vi skulle spela in intervjun på band. Vi kan därför inte citera henne men vi har vägt in det hon sagt i diskussionen.

Vår studie har endast lyft fram vad pedagogerna tycker. Därför har vi bara deras upplevelse av hur arbetet fungerar i skolan och hur föräldrasamarbetet ser ut.

6.2 Resultatdiskussion

De pedagoger vi intervjuat beskriver först och främst barnen med ADHD som barn med koncentrationssvårigheter, dålig impuls kontroll och uppmärksamhetsstörningar. Detta är inte så märkligt eftersom det är i huvudsak detta som ADHD handlar om, se diagnoskriterierna i bilaga 1. I samband med beskrivningarna av barnen med koncentrationssvårigheter och uppmärksamhetsstörningar talar pedagogerna om barn som kan behöva hjälp att fokusera. Det kan exempelvis vara i form av hörselkåpor eller freestyle som tar bort yttre auditiva stimuli, avskärmning så att barnet inte störs av det som händer runt omkring eller en assistent som hjälper eleven att hålla fokus på uppgiften. Flera författare (Kadesjö, 2001; Gillberg, 2005;) skriver om vikten av att eliminera koncentrationsstörande element, vilket vi tycker stämmer överens med det pedagogerna talar om. I övrigt kan man också behöva anpassa uppgifterna efter barnet genom att exempelvis ge dem kortare texter. En av pedagogerna talar om att det kan vara bra att använda "morötter", i form av belöningar, för att motivera barnen att slutföra sin uppgift. Axengrip och Axengrip (2004) påpekar dock att pedagogen bör byta ut typen av belöning med jämna mellanrum eftersom barnet lätt tröttnar.

Pedagogerna beskriver ADHD som ett funktionshinder som varierar från barn till barn. Vilka behov barnet har är väldigt individuellt. Man kan därför inte utgå ifrån att man kan använda samma arbetssätt för alla barn. Detta är något vi känner igen från litteraturen hos bl.a. Hellström (2004) och Socialstyrelsen (2002). Till och med hos ett och samma barn varierar behovet från dag till dag. Flera av de intervjuade pedagogerna talar om att barnets dagsform spelar stor roll. En del barn med ADHD har svårigheter med sömnen och detta påverkar deras prestation och beteende under dagen. Kadesjö (2001) menar att dessa sömnsvårigheter beror på störningar i sömn-vakenhetsmönstret. Med detta i vetskaper tycker vi att vi lättare förstår barnens ojämnheter i uppförandet.

Ingen av våra intervjuade pedagoger upplever att deras elever har några större problem med det sociala samspelet. Något motsägelsefullt talar dock en av pedagogerna om att hennes elev lätt hamnar i konflikter, han kan oprovocerat brusa upp. Men hon säger att klasskamraterna är toleranta mot detta. I litteraturen talas det ibland om att barn med ADHD har svårigheter med kamratrelationer, bl.a. hos Hellström (2004). Detta stämmer alltså inte helt överens med vår undersökning. Den

pedagog som arbetar med ett barn enskilt, talar om att det fungerar bra när klasskamrater kommer och hälsar på ca en gång i veckan. Det tror vi beror på att barnet känner sig tryggt i den miljön och med de pedagogerna. Dessutom är det bara en klasskamrat i taget som kommer och hälsar på. Det är intressant att fundera över vad det beror på att barnet är skilt från sin klass, tyvärr visste pedagogerna inte riktigt varför. Vi tror att det kan bero på att barnet hade svårigheter med kamratrelationer, eftersom det är en vanlig orsak till att man väljer att skilja barnet från klassen. Pedagogen som arbetar med ett barn inkluderat i en klass 2, trodde att det gick bra nu p.g.a. att barnen fortfarande är så små. Hon talade om att problem i det sociala samspelet yttrar sig först senare. Den pedagog som arbetar i liten grupp med pojkar skolår 6-9, säger att pojkarna är sociala. Hon talar t.ex. om att de populära bland tjejerna på skolan, hon säger att de är initiativrika och har lätt att få och behålla kompisar.

Vi upplever att de pedagoger vi träffat i stort sett är positiva till diagnoser. De anser att en diagnos underlättar mycket, man vet t.ex. vad man skall läsa om. När barnet har en diagnos ökar förståelsen för dess beteende. I Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2002) kan man läsa att en av fördelarna med diagnos är att det blir lättare att skaffa sig kunskaper om ADHD. En diagnos kan också innebära att det är lättare att få extra resurser, i form av exempelvis assistent. Fyra av pedagogerna tycker att en diagnos innebär att man får ökade resurser. Vi tycker att det är synd att det ofta verkar krävas en diagnos för att barnet ska få det stöd det behöver. I Lpo 94 står att läsa: "undervisningen skall anpassas till varje elevs förutsättningar och behov" (s.6). Det är således elevens behov och förutsättningar och inte diagnosen som ska styra den hjälp barnet får. Vi tycker att det är förvånansvärt att ingen av pedagogerna vi intervjuat nämner någon av de negativa effekter som en diagnos kan medföra enligt vad vi läst i litteraturen (Kärfve, 2000; Wrangsjö, 1998). Vi håller med pedagogerna i de positiva effekter de tar upp av en diagnos, men vi ser även vissa risker med att diagnostisera barn. Diagnosen kan medföra att både barnet och de vuxna runt omkring ser den som en ursäkt att inte ta tag i problemen. Men vi har under vår undersökning sett flera goda exempel på att man kan ändra arbetssätt så att barnen som har ADHD får goda möjligheter att utvecklas på bästa sätt. För att få till detta vill vi påpeka vikten av att man ser till barnets starka sidor och fokuserar på möjligheterna framför problemen.

Samtliga pedagoger påpekar vikten av ett väl fungerande föräldrasamarbete, att man är överens så att man arbetar på samma sätt hemma som i skolan. Bl.a. Hellström (1995) och Duvner (1998) skriver också om att föräldrasamarbetet är viktigt i arbetet kring barnet. Vi kan bara instämma i det som pedagogerna och litteraturen säger, ett bra föräldrasamarbete är viktigt. Men man får inte ge upp även om det inte skulle fungera. Man måste ha förståelse för att situationen kan vara jobbig för föräldrarna och gå varsamt fram i kontakten med dem.

Alla pedagoger är överens om att struktur och tydlighet är a och o för att skoldagen skall fungera för de här barnen. De beskriver t.ex. att man måste gå igenom i förväg vad som skall hända, antingen genom att tillsammans gå igenom på tavlan eller att barnet får ett eget papper med schema. Det är också viktigt att det sedan blir som man sagt, man kan som pedagog inte vara velig eftersom detta kan orsaka att barnet blir oroligt. Detta strukturerade arbetssätt hävdar pedagogerna gynnar även de andra

eleverna i klassen. Detta tycker vi är intressant eftersom att det till viss del strider mot den friare pedagogiken som förespråkas i idag.

Vidare är det också viktigt att ha god självkännedom för att arbetet med barn som har ADHD skall fungera. Med god självkännedom menas t.ex. att man inte får ta åt sig och ta barnens utbrott personligt. Man måste som pedagog känna sina starka och svaga sidor. Vi tycker att dessa egenskaper är viktiga vid arbete i skolan överhuvudtaget och inte bara i arbetet med barn som har ADHD.

Det är speciellt viktigt att skapa trygghet kring de här barnen. Samtliga pedagoger uttrycker att problemen med utbrott från barnets sida avtagit efter hand med att barnet blivit tryggare i sin omgivning. Det här kan man jämföra med vad Kadesjö (2001) skriver om relationen mellan pedagog och elev och att pedagogen är tydlig och förutsägbar. Det är viktigt att relationen är god för att barnet ska utvecklas på ett tillfredställande sätt.

Situationer som fungerar mindre bra kan enligt pedagogerna vara exempelvis när klassen har vikarie, vid personalbyte eller när eleverna skall förflytta sig till en annan lokal. Praktiska ämnen och utflykter är andra svåra situationer. Alla situationer där strukturen skiljer sig från den i klassrummet skapar oro. Genomgående i litteraturen (Axengrip & Axengrip, 2004; Gillberg, 2005; Kadesjö, 2001) nämns också dessa situationer som svåra för barn med ADHD.

Fyra av de fem pedagoger vi intervjuat har en lång erfarenhet av barn med den här typen av problematik. De tycker att de har mycket kunskap om ADHD och har därför inte känt något behov av ytterligare information om diagnosen. Det de istället påpekar är vikten av att få information om det enskilda barnet, eftersom ADHD ter sig så olika hos olika barn. Överlag upplever vi att pedagogerna är nöjda med den information de får. De talar om att man får söka mycket på egen hand, men samtliga uttrycker att de fått gå på de kurser och föreläsningar de önskat. Vi tycker att det är positivt att pedagogerna är så pass nöjda med den information de får. Det är också positivt att det verkar finnas mycket föreläsningar och kurser i ämnet och att pedagogerna får gå på det de önskar. Vilken erfarenhet man har verkar påverka vilken typ av information man ser som viktig. De pedagoger som har lång erfarenhet av arbete med barn som har ADHD eller liknande är mest intresserade av information om det enskilda barnet. Den pedagog som inte har den erfarenheten talar även om information om diagnosen allmänt som relevant.

Om vi skulle gå vidare och forska inom detta område hade det varit intressant att utöka den här undersökningen till att omfatta fler pedagoger för att få ett bredare spektra. Då hade vi kunnat gå djupare in på vissa detaljer, t.ex. göra vissa jämförelser mellan olika stadsdelar/kommuner. Vi hade även kunnat komplettera undersökningen med observationer i klassrummet, samt intervjuat barnen och deras föräldrar. Vidare hade det varit intressant att studera hur man arbetar med flickor i liknande situationer. Samtliga barn i den här undersökningen har varit pojkar och det hade varit intressant att jämföra det här resultatet med ett från en motsvarande studie om flickor.

6.3 Slutord

Vi tror som Kadesjö (2001) säger att de strategier som rekommenderas för arbete med barn som har ADHD gynnar de flesta barn. De intervjuade pedagoger som arbetar i helklass har även talat om att det strukturerade arbetssätt de gått över till, då de har en elev med ADHD i klassen, har varit till gagn för alla.

Avslutningsvis vill vi säga att vi tycker det är glädjande att se att det fungerar så pass bra ute i de skolor vi besökt. Alla pedagoger vi mött utstrålar en arbetsglädje och ett engagemang som smittar av sig. De tycker att arbetet kräver mycket samtidigt som det ger minst lika mycket tillbaka.

Referenser

American Psychiatric Association (APA) (1995) *Mini-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press

Asmervik, Sverre; Ogden, Terje; Rygvold, Anne-Lise (red.) (1993) *Barn med behov av särskilt stöd*. Studentlitteratur, den svenska utgåvan 2001

Axengrip, Christina & Axengrip, Jens (2001) *En skrift om DAMP/ADHD*. (Andra upplagan) Umeå: Axengrips förlag

Axengrip, Christina & Axengrip, Jens (2004) *Pedagogiska strategier: Handbok för DAMP/ADHD-problematik*. Umeå: Axengrips förlag

Beckman, Vanna & Fernell, Elisabeth (2004) Utredning och diagnostik. I Beckman, Vanna (red) (2004) *ADHD/DAMP – en uppdatering*. (s.21-34) Lund: Studentlitteratur

Duvner, Tore (1994) *Barnneuropsykiatri: MBD/DAMP, autistiska störningar, dyslexi*. Stockholm: Liber utbildning

Duvner, Tore (1998) *ADHD: impulsivitet, överaktivitet, koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber

Gillberg, Christopher (2004) *Ett barn i varje klass om ADHD och DAMP*. (Andra upplagan) Stockholm: Cura

Hellström, Agneta (1995) *Nu är det vår tur*. Stockholm: Liber Utbildning

Hellström Agneta (2004) Psykosociala och pedagogiska stödinsatser. I Beckman, Vanna (red) (2004) *ADHD/DAMP – en uppdatering*. (s.101-122) Lund: Studentlitteratur

Kadesjö, Björn (2001) *Barn med koncentrationssvårigheter*. (Andra upplagan) Stockholm: Liber

Kärfve, Eva (2000) *Hjärnspöken – DAMP och hotet mot folkhälsan*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposium

Skolverket (2005) *Allmänna råd och kommentarer: Den individuella utvecklingsplanen*.

Socialstyrelsen (2002) *ADHD hos barn och vuxna*. Kunskapsöversikt utarbetad av Björn Kadesjö

Stukát, Staffan (2005) *Att skriva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

Teeter, Phyllis Anne (2004) *Behandling av ADHD*. Lund : Studentlitteratur

Utbildningsdepartementet. (1994) *Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet. Lpo 94*. Stockholm: Utbildningsdepartementet

Wrangsjö, Björn (1998) *Diagnosens Psykologi*. I Wrangsjö, Björn (red) (1998) *Barn som märks*. (s.17-46) Stockholm: Natur och Kultur

Bilaga 1: Diagnoskriterierna

Följande kriterier gäller för ADHD enligt svenska översättningen av DSM-IV (APA 1995, s.47-49):

A. Antingen (1) eller (2):

1. Minst sex av följande symtom på *ouppmärksamhet* har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Ouppmärksamhet

- a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbete, yrkesliv eller andra aktiviteter
- b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
- c) verkar ofta inte lyssna till direkt tilltal
- d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)
- e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)
- g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)
- h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- i) är ofta glömsk i det dagliga livet

2. Minst sex av följande symtom på *hyperaktivitet/impulsivitet* har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Hyperaktivitet

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

Impulsivitet

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

B. Vissa funktionshinderande symtom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet skall ha funnits före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symtomen ("some impairment from the symptoms") föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på arbetet och i hemmet)

- D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning ("there must be clear evidence of clinically significant impairment") socialt eller i arbete eller studier.
- E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning.

Undergrupper

- *Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, (ADHD) i kombination.* Både kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna
- *Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, (ADHD), huvudsakligen bristande uppmärksamhet.* Kriterium A1 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2.
- *Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, (ADHD), huvudsakligen hyperaktivitet/impulsivitet.* Kriterium A2 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1.

För personer (i synnerhet vuxna och ungdomar) med symptom som inte längre helt uppfyller kriterierna skall "i partiell remission" också anges.

Bilaga 2: Intervjufrågorna

Bakgrundsfrågor

- Hur länge har du arbetat som lärare?
- Har du arbetat med barn som har ADHD tidigare?

Diagnosen

- När fick barnet sin diagnos?
- Vad innebär diagnosen ADHD för dig?
- I vilka situationer fungerar det bra?
- I vilka situationer fungerar det mindre bra?

Information

- Fick du information om ADHD?
 - När?
 - Av vem?
 - Vilken information?
 - Saknar du information? I så fall: vilken?

Arbetet

- Har du ändrat ditt arbetssätt p.g.a. att du har en elev med ADHD i klassen
 - På vilket sätt?
- Har extra resurser tillskjutits och hur har de i så fall använts?
- Har ni anpassat den fysiska arbetsmiljön på någon vis?

Föräldrarna

- Hur fungerar föräldrasamarbetet?