

Camilla Askevold Særsten

## AD/HD – beskrivelse av diagnose og eksempler på tiltak for elever i grunnskolen

*Barn i den norske enhetsskolen har rett på en tilpasset, likeverdig og inkluderende opplæring.*

*Dette er ledestjerner som i seg selv er vanskelig å oppnå, men når barn og unge har en utfordring eller diagnose, bør tiltak som iverksettes springe ut fra kompetanse om det enkelte barn og deres behov. Barn og unge med diagnosen AH/HD er ulike, men enkelte kan ha behov for særskilt tilrettelegging for at de skal få en tilpasset, likeverdig og inkluderende opplæring. Faglige og sosiale tiltak kan derfor være avgjørende for deres livskvalitet og læring.*

AD/HD blir av mange ansett som en atferdsforstyrrelse, og i diagnosekriteriene er det forekomst av/avvik på atferd som brukes i utredning av denne diagnosen. Denne fremgangsmåten for å diagnostisere kan drøftes fra ulike perspektiv, men vil ikke bli belyst i denne artikkelen.

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, forkortet AD/HD, ble i medisinsk litteratur først beskrevet i 1899 og deretter i 1902. Det har vært forsket mye på, blant annet, ulike årsaksfaktorer, forløp og avvik i hjernens fungering

sidens tilstanden først ble beskrevet. Det ser ut til at det er stor faglig enighet om kjennetegnene ved AD/HD som konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet (Sagvolden & Zeiner, 2006). Diagnosen AD/HD kan defineres som en hjerneorganisk funksjonsforstyrrelse som skyldes en ubalanse i hjernekjernen (Rønhovde, 2009). Det er ikke påvist at det er en hjerneskade eller rene miljømessige forhold som er årsaken til AD/HD. Befring (2009) påpeker at det på tross av mye forskning innenfor dette, er denne antagelsen

*Camilla Askevold Særsten arbeider som høyskolelektor i pedagogikk på Høyskolen på Vestlandet. Har en bachelorgrad i pedagogikk med hovedvekt på spesialpedagogikk og en master i pedagogikk hvor hun har spesialisert seg innenfor traumer og spesielt psykisk helsen og ungdom, fra et pedagogisk psykologisk perspektiv. Har mange års erfaring i å arbeide som spesialpedagog og PPT rådgiver. Er nå ansatt som høyskolelektor i pedagogikk på Høyskolen på Vestlandet Campus Bergen.*

omstridt og bør heller betraktes som en hypotetisk-teoretisk forklaring. AD/HD blir ansett som en psykiatrisk diagnose.

Gjennom artikkelen vil jeg benytte begrepet pedagog konsekvent som en felles betegnelse på lærere, spesialpedagoger, fagpedagoger eller andre pedagoger. Dette kan på en side anees som en forenkling, men i denne artikkelen bør det ikke ha store betydning i forhold til det som drøftes og presenteres.

#### DIAGNOSE

Det benyttes ulike diagnosekriterier for AD/HD rundt om i verden. I Norge brukes både DSM-5 (2013) og ICD-10. DSM er en forkortelse for den amerikanske psykiatriforeningens store diagnostiske oppslagsverk; Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (Rønhovde, 2009). ICD-10 er en forkortelse for WHO's Classification of Diseases. ADHD blir i denne manualen betegnet som hyperkinetisk forstyrrelse (HKF) og innenfor psykisk helsevern i Norge er det denne manualen som benyttes.

Diagnosekriteriene i DSM-5 og ICD-10 er tilnærmet identiske, men forskjellen ligger i årsaksforståelsen. Ved bruk av ICD-10-manualen må personen oppfylle kriteriene både for oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet/impulsivitet for å bli diagnostisert med diagnosen HKF. Ved bruk av DSM-5 manualen holder det at personen oppfylder kriteriene enten for oppmerksomhetssvikt eller hyperaktivitet/impulsivitet. Dette får konsekvenser når man statistisk ser på antall diagnoser. Diagnosen HKF vil statistisk sett forekomme sjeldnere enn diagnosen AD/HD. Ved bruk av ICD-10-manualen kan det synes som at ADHD uoppmerksom type ikke fanges opp av denne manualen (Rønhovde, 2009)

Diagnosen AD/HD er tredelt og Rønhovde (2009) viser til at man primært kan ha oppmerksomhetssvikt (Attention Deficit), hyperaktivitet (Hyperactivity Disorder) eller en kombinasjon av disse to. Et markant trekk ved hyperaktivitet er impulsivitet og derfor er det i en egen kategori under hyperaktivitets-kriteriene.

AD/HD er en betegnelse som er godt innarbeidet hos både pedagoger og foresatte og på

grunnlag av dette vil jeg benytte den betegnelsen videre i artikkelen og ha DSM-5 sin forståelse av diagnosen som fundament.

#### ÅRSAKER TIL AD/HD

Når man leter etter årsaker til AD/HD vil det kunne være flere faktorer som kan ha innvirkning og være en del av årsaksforklaringen. Hos noen mennesker med diagnosen AD/HD har det blitt oppdaget endringer ved enkelte aspekter av hjernens funksjon og struktur, men dette er ikke et fenomen som gjelder alle (Rønhovde, 2009). Når man leter etter årsaken til denne strukturelle endringen, vil det kunne være naturlig å rette oppmerksomheten mot arvens betydning. Forskning viser at det ser ut til å være en høyere frekvens av diagnosen AD/HD hos barn som har foresatte med samme diagnose. På tross av at det er en arvelig faktor i forhold til AD/HD, vil det ikke si at foresatte som selv har diagnosen vil få barn som vil få en AD/HD diagnose. AD/HD oppstår også i familier der ingen andre har denne diagnosen.

Innenfor dette feltet er det enda mye forskning kan avdekke om AD/HD, men forskning har gitt oss en pekepinn på ulike mekanismer som kan være medvirkende til utvikling av AD/HD (Bryhn, 2009).

#### Genetiske forhold

Å forske på arvelige forhold ved psykiske lidelser kan være komplisert. Årsaken til dette er at problematikken ofte er sammensatt og kompleks, samt at andre vansker ofte forekommer i tillegg til AD/HD. Med andre ord er det i utgangspunktet ikke vanlig å bare ha diagnosen AD/HD (Rønhovde, 2009). Det antas at årsaken til AD/HD finnes i flere gener som påvirker hverandre, samtidig som det forekommer en interaksjon med miljøet (Rønhovde, 2009). Det å skille mellom disse variablene kan være utfordrende, komplekst og dermed problematisk. Familiens miljø påvirkes av hver person i familien og eventuelt felles arveanlegg. Studier på arvelighet kan utføres på en rekke ulike måter som eksempelvis familiestudier, adopsjonsstudier og ved tvillingstudier. Det er spesielt gjennom tvillingstudier at det er blitt en bredere vitenskapelig enighet om at fellesmiljøet ikke ser ut til å bidra spesielt som for-

klaring på forekomst og utvikling av AD/HD hos den største gruppen som får diagnosen AD/HD. Fellesmiljøet kan forstås som eksempelvis hjemmemiljø, foreldretype og barneoppdragelse. Ulike faktorer som kan ha en innvirkning ved utvikling av AD/HD ser ut til å finnes i ikke-fellesmiljøet. Ikke-felles miljøet kan forstås som, blant annet, forhold eller hendelser barnet opplever i familien alene (Rønhovde, 2009). Fellesmiljøet kan forstås som eksempelvis hjemmemiljø, foreldretype, barneoppdragelse, sosial bakgrunn, økonomi, kosthold og oppdragelsestyper. Ikke-felles miljø kan forstås som forhold eller hendelser som barnet opplever alene i familien. Eksempler på ikke-felles miljø kan være fysiske og psykososiale faktorer som barnet ikke deler med sine søsken, barnets opplevelse av sin posisjon i søskenflokk, hjerneskade, barnets evne til å skape gode relasjoner, popularitet på skolen og lignende. Det er enklere å måle fellesmiljø i adopsjonsstudier, og her ser man også en høy rate av arvelighet. Biologiske forhold inngår ikke innunder ikke-fellesmiljø (Rønhovde, 2009).

### **Nevrobiologiske forhold**

Nevrobiologiske forhold kan forstås som målbare endringer i hjernens struktur og funksjon (Bryhn, 2009). Bildediagnostikk har innenfor hjerneforskning bidratt til økt forståelse av hva AD/HD er. Det er viktig å påpeke at denne teknologien ikke blir anvendt i utredelsen av AD/HD. Det er ulike teknologier som kan benyttes ved undersøkelse av hjernen. De teknologibaserte undersøkelsene har fokus på ulike aspekter av hjernen. Funn fra disse undersøkelsene antyder at hjerneaktiviteten hos mennesker med AD/HD ikke tilsvare kontrollgruppen. Videre ser det ut til at mennesker med AD/HD har i gjennomsnitt mindre hjernevolum, og at blodgjennomstrømmingene inne i hjernen ikke er lik kontrollgruppen. Det ser ut til at blodgjennomstrømmingen er redusert i de prefrontale områdene. De prefrontale områdene benyttes, blant annet, når en person skal løse nye oppgaver og være konsentrert over tid. Disse områdene er også i bruk ved motivasjon, oppmerksomhet og ved vurdering og utførelse av atferd som krever gjennomtenkning og vurdering. Her kan man

merke seg at utviklingen av disse områdene starter i 3-4 års alder, og at dette er en utvikling som går sakte. Utviklingen er ikke ferdig før i 11-25 års alder, og hos enkelte mennesker er ikke denne utviklingsprosessen ferdig før etter 20-årene. I frontallappene er hjernens styrende og kontrollerende funksjoner, også kalt eksekutive funksjoner. Eksekutive funksjoner er et begrep som er vidt, og omfatter blant annet problemløsning, impulskontroll, planlegging, fleksibilitet, vurdering av konsekvenser, atferdsendring ut ifra tilbakemelding og abstraksjon. Eksekutiv funksjonssvikt kan bidra til at mennesker med AD/HD får utfordringer knyttet til det å organisere eget liv i forhold til andre på samme alder. Det å bygge relasjoner kan også være utfordrende, da barnet gjerne bryter de sosiale spillereglene (Ibid).

Rønhovde (2009) viser til at forskere antar at det er en nær sammenheng mellom aktivering av sentralnervesystemet og neurotransmitterene dopamin, noradrenalin og adrenalin. Man kan si at disse neurotransmitterene er budbærere fra nerveceller til nerveceller. Disse neurotransmitterene har en fellesbetegnelse; katekolaminer, og det foregår en oppbygging av proteiner ved hjelp av katekolaminer som kalles biosyntese. Biosyntese er prosesser som lager byggestener, peptider, om til kompliserte proteiner. Det motsatte her vil være metabolisme, som gjør stoff om til mindre enheter. Disse prosessene kalles stoffskifteprosesser. Med bakgrunn i dette kan AD/HD sees på som en ubalanse i hjernens stoffskifte, det er med andre ord ikke en hjerneskade.

Rønhovde (2009) viser til forskning som antyder at AD/HD springer ut ifra en dysfunksjon i hjernens systemer som bruker dopamin. Det blir et underskudd av dopamin. AD/HD symptomer kan også kobles, i følge Rønhovde (2009), til en dysfunksjon i systemene som bruker serotonin og noradrenalin.

### **PSYKOSOSIALE RISIKOFAKTORER**

Psykososiale risikofaktorer kan blant annet være lav utdanning, dårlig økonomi, arbeidsledighet, psykiske vansker og lidelser hos foresatte og rusproblematikk. Det bør påpekes at foresatte som ikke har disse risikofaktorene

også kan få et barn som blir diagnostisert med AD/HD. På gruppenivå finner man en høyere frekvens av risikofaktorer hos barn med AD/HD enn hos barn uten AD/HD. Det er problematisk å dra slutninger vedrørende årsak når man studerer psykososiale risikofaktorer. Hvis AD/HD er arvelig betinget, vil det kunne være dette elementet som kan være forklaringsvariabelen for et problematisk psykososialt oppvekstmiljø. Videre kan det også tenkes at en alvorlig AD/HD problematikk vil kunne oppleves belastende på familiens situasjon og vil kunne prege foresattes eventuelle psykiske vansker og lidelser. Det kan synes som at negative psykososiale risikofaktorer kan ha en vesentlig innvirkning på barns helse og utvikling, men risikofaktorene kan ikke alene forklare AD/HD (Bryhn, 2009).

#### SOSIAL KOMPETANSE

En av kunnskapsløftets målsetninger er å fremme en pedagogikk som gir økt sosial kompetanse hos elevene. Skolen kan sees på som en arena av stor betydning for læring av slike ferdigheter, da elevene tilbringer mye av sin tid der (Akseldotter & Grimstad, 2009).

*Det er flere som har prøvd å definere sosial kompetanse og jeg velger her å støtte med til Ogden (2009) sin definisjon av begrepet: Sosial kompetanse er relativt stabile kjennetegn i form av kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Den fører til en realistisk oppfatning av egen kompetanse, er en forutsetning for sosial mestring, og for å oppnå sosial akseptering eller etablere nære og personlige vennskap (Ogden, 2009:196).*

Georg Herbert Mead utviklet i 1930-årene en teori om at selvbildet vårt blir dannet gjennom symbolsk interaksjon med mennesker rundt oss. Han hevder at å danne et selv bilde kun kan skje indirekte, da gjennom andre menneskers reaksjon på meg selv. Vi ser med andre ord på oss selv med andres øyne (Evenshaug & Hallen, 2009).

#### TILLEGGSVANSKER

AD/HD er en diagnose som i liten grad forekommer alene. Studier viser at mer en 50 %

av barn med diagnosen AD/HD også har tilleggspromatikk. Vanlig tilleggspromatikk kan være atferdsvansker, emosjonelle problemer, Tourettes syndrom og ulike lærevansker (Bryhn, 2009). Når det foreligger to eller flere lidelser samtidig kalles det komorbiditet. Tiltak for barn med AD/HD vil også være preget av en eventuell tilleggspromatikk.

#### MEDISINERING

Medisinering av barn med AD/HD er et tema som har blitt og fremdeles blir diskutert inngående.

Nyere forskning viser at det er grunnlag for å tro at AD/HD kjennetegnes av årsaksfaktorer som arvelighet og en ubalanse i hjernens kjemi (Rønhovde, 2009). Det er derfor gjerne naturlig å bruke medisiner i behandlingen av denne promatikken. Medisinene som blir benyttet er sentralstimulerende medikamenter. I Norge er Ritalin og Concerta de vanligste medikamentene. Medisinene kan påvirke signalstoffene som er i ubalanse i hjernen og dermed hjelpe personen til å holde oppmerksomheten bedre ved å normalisere de forbindelser i hjernen som regulerer impulsstyring og hemningsmekanismer. Hjernen får hjelp til å fokusere på enkelte impulser og styrker evnen til å utelate andre impulser. Medisinene øker dopamin og noradrenalin tilgjengeligheten i hjernen. Det bør påpekes at det ikke er alle med diagnosen AD/HD som responderer på de tilgjengelige medikamentene. Medisin vil i seg selv ikke føre til at barnet blir flinkere på skolen eller øke deres sosiale kompetanse. Medikamentene kan ha et positivt utslag slik at barnet får mulighet til å utnytte sitt evnemessige potensial bedre. Det bør understrekes at medikamentell behandling av AD/HD alene ikke er tilstrekkelig og pedagogiske tiltak bør iverksettes samtidig med medisiner og sammen vil dette kunne ha en positiv effekt på barnet med diagnosen med AD/HD.

#### TILPASSET OPPLÆRING

En inkluderende, likeverdig og tilpasset opplæring er noe alle elever i den norske skole har rett til. Inkludering omhandler deltakelse i

felleskapet, det være seg faglig, kulturell og sosial deltakelse og individuell tilpasning. Likeverdig opplæring innebærer ivaretagelse av elevens egenart og mangfoldet i felleskapet (Buli-Holmberg & Ekeberg, 2009). Tilpasset opplæring er det overordnede prinsippet og er nedfelt i opplæringslovens § 1-3 som lyder;

*Opplæringa skal tilpassast evnene og føresetnadene hjå den enkelte eleven og lærlingen og lære kandidaten (Opplæringslova, 1998).*

En forutsetning for likeverdig opplæring er tilrettelagt og tilpasset opplæring. Forhold som kan være av betydning for en god utvikling kan være pedagogens valg av læringsinnhold, hvilke læringsstrategier som blir vektlagt og læringsmiljøet (Ervik, Høigaard, Strand, & Vollan, 2009). Det kan synes som at det er en forutsetning for det som skjer i skolen at barna kan vise oppmerksomhet og holde konsentrasjon over tid. Men en AD/HD problematikk vil kunne bety at barnet har vansker med dette. Det er viktig å påpeke at dette ikke handler om intelligens, men om en funksjonssvikt i utføring fremfor ferdighet (Rønhovde, 2009). Skolen bør ta hensyn til barnets vansker på disse områdene. Spørsmålet en kan stille seg her er om det er mulig å gi alle elever tilpasset opplæring, og ikke minst om det er mulig når elevene trenger ekstra tilrettelegging grunnet ulike vansker. For å kunne, så langt som mulig, oppnå likeverdig opplæring for elever med AD/HD, kan det være nødvendig å iverksette ulike tiltak og disse bør basere seg på bakgrunn av kartlegging av eleven som både skole og pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) kan gjennomføre.

#### KARTLEGGING

Vi har sett at det kan være ulike årsaker til at barn får diagnosen AD/HD, men uavhengig av årsaksforhold er det nødvendig at pedagogen har tilstrekkelig kompetanse om AD/HD for å tilrettelegge både faglig og sosialt. Det vil kunne være av vesentlig betydning å kartlegge elevens styrker og svakheter og det eksisterer ulike kartleggingsverktøy pedagogen i skolen kan benytte seg av. På bakgrunn av kartlegging kan pedagogen bygge videre på elevens sterke sider når eventuelle tiltak skal

iverksettes. Dette vil kunne påvirke elevens motivasjon, som igjen vil kunne føre til at eleven får bedre selvfølelse. Det synes som nødvendig at pedagogen kjenner elevens svake sider også. Dette fordi det er hensiktsmessig å vite hva eleven trenger ekstra tilrettelegging til. Hvis kartleggingen er god, vil pedagogen være bedre rustet til å tilpasse opplæringen til eleven med AD/HD diagnosen. Pedagogen trenger også å være oppmerksom på hvordan barnet lærer og dette er noe som forøvrig vil være nyttig for barnet selv også å vite.

Noen elever med AD/HD diagnosen kan ha så sammensatte vansker at skolen ikke innehar den nødvendige kompetansen for å kunne tilrettelegge for elevens behov. Da kan det hentes kompetanse fra PPT eller andre pedagogiske miljøer. Dersom eleven ikke har et tilfredsstillende utbytte av ordinær undervisning, vil det være nødvendig å tre ut av den ordinære opplæringsplanen. I slike tilfeller må skolen be PPT om å gjøre en sakkyndig vurdering av behovet for spesialundervisning. Dersom det tilrås spesialundervisning, må skolen videre gjøre vedtak om spesialundervisning, og det skal utarbeides en individuell opplæringsplan (IOP). En god kartlegging vil kunne være et godt utgangspunkt for utarbeidelsen av elevens IOP. Det vil kunne være av avgjørende betydning at eleven selv og/eller foresatte er med i samarbeidet mellom skole og PPT (Ervik et al., 2009).

#### TILTAK

Elever har som nevnt krav på tilpasset opplæring og dette synes som en god ideologi, men om det lar seg gjennomføre i praksis er et viktig spørsmål. Når det skal utarbeides tiltak, da på bakgrunn av en god kartlegging av elevens behov, vil det på den ene siden være vesentlig at eleven får en skolehverdag som er tilpasset deres evner og forutsetninger. På en annen side kan man tenke at ved å skulle tilpasse så mye til hver enkelt elev, vil dette kunne få konsekvenser for felleskapet. Tiltak for barn med diagnosen AD/HD vil variere fra person til person, uavhengig om det er faglige eller sosiale tiltak. Eventuelle tilleggsvansker vil kunne spille en vesentlig rolle i hvilke tiltak som vil være hensiktsmessig å iverksette. Pe-

dagogen bør merke seg at gruppen med elever som har diagnosen AD/HD er en heterogen gruppe. Tiltak for barn med den hyperaktive typen vil, på et generelt nivå, handle om å støtte barnets svake frontale funksjoner. Barnet kan trenge hjelp til å velge relevante oppgavemål, få hjelp til å ta initiativ, støtte til å stoppe konkurrerende handlinger eller stimuli som ikke er relevant for det en holder på med, hjelp til å planlegge og organisere for å løse et komplekst problem og skifte problemløsningsstrategi fleksibelt ved behov, fokusering på at eleven kan få hjelp til å registrere og evaluere egen og andres atferd. Svak frontal fungering (svak eksekutiv fungering) medfører også at eleven lærer lite av egne erfaringer og har utfordringer knyttet til å arbeide mot langsiktige mål. Tidsaspekt er lite fremme i barnets bevissthet (Axonforlag).

Tiltak med barn med uoppmerksomme typen kan handle om å hjelpe barnet med å holde oppmerksomheten på det som er viktig over tid. Her vil det kunne være hensiktsmessig å sette kortsiktige mål, som er mulig for barnet å oppnå, og dermed øve på å holde oppmerksomheten til barnet over tid. Barnet kan trenge hjelp til å følge med i undervisningen, altså å styre deres oppmerksomhet mot undervisningen. Barnet kan trenge hjelp til å komme i gang med skolearbeid, samt avslutte ting når de voksne sier det (Axonforlag).

Medisinering kan også være et viktig element sammen med pedagogisk tilrettelegging for å hjelpe eleven i sin hverdag.

Når man drøfter tiltak på det sosiale og det faglige hver for seg kan synes som litt kunstig, men det gjøres for å tydeliggjøre forskjellene mellom dem. Det må påpekes at det kan virke som at det glir over i hverandre. Hvis man øker den sosiale kompetansen hos et barn, kan det få konsekvenser på trivsel som igjen kan føre til økt faglige prestasjoner. Dette synes med andre ord å henge sammen.

#### FAGLIGE TILTAK

Det kan være, som nevnt, mange hensyn pedagoger må ta ivareta når elevens utbytte av undervisningen skal vurderes. Som et pedagogisk grunnprinsipp vil elever med en AD/HD diagnose ofte ha behov for struktur i

hverdagen sin. Struktur og faste rutiner vil kunne være nødvendig for å skape trygghet hos eleven. Dette innebærer at eleven har behov for å vite når ulike ting skal skje, hvor eleven skal være, hvem eleven skal være med og hva som skal skje. Dette vil kunne være med på å skape en forutsigbarhet i hverdagen til eleven, og dette vil igjen føre til trygghet og stabilitet. Her vil det kunne være av betydning for eleven at bare en ting om gangen blir forandret hvis det er behov for det (Rønhovde, 2009).

Et barn som er hyperaktiv kan synes som om de har en indre motor som driver på. En konsekvens av dette kan være at arbeidsoppgavene deres fremstår som preget av slurv, fordi eleven gjør seg fort ferdig. Et tiltak som kan være hensiktsmessig er å la eleven få mulighet til å ta ofte pauser. Det kan være nyttig å la eleven skifte aktiviteter og variere mellom rolige og mer fysiske aktiviteter. En konsekvens for eleven kan være at hvis det ikke gis rom for dette, vil ikke eleven klare å hente seg inn igjen. Hvis pedagoger gir rom for avbrekk og bruker barnets energi på en god måte vil det kunne føre til økt motivasjon, flere positive tilbakemeldinger og økt mestrings- og selvfølelse. Dette vil igjen kunne prege eleven på en meget positiv måte (Rønhovde, 2009).

Rommelighetens pedagogikk vil altså kunne være nyttig i arbeid med elever som har diagnosen AD/HD. Dette vil kunne være med på å gi eleven et godt skoletilbud fordi en har et mer romslig syn på hva en skole for alle er (Dalen, 2006). På et generelt nivå kan det synes som om at barn med den uoppmerksomme typen vil kunne profitere mer på psykososiale tiltak, men en bør være oppmerksom på at barn med den uoppmerksomme typen ikke nødvendigvis viser gjennom atferd at han/hun trenger en pause eller en avveksling fra aktiviteten de utfører. Her vil det kunne være nødvendig at pedagoger er oppmerksom på dette slik at det legges inn pauser eller at man bytter til andre aktiviteter før barnets energi er oppbrukt (Rønhovde, 2009). Pedagoger kan da tilpasse hverdagen slik at denne eleven kan eksempelvis hente melk i storefri, være med å hjelpe å hente noe på biblioteket og lignende. Dette er slik at eleven kan få bruke seg litt i løpet av dagen og da kan man erfare at eleven

vil lettere klare å konsentrere seg igjen når de skal arbeide inne i klassen.

Det vil kunne være hensiktsmessig at pedagogen kommer eleven i forkjøpet før eleven blir urolig eller før en situasjon tilspisser seg. Et kjennetegn ved barn som har diagnosen AD/HD er at de kan være lett å avlede og dermed er det et enkelt tiltak å komme eleven i forkjøpet (Rønhovde, 2009).

Enkelte barn med diagnosen AD/HD kan delta i undervisningen uten å ha behov for særlig tilrettelegging, andre barn kan ha konsentrasjonsvansker av en slik art at eleven vil ha vansker med å få med seg den ordinære undervisningen uten en tilrettelagt og tilpasset skolehverdag. Pedagogen bør legge opp tiltak som fører til at eleven mestrer og får videreutvikle seg, men samtidig er det av betydning at pedagogen har informasjon om en eventuell tilleggsproblematikk som kan medføre at tilretteleggingen blir mer omfattende. Her vil det være viktig å ikke gi eleven oppgaver han eller hun ikke har forutsetninger for å mestre. Da kan det være hensiktsmessig med et alternativt opplegg for eleven. I et alternativt opplegg vil bruk av kompenserende teknikker kunne være nødvendig, da vil det kunne være et større grunnlag for å unngå at eleven opplever nederlag og muligheten blir styrket for mestring (Ibid). Selvregulering er et eksempel på hvordan skolen kan hjelpe barnet med AD/HD (Barkley, 2006). Skolen må tilpasse miljøet og oppgavene til barnet (Pierangelo & Giullini, 2008) og dette samsvarer med læreplan og opplæringslov. Igjen er mestring et vesentlig poeng. En kan her spørre seg om det i praksis er gjennomførbart å tilpasse opplæringen til alle elever. Her vil det være flere utfordringer som kompetanse hos pedagogen og økonomiske ressurser som er tilgjengelig for institusjonen. Skolen som institusjon har en viss mengde økonomiske ressurser tilgjengelig og disse skal fordeles på hele institusjonen. Skoler prioriterer ulikt, og dermed kan en skole tilby et mer tilrettelagt opplegg enn en annen skole. Etterutdanning hos lærere er også et poeng å drøfte i forhold til tilpasset opplæring. Det kan synes som at lærerutdanningen vil kunne være med å spille en vesentlig rolle når det gjelder å heve kompetansen til fremtidige lærere, da

spesielt i forhold til barn med spesielle behov. Etterutdanning kan også bidra til å heve kompetansen blant lærere på dette punktet, men dette er ikke et krav at lærere må gjennomføre. På en annen side spiller økonomiske ressurser en vesentlig rolle i skolens mulighet til å gjennomføre spesialpedagogiske tiltak. Det kan også tenkes at skolehverdagen er strukturert på en slik måte at det blir vanskelig å få tilpasset opplæringen til alle elevenes behov. Ofte er det slik at læreren har veldig mange elever og det vil igjen kunne føre til at det blir vanskelig å tilpasse opplæringen både til eleven med diagnosen AD/HD, eleven med lese- og skrivevansker, eleven med en diagnose innenfor autismespekterforstyrrelse og andre elever med ulike behov. Det vil kunne være assistenter som er med inne i klasserommet til enkelte elever, men en kan stille seg undrende til om det ville vært mer hensiktsmessig å ha mindre grupper elever eller flere pedagoger i klasserommet. Barn med diagnosen AD/HD velger ofte belønninger som er enkle og er oppnåelige for dem umiddelbart og dermed vil det være formålstjenlig at pedagogen tar dette med i planleggingen av tiltak som skal iverksettes i klassen. Pedagogen vil gjerne legge opp undervisningen slik at det kommer raske belønninger til eleven, da istedenfor at eleven skal arbeide seg frem mot en belønning som er lengre fremme i tid. Dette kan gjerne sees i sammenheng med en vanske i systemene i hjernen for oppfattelse og kontroll av belønning (Bryhn, 2009). Her vil det også kunne være av betydning, både for eleven og for deres foresatte, at pedagogen synliggjør elevens fremskritt. Dette fordi eleven vil kunne oppleve motivasjon og gi dem mestringsfølelse, samt at foresatte får positive tilbakemeldinger om deres barn. Foresatte erfarer ofte at de får mange negative tilbakemeldinger om barna sine, og det er særdeles viktig at pedagogen fokuserer på det positive slik at foresatte ikke opplever at deres barn er en byrde for pedagogen eller skolen. Dette vil lette skole-hjem samarbeidet, og kan føre til at foresatte føler at deres barn blir ivaretatt på en god måte og skole og hjem vil lettere kunne arbeide i samme retning.

## SOSIALE TILTAK

Eleven med diagnosen AD/HD har ofte samspillvansker som kan føre til at eleven ikke blir inkludert i det sosiale felleskapet. Dette vil kunne få konsekvenser for eleven på mange ulike måter. Det å bli ekskludert fra gruppen kan føre til dårlig selvfølelse, som igjen kan prege eleven og samspillet han/hun går inn i på en slik måte at det nærmest blir en selvoppyllende profeti. Eleven kan oppleves som slitsom av sine medelever og grunnet mangel på gode sosiale strategier, kan eleven med diagnosen AD/HD ofte komme i konflikter med sine medelever. Eleven feiltolker gjerne en sosial situasjon som kan føre til ytterlige konflikter og det er dermed viktig at pedagogen bidrar til at eleven øker sin sosiale kompetanse og hjelper eleven med kompenserende tiltak (Barkley, 2006; Rønhovde, 2009). Myrvoll (2006) hevder;

*Bedring av de sosiale ferdighetene kan se ut til å ha sammenheng med bruk av både medikamenter og tiltak som informasjon, foreldresamarbeid, intensivt fagopplæring, struktur og arbeid med sosial fungering i klassen (s. 123).*

Sosial kompetanse kan barnet dra nytte av på alle arenaer i livet og barn lærer sosial kompetanse også av hverandre. Siden barn med diagnosen AD/HD kan ha utfordringer med det sosiale samspillet, vil det å ikke være sammen med jevnaldrende kunne føre til at barnet ikke får utvikle sin sosiale kompetanse. Dette vil igjen kunne bidra til at barnet holdes utenfor gruppen og det kan redusere deres livskvalitet. Barnet bør få hjelp til å lære seg ferdigheter for positiv samhandling og pedagogen bør legge til rette for at barnet får positive erfaringer i lek og samarbeid med andre barn. Ved å tilrettelegge på denne måten kan det føre til at barnet ønsker å gjenta samspillet og på den måten kunne lære mer sosiale normer og regler. Holdningsarbeid ovenfor barn som ikke har diagnosen AD/HD kan spille en viktig rolle for deres forståelse og aksept ovenfor barnet med diagnosen med AD/HD. Når pedagogen skal arbeide med å øke elevens sosiale kompetanse, bør dette startes forsiktig. En mulighet er å starte i en liten gruppe, for siden å overføre det

til en større gruppe. Jevnlige små økter der det arbeides med å øke barnets sosiale kompetanse kan være å foretrekke fremfor et omfattende opplegg som begrenser seg i tid til noen uker. Konsekvensen av dette kan være at barnet får gode opplevelser som gir mestringsfølelse, og det er gjerne lettere å hjelpe barnet å opprettholde sin motivasjon når forventningene til barnet ikke er for høye (Rønhovde, 2009).

Videre kan det være av betydning å legge til rette for at elevens selvbilde øker. Selvbildet kan forstås som ens egen viten om og opplevelse av hvem en er. For å fremme elevens selvbilde og selvfølelse, kan pedagogens konsekvente bruk av ros ha stor betydning. Her er det viktig å merke seg at ros ikke må være innholdsløs og tilfeldig formulert, da dette kan oppfattes av eleven som urimelig og dermed er det lite egnet for å gi eleven videre motivasjon. Ros bør med andre ord være meningsfull og genuint, slik at barnet oppfatter at dette er ekte (Bae, 1998; Dale, 1999; Løvlie, 2013).

Ved å ha dopaminunderskudd kan det føre til at barnet ikke klarer å akkumulere positiv forsterkning. Det kan bety at når det går for lang tid mellom atferden og reaksjonen på den, vil det være en overhengende fare for at barnet ikke klarer å sette forholdene i sammenheng. Hvis barnet viser uønsket atferd, kan det være en fare for at barnet får en tilfeldig forsterkning som vil kunne føre til at barnet fortsetter med den uønskede atferden. Det kan vise seg ved at barnets atferd blir verre når han eller hun får en negativ respons. Et tiltak som kan tenkes å være positivt i forhold til dette er å dele belønningene opp slik at de er regelmessige og hyppige. Dette kan føre til at barnet vil gjenta atferden som regnes som positiv, og pedagogen og barnet vil kunne være i en samhandling som er mer positiv (Rønhovde, 2009). Det er samtidig av betydning for eleven med diagnosen AD/HD at pedagogen er tydelig på grenser slik at det ikke blir tvil om hvor grensen går. Utydelighet kan føre til at eleven blir usikker. Videre bør det understrekes at pedagogen ikke bør være så rigide i sin håndtering av eleven at det ikke er rom for å gjøre ting på en annen måte. Alle barn er unike, og dette gjelder selvsagt også barn som har diagnosen AD/HD.



Sosiale tiltak vil, på samme måte som faglige tiltak, kunne være en utfordring i forhold til ressurser og kompetanse hos pedagogen. Det vil være nyttig for pedagogen å inneha den nødvendige kompetansen for å kunne arbeide med elevens sosiale kompetanse, men sosiale tiltak krever også ressurser. Det kan være utfordrende å gjennomføre tiltak som kan bedre eleven med diagnosen AD/HD sin sosiale kompetanse og samtidig vil det kunne være tilsvarende utfordrende å arbeide systematisk for å gjennomføre tiltaksplanen.

#### AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Hvis et barn med diagnosen AD/HD går gjennom sitt skoleforløp og ikke får en likeverdig og tilpasset opplæring, vil dette kunne få store konsekvenser for eleven. Eleven vil kunne oppleve mange nederlag som igjen kan føre til dårlig selvfølelse og motivasjon. Det er derfor viktig at undervisningen planlegges nøye, slik at barnet lykkes i lærings situasjoner (Ervik et al., 2009). Dette gjelder også når pedagogen skal arbeide med elevens sosiale kompetanse. Uavhengig av årsaken til AD/HD, kan det synes som vesentlig at pedagoger har god kompetanse i forhold til AD/HD problematikken og bygger sine tiltak på bakgrunn av god kartlegging og barnets behov. Dette kan igjen føre til at skolehverdagen til eleven med diagnosen AD/HD vil være bedre tilrettelagt, da både på det sosiale og faglige planet. Elevens livskvalitet vil da kunne heves å bedres betraktelig og dette har igjen konsekvenser for dem i skolehverdagen og i når de skal, som voksne, tre inn som produktive samfunnsborgere. Det må avslutningsvis påpeke at pedagogen bør se hele barnet og ikke bare vanskene barnet har. En diagnose definerer ikke barnet og dette er særdeles viktig at alle i barnets hverdag tar innover seg.

#### Litteraturliste

Akseldotter, M., & Grimstad, B.

(2009): Hentet fra:

<http://www.skolenettet.no/nyupload/Moduler/Statped/Enheter/Overby/Tekstfiler/veiledere/Veiledere ADHDTourette.pdf>

Axonforlag.

(U. Å): Hentet fra:

<http://www.axonforlag.no/Menu/Demo/Utviklingsforstyrrelser/Aktivitet-atferd/ADHD/ADHD-Tiltak>

Bae, B.

(1988): Voksnes definisjonsmakt og barns selvopplevelse. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift* 72(4) p.212-227

Barkley, R. A.

(2006): *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford press

Befring, E.

(2009): Problematferd. Sosiale og emosjonelle vansker. I E. Befring & R. Tangen (red.), *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Bryhn, B.

(2009): Pedagogiske tiltak og tilrettelegging. I G. Strand (red.), *AD/HD, Tourettes Syndrome og narkolepsi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dale, E. L.

(1999): *Utdanning med pedagogisk profesjonalitet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Dalen, M.

(2006): *Så langt det er mulig og faglig forsvarlig. Inkludering av elever med spesielle behov i grunnskolen*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Buli-Holmberg, J., & Ekeberg, R. T.

(2009): *Likeverdig og tilpasset opplæring i en skole for alle*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Ervik, N., Høigaard, B., Strand, G., & Volla, S. T.

(2009): Pedagogiske tiltak og tilrettelegging. I G. Strand (red.), *Tourettes syndrom og narkolepsi: en grunnbok*. Bergen: Fagbokforlaget.

Evenshaug, O., & Hallen, D.

(2009): *Barne- og ungdomspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet

(2013):

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/seksjon?Tittel=dsm-5-attention-deficit-hyperactivity-1289> 2013

Løvlie, L.

(2013): Verktøyskolen. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift* 3(97).

Myrvoll, M. F.

(2006): Tiltak i skolen som kan fremme sosial kompetanseutvikling hos barn med ADHD. I J. B. Johannesen & D. Sommer (red.), *Oppsragelse, danning og sosialisering i læringsmiljøer*. Oslo:

Universitetsforlaget AS.

Ogden, T.

(2009): *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal.

Pierangelo, R. & Giuliani, G.

(2008): *Classroom management techniques for students with ADHD. A step-by-step guide for educators*. Corwin Press

Lov om grunnskolen og den vidergående opplæringen, (1998).

Rønhovde, L. I.

(2009): *Kan de ikke bare ta seg sammen. Om barn og unge med AD/HD og Tourette syndrom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sagvolden, T., & Zeiner, P.

(2006): Fakta om ADHD. Hentet fra: <http://adhdnorge.no/index.asp>

*Camilla Askevold Særsten*

Høyskolen På Vestlandet

Postboks 7030

5020 Bergen

E-post: [cas@hvl.no](mailto:cas@hvl.no)