

DAMP och ADHD

”osynliga” funktionshinder

Genomtänkt omhändertagande av riskbarn främjar optimal utveckling

Forskning de senaste decennierna har gett omfattande kunskap om hur funktionshindren DAMP och ADHD inverkar på ett barns uppväxtsituation. Hur problemen yttrar sig hänger samman med hur barnet blir bemött och vilken förståelse det får i familj och förskola/skola. Det är angeläget att skapa ett genomtänkt omhändertagande av dessa barn.

Ett pågående uppbyggnadsarbete i Värmland redovisas.

DAMP (deficits in attention, motor control and perception) hos ett barn innebär att det har stora svårigheter med uppmärksamhet och aktivitetskontroll samt motorik/perception. Det finns också barn hos vilka svåra problem med uppmärksamhet och aktivitetskontroll dominerar (ADHD, attention deficit hyperactivity disorder) och barn med enbart stora motorik- och perceptionsproblem (DCD, developmental coordination disorder).

DAMP är i stort liktydigt med en kombination av ADHD och DCD, som tillstånden definieras i den internationellt använda diagnosmanualen DSM-IV [1].

I en aktuell studie från Karlstad av 7-åringar påvisas att med sådana definitioner har 1,7 procent DAMP, medan 2,0 procent har ADHD [2] (Tabell I). Ytterligare 4,9 procent har DAMP av lindrigare grad. Dessa prevalenstal överensstämmer väl med resultaten såväl i den välkända studien av förekomst av DAMP (då benämnt minimal brain dysfunction, MBD) från Göteborg från början av 1980-talet [3], som i en studie från Skaraborg från början av 1990-talet [4].

Den kliniska relevansen i diagnostiska avgränsningar avgörs av i vad mån barn i DAMP-/ADHD-gruppen skiljer sig från andra barn vad gäller problemförekomst, prognos och behov av stöd och behandling. Barnen i Karlstadsstudien har följts med olika undersökningsmoment, och de med DAMP och

ADHD visar sig ha signifikant större skol- och beteendeproblem än övriga [5]. Uppföljningsstudier i ungdomsåren av barnen med DAMP i Göteborgsstudien visar en dyster bild, med hög förekomst av personlighetsstörningar och sociala och psykiatriska problem [6]. Samma bild finns också i internationella studier av vuxna som i barnåren hade ADHD [7].

Det är en stor utmaning att med mer adekvat hjälp än vad som en gång erbjöds de individer som ingår i studierna försöka förhindra en sådan allvarlig problemutveckling.

Problembild

Det som karakteriserar problembilden hos flertalet barn med DAMP och ADHD (fortsättningsvis skrivet DAMP/ADHD) är ett impulsivt och överaktivt handlande i kombination med uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter. Några barn har ett mer passivt och oföretagsamt beteende. Barn med DAMP har dessutom en för vardagliga aktiviteter störande klumpighet, något som vanligtvis är förenat med perceptionsproblem. Barn med DAMP har ofta i yngre åldrar tal- och språksvårigheter, vilket leder till att en stor andel utvecklar läs- och skrivproblem [8].

Många barn med DAMP/ADHD utvecklar också problem av psykiatrisk karaktär: depression, trots och social beteendestörning, och flera har tics,

Författare

BJÖRN KADESJÖ
överläkare, neuropsykiatriska enheten

CHRISTINA KADESJÖ
socioekonom, leg psykoterapeut, föräldrastödsenheten; båda vid Centralsjukhuset, Karlstad.

tvångsbeteenden, sociala interaktions-svårigheter och autistiska drag.

Ibland svår gränsdragning

DAMP och ADHD kan diagnostiseras med strikta kriterier, men vid svår problematik kan gränsdragningen mot lätt mental retardation, lätt cerebral pares, Tourettes syndrom eller autism/Aspergers syndrom vara svår att göra [9], liksom gränsdragningen mot det normala i lindriga fall.

De flesta barnen har kvar sin grundproblematik under uppväxten, men yttringarna ser olika ut i olika åldrar. Det finns ingen känd behandlingsform som »botar» [10], och det finns som regel behov av stöd av olika slag i olika skeden under uppväxten.

DAMP/ADHD är osynliga funktionshinder, vilket innebär att varken föräldrar eller omgivning (inklusive professionella behandlare) alltid förstår grunden till barnens svårhanterliga beteende och avvikande utveckling. Detta

Tabell I. Förekomst av DAMP och ADHD hos barn årskurs 1.

Diagnos	Antal	Procent	Kumulativ procent
DAMP, svår	7	1,7	1,7
DAMP, måttligt svår	20	4,9	6,6
ADHD	8	2,0	8,6
Koncentrationssvårigheter	22	5,4	13,9
Övriga	352	86,1	100
Totalt	409	100	

DAMP, svår

Utfall i motorisk undersökning (tillhör de 14 procent av barnen som har högst belastningspoäng i motoriskt status) + ADHD enligt DSM-III-R (>7 uppfyllda ADHD-kriterier).

DAMP, måttligt svår

Utfall motorik + 5–7 ADHD-kriterier enligt DSM-III-R.

ADHD

ADHD enligt DSM-III-R (>7 uppfyllda ADHD-kriterier).

Koncentrationssvårigheter

5–7 ADHD-kriterier enligt DSM-III-R.

innebär att barn och föräldrar är utlämnade till omgivningens tyckande om dem, och gör föräldrar sårbara och skuldtyngda.

Stora påfrestningar inom familjen

Vad ett barn med DAMP/ADHD upplever i mötet med sin omgivning samverkar med barnets biologiskt betingade förutsättningar, avgör hur svårigheterna yttrar sig och får stor betydelse för utvecklingen av tillkommande problem. Relationerna inom dessa barns familjer utsätts för stora påfrestningar. Barnen svarar inte på sina föräldrars initiativ på förväntat sätt och deras reaktioner är mindre förutsägbara. Barnen har behov av vuxenstöd långt upp i åldrar då andra barn klarar sig utan.

Det finns en risk för att negativa samspelsmönster utvecklas och upprätthålls när det i stället behövs lyhördhet för barnets konstruktiva initiativ och positivt vuxenstöd för dess utveckling [11]. Det har visats föreligga en stor risk för uppkomst av social beteendeproblematik med trots, aggressivitet och asocialitet om de negativa samspelsmönstren i familjen blir bestående [12].

Utstötningsmekanismer

Problematiken med DAMP/ADHD visar sig för vissa barn redan under deras första levnadsår, medan den för andra blir tydliggjord först då de kommer i gruppverksamheter med högre kravnivå. Utstötningsmekanismer kan starta redan i förskolan, och drabbar barn som ofta har svårt att ta tillvara förskolans möjligheter till utveckling av social kompetens i lek och samvaro med andra barn utan aktivt vuxenstöd [13].

I skolan blir dessa barn mycket ofta missförstådda och ställda inför överkrav. Att ingå i en stor grupp, att koncentrera sig på uppgifter som andra definierar och att planera och ta ansvar för sin inlärnin är speciellt svårt. Då barnen ofta misslyckas med detta upplevs de bråkiga, ovilliga och protesterande, medan de själva ständigt upplever sig orättvist behandlade. Gruppsituationer, som raster utan vuxenmedverkan, ger täta konflikter med andra barn och kan grunda en upplevelse av utanförskap. Barnen får inte den hjälp eller tillräcklagda undervisning de skulle behöva.

Bättre kunskap idag

I forskning kring barns utveckling möts olika kunskapsfält och forskningstraditioner. Detta kommer förhoppningsvis att på sikt inspirera utvecklingen av kliniska verksamheter för barn med DAMP/ADHD, men innebär också kontroverser när gamla traditioner möts i nya kunskapsområden.

Det har skett en mycket omfattande kunskapsutveckling om DAMP/ADHD och andra neuropsykiatriska tillstånd under de senaste 10–20 åren, som bl a inneburit ökad förståelse för hur brister i cerebrala funktioner kan få betydelse såväl för barns utveckling, inlärnin och psykologiska reaktionssätt som för uppkomsten av psykiatriska problem.

Man vet nu att ett bra omhändertagande innebär stora vinster i form av både minskat lidande för individen och stora ekonomiska och sociala vinster för samhället. En ökad kunskap hos allmänheten om dessa tillstånd innebär förväntningar på samhällets stöd och experthjälp, medan många som förväntas vara experter upplever sin kunskap otillräcklig, tillgängliga behandlingsmetoder bristfälliga och resurserna allt för små.

»Nu är det vår tur»

Utredningen »Nu är det vår tur – samhällets stöd till barn med MBD/DAMP» [14] har kartlagt vilka behov av stöd och hjälp barn med DAMP och deras familjer har, hur omhändertagandet ser ut i landet, har pekat på brister och lyft fram goda exempel. Den visar att det framför allt saknas lättillgängliga kompetenta utredningsteam, stöd- och behandlingsinsatser riktade till barn och familjer och förståelse och hjälp i förskola och skola.

Sedan utredningen lades fram har många landsting byggt upp utredningsteam för dessa barn. Motsvarande utveckling har inte skett vad gäller stöd- och behandlingsinsatser till föräldrar och barn, vilket innebär att många barn utreds och får diagnos men saknar fortsatt omhändertagande. Detta har fått föräldrar att uttrycka stark besvikelse och vissa experter att anse att det är fel med diagnostik då det inte finns hjälp att erbjuda.

Ansaret för stöd till barn med DAMP/ADHD ligger såväl hos hälso- och sjukvården som hos kommunala verksamheter. Utredning och diagnostik är, liksom stöd till barn och föräldrar, ansvarsområden för sjuk- och hälsovård på samma sätt som utrednings- och behandlingsarbete vid kroniska sjukdomar eller andra funktionshinder är det. Att skapa en fungerande förskole- och skolsituation är primärt ett kommunalt ansvar. Men att ge förskolans och skolans personal underlag för att förstå barnets funktionshinder, och därmed dess grundläggande pedagogiska behov, anses vid andra funktionshinder vara ett landstingsansvar.

Målsättning

Målsättningen för omhändertagandet av barn med DAMP/ADHD är att föräldrar och andra för barnet viktiga

personer skall få en förståelse för barnets förutsättningar, såväl tillgångar som svårigheter, och kunskap om hur man kan bemöta och hjälpa det i vardagen. Utifrån detta behövs tillrättalaganden och stöd i barnets vardag så att det ges möjlighet till optimal utveckling.

För att uppnå dessa mål behövs:

- Upptäckt innan sekundär problematik utvecklats.
- Utredning och information om vad utredningen visar.
- Primärt omhändertagande i anslutning till utredning och diagnos.
- Uppföljande långsiktiga stöd- och behandlingsinsatser.

Tidig upptäckt

Betydelsen av tidig upptäckt av barn med DAMP/ADHD och liknande tillstånd för att förhindra sekundära problem har betonats i såväl internationella som svenska studier. I detta har barnhälsovården en nyckelroll, men även barnläkare, BUP-personal, logopeder etc måste involveras. Socialstyrelsen har föreslagit i Allmänna råd 1991:8 att barnhälsovårdens hälsoundersökning av barn i åldern 5,5–6 år skall utformas så att barn med t ex DAMP blir igenkända före skolstart. Rapporter från olika landsting [15] visar att sådan uppspårande verksamhet är möjlig.

Men det framkommer också svårigheter, framför allt med att överföra information så att barnhälsovårdens kunskap om barnet får konsekvenser för planering av dess skolstart.

Inom några år kommer flertalet barn att börja skolan som 6-åringar. Då finns det skäl för skolhälsovården att överta denna uppspårande uppgift [16]. Samtidigt bör barnhälsovårdens personal vara mer aktiv för att fånga upp och initiera åtgärder för yngre barn som uppvisar utvecklingsavvikelse eller svårhanterligt beteende vid sedvanliga kontakter med barnavårdscentralen. Barn med svår DAMP/ADHD-problematik har behov av stödinsatser redan under förskoleåren; föräldrar berättar ofta att de tidigt sökt hjälp utan att få gehör.

Att hos förskolebarn känna igen problem som kan tyda på DAMP/ADHD kan vara svårt, då de symtom som föräldrar beskriver ibland är diffusa och kan vara beteenden som vilket barn som helst uppvisar i perioder. Uppgiften ställer därför krav på kunskap och lyhördhet när föräldrar uttrycker oro för sitt barns utveckling.

För att exempelvis en BVC-sjuksköterska skall uppleva det meningsfullt att aktivt söka problematik som kan vara tecken på DAMP hos små barn måste det finnas hjälp att erbjuda. Brist på sådan hjälp kan vara ett skäl till den vanliga åtgärden att man remitterar barn

ANNONS

ANNONS

med sen språkutveckling enbart till logoped, trots att det är uppenbart att språkutvecklingen egentligen är del i en mer omfattande avvikande utveckling.

Utredning och information

Då föräldrar (själva eller genom uppmärksamhet från BVC-, förskole- eller skolpersonal) upplever att deras barn har en avvikande utveckling eller svår-förståeligt beteende bör det vara lätt att få hjälp med kompetent utredning/bedömning. En sådan skall klarlägga bakomliggande faktorer avseende den upplevda problembilden. Det kan gälla faktorer hos barnet, samspelet mellan föräldrar och barn eller brister i barnets omgivning, t ex i förskola/skola.

Utan sådan utredning finns det risk för att stöd- och behandlingsinsatser erbjuds utan att man identifierat vare sig vad behandlingen bör inriktas på eller vad som bör prioriteras; föräldrar och personal kanske inte förstår motiven bakom de olika råd som ges. En utredning kräver tvärfackliga team med stor klinisk erfarenhet och teoretisk kompetens. Med tanke på barngruppens storlek finns det en risk för att det inte blir den professionalitet och noggrannhet som området kräver, samtidigt som utredningens omfattning måste begränsas.

Information om utredningen innebär att översätta utredningsresultat och diagnos, dels till förståelse för barnets förutsättningar, dels till konkreta råd om bemötande, förhållningssätt och tillrättalagd vardag i hem och förskola/skola. Detta är en erfarenhetskrävande uppgift, många gånger svårare än själva utredningsarbetet. Detta påstår vi efter att alltför många gånger ha hört föräldrar kritisera den information de fått. Som förälder har man då inte känt igen sitt barns problem i informationen, inte förstått vare sig innebörden av den diagnostiska termen eller hur man själv skulle kunna hjälpa sitt barn.

Primärt omhändertagande

Utredning och primärt omhändertagande bör ske i nära samarbete. Avsikten med det primära omhändertagandet är att föräldrar skall få hjälp med:

- Att bearbeta och fördjupa sin kunskap om vad funktionshindret innebär för barnet och dess utveckling, för samvaron i familjen och vad det ställer för krav på omgivningens bemötande.
- Att identifiera behov av förändringar i familjens vardagsliv, exempelvis vad gäller rutiner, tillsyn, avlastning.
- Behandlingsinsatser som ger föräldern redskap för att kunna hantera svåra situationer och stödja barnets utveckling under uppväxten.

- Att bearbeta de reaktioner som diagnosen väckt.
- Att informera förskole- och skolpersonal om barnets behov.

Det är sannolikt resurssparande och betydelsefullt i ett längre perspektiv att föräldrar erbjuds genomtänkta behandlingsinsatser i anslutning till att diagnosen ställs. Det förhindrar inte framtida problem, men kan göra att föräldrar har lättare att möta kommande påfrestningar. Inriktningen bör vara vad föräldrar kan göra för sitt barn och dess utveckling [16], och bör utgå ifrån att såväl barnet som föräldern bidrar till det som sker i vardagssamvaron. Barnets neurologiskt betingade svårigheter får följder för hur föräldrarna möter sitt barn och känslomässigt knyter an till det. Föräldrarnas personlighet och psykologiska beredskap gör att de möter sitt barn på sitt alldeles speciella sätt, vilket inte alltid motsvarar barnets behov.

Ju yngre barnet är desto större blir betoningen på föräldrarnas roll. Efter hand blir faktorer i omgivningen, som skol- och fritidssituation, allt viktigare och därmed kommunala verksamheters ansvar. Fortfarande kan föräldrar behöva hjälp för att klara svåra beteenden och situationer [17], dvs stöd och behandlingsinsatser från sjuk- och hälsovård.

Långsiktigt stöd

Utgångspunkt för ett fortsatt stöd bör vara att barn med DAMP/ADHD i de flesta fall har kvar problem av varierande grad och typ under uppväxten, varför planeringen bör vara långsiktig. Innehållet i ett sådant omhändertagande kan vara:

- Återkommande information om funktionsstörningen och råd om förhållningssätt; »påfyllning» av vad man fick i det primära omhändertagandet.
- Förnyad utredning och bedömning, då problematiken inte sällan ändrar karaktär under uppväxten.
- Information om och hjälp att få del av samhällets stödinsatser.
- Hjälp till barnen själva att tackla insikten om att de ej fungerar som andra.
- Stöd till barnet i relationen till förskola/skola.
- Insatser i samband med kriser eller vid förändringar inom familj eller skola.
- Tränings- eller behandlingsinsatser (t ex av motorik och språk).

För att få en sådan långtidsuppföljning att fungera är det angeläget att varje barn som fått diagnosen DAMP/ADHD har en utnämnd kontaktperson

inom någon landstingsverksamhet. Detta bör vara en konkret person, till skillnad från att endast vara knuten till den verksamhet som skall ansvara för fortsatt stöd.

Uppgiften är att vara den självklara person som barnets föräldrar kan vända sig till vid behov av insats avseende någon av punkterna ovan. Det innebär inte att kontaktpersonen är den som effektuerar vad man efterfrågar, utan den som med kunskap om just det barnets speciella förutsättningar och om problematiken generellt kan visa vart man kan vända sig. Därför är det önskvärt att den som är kontaktperson ingår i ett team där olika erfarenheter finns representerade och där kunskap utvecklats.

Skolans ansvar

En stor andel av barn och ungdomar med DAMP/ADHD får allvarliga skolanpassnings- och inlärningsproblem på grund av olika individ- och omgivningsfaktorer som vävs in i varandra och påverkar varandra. En individfaktor är framför allt den problematik som definierar DAMP/ADHD och som ger såväl inlärningssvårigheter som beteendeproblem.

Men även olika kognitiva (t ex minnesproblem) och språkliga svårigheter är vanliga och betydelsefulla för utvecklingen av inlärningsproblem, och därmed angelägna att klarlägga för att ett barn med DAMP/ADHD skall få adekvat hjälp i skolan.

Omgivningsfaktorerna handlar om skolans förhållningssätt till barnet, vilken pedagogik det möter, hur uppläggnen av skolarbetet görs och hur miljö kring barnet är.

Den pedagogiska personalens roll

All pedagogisk personal oavsett yrkesroll, ämne eller skolform måste ha en basal kunskap om vad DAMP/ADHD innebär för ett barns skolgång. Detta gäller även skolledare och skolpolitiker. Förståelsen för det enskilda barnet är sedan grunden för utformningen av riktade stödinsatser. Ibland sägs det att diagnoser sätts för att barn skall få hjälp i skolan.

Att konstatera behov av hjälp är dock helt otillräckligt, då det inte finns någon standardlösning eller pedagogisk metod som är lämplig för alla barn med DAMP/ADHD. Hjälp skall utformas utifrån barnets specifika förutsättningar och behov. För att kunna utforma lämplig pedagogik och anpassa skolsituationen kan det krävas en utredning med pedagogisk inriktning som komplement till den utredning som givit diagnos.

Gemensamt för alla barn med DAMP/ADHD är dock deras behov av nära vuxenkontakt för tät, snabb och

tydlig feedback på sitt handlande och en välstrukturerad och förutsägbar miljö. Det finns behov av små undervisningsgrupper tillrättalagda för barn med DAMP/ADHD. Men att samla barn med likartade problem i en grupp ger i sig svårigheter, varför det aldrig kan bli lösningen för skolsituationen för flertalet barn med DAMP.

Ett barn med DAMP/ADHD har rätt till inlärn timer utifrån sina förutsättningar. Att det trivs och är accepterat är nödvändigt, men otillräckligt som övergripande mål för skolans stöd. Även dessa barn har rätt att få hjälp att nå skolans inlärn timer mål (exempelvis de s k uppnåendemålen i årskurs 5 och godkända betyg på högstadiet).

Barn med DAMP/ADHD behöver en talesman i skolan, t ex en specialpedagog, skolsköterska, rektor, som har till uppgift att bevaka barnets situation i skolan. Uppgiften kan vara att ansvara för att aktuell åtgärdsplan finns, att vara en person som barn och föräldrar alltid kan vända sig till då problem uppkommit och en länk mellan kontaktpersonen inom landstinget och skolan.

Värmlandsmodellen

För ca 15 år sedan påbörjades i Värmland ett samarbete mellan bl a barn- och ungdomskliniken (BUK), barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP), barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) och barnhälsovården (BHV) kring omhändertagandet av och synsättet på barn med vad som då kallades MBD. Utifrån det arbetet skapades en modell och ett team, »5–10-mottagningen», för bedömning av barn med misstänkt DAMP-problematik utgående från samarbete mellan BUP, BUK och BUH.

Tanken var att med begränsade personella insatser göra bedömningar av barn som först hade varit i kontakt med barnhälsovårdspsykolog, barnläkare, skolans elevvård etc [18]. Arbetssätt och resurser visade sig dock efter hand vara otillräckliga utifrån de förväntningar som kom att riktas mot teamet.

Tack vare tillskott av medel var det möjligt att vidareutveckla »5–10-mottagningen» och bygga upp ett mer heltäckande team med läkare, psykologer, sjukgymnast, kurator, logoped och sekreterare. Teamet kallas när det nu är permanentat för »Neuropsykiatriska enheten för barn och ungdom» (NP). Det har till uppdrag att vara ett specialistteam för utredning av barn och ungdomar som misstänks ha någon form av neuropsykiatriskt tillstånd. Det skall också erbjuda primärt omhändertagande av barn som bedömts ha autism, Tourettes syndrom och DAMP, men kan endast i begränsad utsträckning stå för långsiktig uppföljning.

Det stora behovet av insatser inom området visas av att ca 200 barn (varav majoriteten yngre än 7 år) har remitterats till enheten varje år under de tre åren har verkat.

Uppbyggnaden av NP-enheten ingår som en del i ett länsövergripande projekt för omhändertagandet av barn med DAMP/ADHD. Det utgår från tre omhändertagandenivåer: en basnivå, som är barnets vardag i förskola eller skola med i huvudsak kommunala verksamheter som ansvariga, en distriktsnivå och en länsnivå med NP-enheten enligt ovan.

Huvudtanken med arbetet på distriktsnivå är att samla personer i varje sjukvårdsdistrikt till ett gemensamt ansvar för barngruppen, och i detta ta tillvara erfarenheter från olika discipliner och verksamheter. Medarbetarna avsätter tid i sin ordinarie tjänst för att ingå i teamet. De kommer från olika verksamheter, som BUP, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och BUH. I några team ingår logoped och mödra–barnhälsovårdspsykolog, i något team finns personer från skolan (skolpsykolog, specialpedagog).

Teamen förväntas på längre sikt få en viktig roll i omhändertagande av barn med DAMP/ADHD, framför allt avseende det långsiktiga stödet. Barngruppens storlek gör det omöjligt att samla det långsiktiga arbetet till ett centralt team. Det är därför önskvärt att detta ansvar vilar på personer och verksamheter i barnets närmiljö.

Efter två till tre års arbete kan man sammanfatta situationen så, att utvecklingen går långsamt men att det i vart och ett av de fem sjukvårdsdistrikten finns arbetande team med varierande sammansättning och med barnläkaren i öppenvården som central person.

Föräldrastödsenheten

Sedan fyra år tillbaka finns i Karlstad »Föräldrastödsenheten», en enhet för stöd till föräldrar vars barn har ett svårhanterligt beteende, främst barn under 8 år med DAMP/ADHD. Den modell som utvecklats utgår ifrån att behandlingsinsatser till förskolebarn och yngre skolbarn med DAMP/ADHD måste göras via stöd till barnets omsorgspersoner (i familjesystemet föräldrarna). Insatserna skall vara förankrade i barnets vardag och utformade på ett konkret sätt, i tillägg till sedvanligt terapeutiskt förhållningssätt. Behandlarens kunskap om barnets funktionshinder skall vara tydligt uttalad och ligga till grund för behandlingsuppläggn ingen. Samtidigt måste det finnas en beredskap att hantera de ibland komplicerade psykologiska processer och onda samspelscirklar som kan uppstå inom dessa familjer.

Enhetsens uppgift är att erbjuda be-

handlingsinsatser i anslutning till att barnet utreds. Avsikten är att ge föräldrarna möjlighet att bearbeta och fördjupa sin kunskap om sitt barns funktionshinder, och förmedla erfarenheter av hur man kan hjälpa det i vardagen. Avsikten är också att stärka föräldrarnas tilltro till att man faktiskt kan göra bra saker för sitt barn: att bryta den negativa bild av sig själv i föräldrarollen som många av dessa föräldrar har.

För att kunna bemöta sitt barn på ett så bra sätt som möjligt behöver föräldrarna, förutom hjälp med att förstå sitt barn, ofta också hjälp för att bli medvetna om dels sitt förhållningssätt till barnet, dels vad som sker i samvaron med det. Det kan gälla detaljer i sättet att kommunicera med barnet: i bästa fall för att man missar och inte ser möjligheter att stödja sitt barn, i sämsta fall för att man på ett ofrivilligt sätt bidrar till att förstärka barnets svårigheter.

Videoteknik ger möjlighet både att stanna upp och reflektera över barnets respektive förälderns beteende och lyfta fram exempel på positivt stödjande bemötande från föräldern. Man kan med filmsekvenser illustrera hur barnets svårigheter och förmågor framträder i vardagliga nyckelsituationer och studera förändringar av det som sker i samspelet under behandlingsprocessens gång. Dessa exempel kan också vara utgångspunkt för bearbetning av vad som händer i andra viktiga vardags-situationer.

Omfattningen av behandlingsinsatserna är beroende av upplevt hjälpbehov och svårighetsgraden av barnets problem, men är tänkt som en insats under avgränsad tid. I ett forskningsprojekt studeras behandlingseffekterna. En första utvärdering har visat att denna verksamhet är uppskattad av de föräldrar som fått ta del av den.

Borgen

Borgen, eller Specialpedagogiskt Centrum, är en enhet inom Karlstad kommun för stöd till personal i förskola och skola kring barn och ungdomar med inlärn timer svårigheter, beteendeproblem och utvecklingsavvikelser. Vanliga problem hos de barn och ungdomar som kommer till Borgen är läs- och skrivsvårigheter, koncentrations-svårigheter och kamratproblem, och det visar sig inte sällan att det är DAMP/ADHD-problematik som ligger bakom.

Borgen är ett tvärfackligt team med pedagoger, psykologer, läkare och logoped. Teamets uppgift är att utreda orsaken till gjorda iakttagelser, för att sedan kunna ge råd och stöd i uppföljande kontakter.

Det primära syftet är inte utredning för att ställa diagnos, utan för att ge un-

ANNONS

derlag för att kunna lägga upp förskole- eller skolsituationen så att barnet möts av förväntningar och uppgifter som det har möjlighet att klara av. Barns och ungdomars skolproblem kan inte betraktas isolerade från de sammanhang där de uppstår, utan bör analyseras i relation till dem. Därför måste utredningsarbetet kartlägga såväl barnets förutsättningar som hur det blir bemött i förskola och skola.

Ansvarsfördelning

Några organisatoriska principer har varit betydelsefulla för uppbyggnaden av det som skissats. Det är viktigt för föräldrar, men också av resursskäl, att det finns en gemensam kunskap om och ett likartat synsätt på problematiken i omhändertagandets olika led. Det skall finnas en nära relation mellan utredning/uppföljning och stödet i förskola/skola, men samtidigt tydliga gränser mellan vad som är kommunala respektive landstingsverksamhetens ansvar.

Om omhändertagandet av barn och ungdomar med DAMP/ADHD samlas i ett team som ansvarar för stöd till såväl föräldrar som personal kan det innebära att föräldrarna behöver ha kontakt med endast ett mindre antal personer. Sådana team finns på flera håll i landet, och på mindre orter är sådan samverkan nödvändig. Nackdelen kan vara att skolans påträngande behov, tillsammans med föräldrars frustration över brister i barnets skolsituation, gör att lösningen av barnens skolsituation tar överhand medan familjens behov kommer i skymundan.

Det finns också en risk för att landstingets resurser, som sällan inbegriper pedagogisk kompetens, används för att lösa de stora skolproblem som barn med DAMP ofta har. Det kan hindra att man inom kommuner bygger upp egen kompetens med pedagogisk inriktning för detta, och kan även motverka att man inom landstingen utvecklar stödformer till föräldrar och barn och ungdomar med DAMP/ADHD.

Sammanfattning

Funktionshindren DAMP och ADHD har en omfattande inverkan på barns och ungdomars hälsa i vid mening, på deras familjer och på deras förskole- och skolsituation. För att möta gruppens behov krävs både samhällsinformation och speciell kunskapsutveckling för dem som i arbete eller beslutsposition har ansvar för barns och ungdomars vardag.

Det behövs metodutveckling inom verksamheter som kommer i kontakt med dessa barn och ungdomar, liksom utveckling av fungerande arbetssätt inom förskola och skola. Det behövs genomtänkta planer för omhänderta-

gandet på olika nivåer inom såväl kommunala som landstingsverksamheter. Barn har lika värde, trots att de är olika och har olika behov av stöd för sin utveckling.

Det är en stor och utmanande uppgift att i tider av resursbrist ta sig an detta. Men förutom möjligheten att hjälpa individer finns här stora samhälleliga vinster att göra.

Referenser

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Kadesjö B, Gillberg C. Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-olds. *Dev Med Child Neurol*. Under publ.
3. Gillberg C, Rasmussen P, Carlström G, Svensson B, Waldenström E. Perceptual, motor and attentional deficits in six-year-old children. Epidemiological aspects. *J Child Psychol Psychiatry* 1982; 23: 131-44.
4. Landgren M, Pettersson R, Kjellman M, Gillberg C. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. *Dev Med Child Neurol* 1996; 38: 891-906.
5. Kadesjö B, Gillberg C. Developmental coordination disorder in Swedish 7-year-olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Under publ.
6. Hellgren L, Gillberg IC, Gillberg C. Children with deficits in attention, motor control and perception (DAMP) almost grown up. Psychiatric and personality disorders at age 16 years. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 26: 351-5.
7. Trillingsgaard A. Kun få vokser fra det; om DAMP, ADHD og hyperkinetiske forstyrrelse i livsløbsperspektiv. Köpenhamn: Dansk psykologisk forlag, 1995.
8. Gillberg IC, Gillberg C. Children with pre-school minor neurodevelopmental disorders. IV: Behaviour and school achievement at age 13. *Dev Med Child Neurol*. 1989; 31: 3-13.
9. Gillberg C. Clinical child neuropsychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
10. Goldstein S, Goldstein M. Managing attention disorders in children. A guide for practitioners. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1990.
11. Cunningham C, Bennes B, Siegel L. Family functioning, time allocation and parental depression in families of normal and ADHD children. *J Clin Child Psychol* 1988; 17: 169-77.
12. Patterson G. Coercive family process. Eugene OR: Castalia 1982.
13. Kadesjö C. Att utveckla barns sociala kompetens, rapport nr 2. Umeå: Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Umeå universitet, 1998.
14. Hellström A. Nu är det vår tur. Samhällets stöd till barn med MBD/DAMP. Stockholm: Liber Utbildning, 1995.
15. Edvardsson M, Kälvesten T, Ljungblom T. Skolförberedande undersökning. Landstinget i Blekinge, 1998.
16. Kadesjö B. Större ansvar åt skolhälsovården! Skolläkaren naturlig samarbetspartner till lära. *Läkartidningen* 1998; 95: 4039-41.
17. Barkley R. Taking charge of ADHD. The complete authoritative guide for parents. New York: Guilford Press, 1995.
18. Kadesjö B, Pettersson AL, Weibull J. Gemensamt synsätt på barn med MBD. *Läkartidningen* 1989; 86: 4327-32.

Summary

Occult DAMP and ADHD disabilities need to be revealed

Björn Kadesjö, Christina Kadesjö

Läkartidningen 1999; 96: 1455-62

A current study of seven-year-olds in Karlstad showed the incidence of DAMP (deficits in attention, motor function and perception) to be 1.7 per cent, and that of ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) to be 2.0 per cent, figures consistent with those obtained in previous studies. A further 4.9 per cent were found to have milder forms of DAMP. Research during the past few decades has yielded comprehensive knowledge of the effect of such disability on the child's development. Manifestation of the child's problems is dependent on how the child is treated by others, and on the understanding and help deriving from the family and from the preschool or school. It is essential to evolve a well considered management programme of health care for which the school or preschool is responsible. The programme should include methods for early detection, access to a competent investigatory team, support and treatment facilities for the child and the parents, and assistance at school or preschool.

Correspondence: Dr Björn Kadesjö, Senior Consultant, Dept of Paediatric Neuropsychiatry, Centralsjukhuset, SE-651 85 Karlstad, Sweden.