



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Hvilken kunnskap og erfaring har de ansatte i PP- tjenesten med barn i risiko?

En undersøkelse med fokus på kompetanse i forbindelse med
utredning og tiltak.

ST 306L

Kjersti Regina Beddari

40 Stp

Masteroppgave i tilpassa opplæring

13/2013

ISBN 978-82-7314-724-0

ISSN 1890-4998

Forord.

Høsten 2010 startet jeg som student i masterstudiet ved Universitetet i Nordland. I løpet av disse tre årene har jeg vært gjennom en prosess fra masteroppgavens spede begynnelse, som begynte med en idé, til at det nå foreligger et ferdig produkt.

For meg har det vært en erfaring og læring som jeg ikke ville vært foruten, selv om det til tider har føltet både uoverkommelig og slitsomt å fullføre dette prosjektet. Det å kombinere jobb og studier, går på bekostning av fritid sammen med familie og venner.

Underveis er det mange som har gitt meg støtte og oppmuntring, og slik at jeg har fått inspirasjon og motivasjon til å sitte inne i "bua" å fordype meg i studiene.

Først og fremst vil jeg takke min familie, Sigrid og Halvdan, som har vært forståelsesfull og gitt meg aksept for at ferier og fritid har gått med til studier. Takk kjære Sigrid for at du har vært så tålmodig og ventet på at mamma skal bli ferdig med alle "leksene".

Jeg vil også takke min veileder Førstelektor/stipendiat Anne Marit Valle for at hun har veiledet meg gjennom forskningsprosessen og gitt meg oppmuntrende støtte underveis.

Takk til Maria, Lene og Janne for faglige innspill og god hjelp i den avsluttende fasen av prosjektet.

Til slutt vil jeg takke kollegaer ved PPT for Lofoten for at dere la til rette for at jeg kunne gjennomføre masterstudiet.

Kabelvåg 12. mai 2013

Kjersti Regina Beddari

Sammendrag.

De fleste barn, unge og voksne vil oppleve episoder eller perioder i livet som er belastende. Når vanskene blir omfattende og blir til et vedvarende mønster kan det representere en risiko for vår psykiske helse.

Barn i risiko handler om at noen barn vokser opp under forhold som gjør dem mer utsatt for å utvikle psykiske vansker eller psykiske lidelser. Forskning viser at vår psykiske helse påvirkes av ulike faktorer knyttet til individuelle, familiære og sosiale forhold. Risikofaktorer innebærer økt risiko for utvikling av psykiske vansker, mens beskyttelsesfaktorer bidrar til å beskytte oss mot vansker.

For å forebygge vansker er det viktig å fange opp barn som er i risiko. Vanskene bør identifiseres så tidlig som mulig og tiltak iverksettes slik at problemene ikke utvikler seg.

Problemstilling: Hvilken kunnskap og erfaring har de ansatte i PP-tjenesten med barn i risiko? En undersøkelse med fokus på kompetanse i forbindelse med utredning og tiltak.

Formålet med studien er å få innsikt i hvordan de ansatte i PP-tjenesten vurderer egen kompetanse i forhold til barn i risiko, og få kunnskap om hvordan dette påvirker praksis i forhold til utredning og tiltak. Studien har fokus på barn i aldersgruppen 0-5 år.

Forskningen har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Jeg bruker casestudie design og kvalitativ tilnærming med intervju som metode.

Resultat fra undersøkelsen viser at ansatte i PP-tjenesten har kunnskap om risikofaktorer hos barnet, foreldre og i oppvekstmiljøet, som kan påvirke barnets utvikling, læring og psykiske helse. I utredning bruker PP-tjenesten en helhetlig tilnærming, men funnene tyder på at vanskene hos barnet blir best dokumentert. Informasjon om foreldrene og oppvekstmiljø er vanskeligere å dokumentere. I gjennomføring av tiltak brukes mest veiledning til foreldre og ansatte i barnehagen. PP-tjenesten gjennomfører i liten grad tiltak i forhold til behandling eller opplæring av barnet. Informantene beskriver at tidspress er en hindring for å gjennomføre tiltak.

For å kunne identifisere flere barn i risiko på et tidlig tidspunkt er det behov for å øke kompetansen i forhold utredning og det bør være mer satsning på tverrfaglig samarbeid.

Abstract.

Most children and youth, as well as adults, will experience challenging periods or episodes in life. If those challenges become substantial and evolve into a persistent pattern, they could represent a great risk to our mental health.

Children at risk involve children growing up under conditions exposing them to the risk of developing mental difficulties or disorders. Research shows that our mental health is influenced by several factors linked to individual, familiar and social conditions. Risk factors involve increased risk of developing mental sufferings, while some protective factors seem to safeguard us from difficulties.

To prevent difficulties it is important to intercept children at risk. Thus challenges need to be identified as early as possible, to allow measures to be carried out

Problem to be addressed

What knowledge about - and experience with children at risk do the staffs of The Educational and Psychological Counselling Services have?

A study focusing on competence in identification of needs and measures.

The aim of this study is to gain insight into how the staffs of The Educational and Psychological Counselling Services evaluate their own competence with children at risk and obtain knowledge about how this affects their practice regarding identification of needs and measures. This study focuses on children aged 0-5.

The study has a phenomenological- hermeneutic approach. I use case study design and qualitative approach with interview as a method in my study.

The results of my study show that the staffs of The Educational and Psychological Counselling Services do have knowledge about risk factors in the child, the parents as well as within the childhood environment. Factors which could be harmful to the child's development, learning and mental health. In identification of needs The Educational and Psychological Counselling Services uses a holistic approach. However, research shows that factors in the child are those which are most thoroughly documented.

Information about risk factors in parents and childhood environment is more difficult to produce.

When implementing measures, counselling of parents and nursery school staffs is most adequate. The Educational and Psychological Counselling Services do not carry out treatment or training of the child. According to the informants time pressure is the biggest obstacle to carrying through measures.

To enable an identification of more children at risk at an early stage, we need to increase the competence concerning identification of the children's needs. A focus on interdisciplinary collaboration is also essential for this work to succeed.

Innhold

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
1. Innledning.....	3
1.1. Bakgrunn for valg av tema	3
1.2. Temaets aktualitet og problemstilling.	3
1.3. Studiens formål.....	6
1.4. Oppbygging av oppgaven.....	6
2.0. Teoretisk ramme	7
2.1. PP-tjenesten.	7
2.1.1. PP-tjenestens forankring.	8
2.1.2. Spesialpedagogisk hjelp før opplæringspliktig alder.	8
2.1.3. PP-tjenestens oppgaver i forhold til psykisk helsearbeid for barn.	10
2.1.4. Krav til kompetanse hos ansatte i PP-tjenesten.....	11
2.2. Utredning av barn i førskolealder.....	12
2.3. Tidlig innsats for barn i risiko.	14
2.4 Psykiske lidelser og psykiske vansker hos barn.....	15
2.5. Barns utvikling i et helhetsperspektiv.	16
2.5.1. Tidlig samspill i lys av transaksjonsmodellen og mentaliseringsbegrepet.	17
2.5.2. Barnets utviklingsfaser de første leveår.	19
2.5.3. Tilknytning.	22
2.6. Barn i risiko.....	24
2.6.1. Risikofaktorer.....	25
2.6.2. Beskyttelsesfaktorer.....	29
2.7. Symptomer og atferd hos barnet som tyder på at det befinner seg i en risiko – eller omsorgssvikt situasjon.	30

3.0. Design og metode.....	33
3.1. Vitenskapsteoretisk tilnærming.....	33
3.2. Valg av design.....	35
3.3. Intervju som metode.....	36
3.5. Intervjuguide.....	36
3.6. Utvalg.....	38
3.6. Analyse- og tolkningsprosess.....	39
3.7. Gjennomføring av studien med etiske betraktninger.....	40
3.8. Reliabilitet og validitet i intervjustudier.....	41
4.0. Presentasjon, analyse og tolkning av data.....	42
4.1. Bakgrunnsinformasjon om informantene.....	42
4.2. Kunnskap om barn i risiko.....	43
4.3. Utredning - med blikk på å identifisere barn i risiko.....	50
4.4. Tiltak for barn i risiko.....	58
4.5. Kompetanse og kompetansebehov.....	62
4.6. Endring av eksisterende praksis.....	66
5.0 Oppsummering og avslutning.....	71
5.1. Oppsummering av resultat.....	71
Konklusjon.....	74
5.2. Kritikk av egen forskning.....	74
5.3. Veien videre.....	75
Litteraturliste.....	77

Vedlegg 1. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vedlegg 2. Forespørsel om deltakelse på intervju

Vedlegg 3. Samtykke

Vedlegg 4. Intervjuguide

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema.

I de siste 14 årene har jeg jobbet i PP-tjenesten, men har også praksis fra barnehage og barnepsykiatri. I grunnutdanning er jeg barnevernspedagog og har videreutdanning innen spesialpedagogikk. Min sosialfaglige bakgrunn har hatt betydning for mitt arbeid i det spesialpedagogiske fagfeltet. I vurdering av barn og unges behov for oppfølging i barnehager og skole er jeg opptatt av hvordan individuelle forutsetninger og oppvekstmiljø har betydning for barns utvikling og læring.

I de siste årene er det blitt mer fokus på barn og unges psykiske helse og betydningen av tidlig innsats. Som ansatt i PP-tjenesten har jeg med stor interesse fulgt med på fagstoff som omhandler psykisk problemer hos barn i førskolealder og psykisk helsearbeid i barnehagene.

I 2008 kom rapporten Sped- og Småbarn i risiko – en kunnskapsstatus (Hansen og Jakobsen, 2008). Denne rapporten var interessant lesing og jeg fikk ny innsikt og forståelse om barnets utvikling, ressurser og sårbarheter. I rapporten framkom det at PP-tjenesten hadde få erfaringer med små barn og burde tilføres kunnskap slik at de kunne bistå barnehagene i å identifisere barn i risiko. Med bakgrunn i denne dokumentasjon ønsker jeg å få innsikt i hvilken kunnskap og erfaringer ansatte i PP-tjenesten har i dag i forhold til barn i risiko.

1.2. Temaets aktualitet og problemstilling.

Psykisk helsearbeid har i de senere år vært et faglig og politisk satsningsområde. I 1997 kom Opptappingsplanen for psykiske helse (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Dette var en tiltaksplan rettet mot alle med psykiske problemer eller lidelser. Tidligere hadde mennesker med psykiske lidelser i stor grad fått oppfølging av spesialisthelsetjenesten på 2.linje nivå, men nå ble det gjort en endring til at det skulle være et tjenestetilbud nærmere brukerne. Kommunale instanser på 1.linjenivå skulle i større grad bistå sine innbyggere i forhold til psykisk helsearbeid. I Opptappingsplanen var barn og unge en prioritert gruppe og et overordnet mål var at kommunene skulle gi alle barn og unge et likeverdig tilbud og like utviklingsmuligheter uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor.

Dette betyr at fokus på psykiske helsearbeid involverer alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge. I praksis vil dette innebære barnehager, skoler og instanser i førstelinjetjenestene (helsestasjon, PP-tjeneste, jordmor, barneverntjeneste o.a.).

I følge Veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet 2007:12) har kommunene følgende overordnede oppgaver i psykisk helsearbeid:

- Legge til rette for gode og trygge oppvekstmiljø og iverksette forebyggende tiltak for å hindre psykiske vansker hos barn og unge.
- Fange opp barn og unge i risiko, eller som har psykiske vansker eller lidelser.
- Gi hjelp og behandling for de som trenger det på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). De som kan behandles i kommunen, skal behandles i kommunen.
- Sørge for bistand fra, og i samarbeid med, spesialisthelsetjenesten eller andre aktører ved behov.

Jeg vurderer at PP-tjenesten er aktuell i forhold til alle de overordnede oppgavene som veilederen sier at kommunen skal ivareta. I masterprosjektet vil jeg rette et særlig fokus på innholdet i *andre* punktet som omhandler *fange opp barn og unge i risiko*. Bakgrunn for dette er at forskning viser at barn som vokser opp i familier med mange risikofaktorer er i alvorlig fare for utviklingsvansker (Smith og Ulvund 1991). Dette viser at psykiske helse, utvikling og læring har en nær sammenheng.

For å gjøre rede for hva som menes med barn og unge i risiko velger jeg å ta utgangspunkt i følgende beskrivelse:

”Enkelte grupper barn og unge defineres som ”risikogrupper”. Med det menes at psykiske vansker og lidelser kan oppstå hyppigere i disse gruppene enn hos andre barn og unge. Det er viktig å identifisere barn i disse gruppene for å kunne forebygge og hindre utvikling av langvarige vansker eller lidelser”. (Sosial- og helsedirektoratet 2007:48)

Dette beskriver at noen barn vokser opp under forhold som gjør at de er mer utsatt for å utvikle psykiske vansker eller psykiske lidelser, som også kan beskrives som skjevutvikling. Forskning viser at vår psykiske helse påvirkes av ulike faktorer knyttet til individuelle,

familiære og sosiale forhold. Dersom barn og unge er utsatt for mange forhold som påvirker den psykiske helsen i negativ retning kan en si at de er *i risiko* eller i *risikogruppe*.

I oppgavens teoridel vil jeg gi en utfyllende beskrivelse av *risikofaktorer* og *beskyttelsesfaktorer*.

I Veilederen for psykisk helsearbeid framheves at alle som arbeider med barn og unge har et ansvar for å identifisere barn i risiko og iverksette tiltak slik at de får nødvendig hjelp og oppfølging. I denne studien ønsker jeg å finne ut hvilken kunnskap og praksis ansatte i PP-tjenesten har i forhold til nettopp dette.

Forskningsspørsmålet er som følger:

Hvilken kunnskap og erfaring har de ansatte i PP-tjenesten med barn i risiko?

En undersøkelse med fokus på kompetanse i forbindelse med utredning og tiltak.

I forskningen velger jeg å bruke casestudie design og kvalitativ tilnærming med intervju som metode.

Jeg avgrensner oppgaven til å omhandle barn fra 0-5 år, da det i opplæringsloven er denne gruppen som tilhører barn under opplæringspliktig alder (Stette 2012). Jeg vil også bruke betegnelsen barn i førskolealder om denne aldersgruppen. Min erfaring er at barnehagen er den instans som henviser flest barn til PP-tjenesten og barna starter som regel i barnehagen når de er fylt ett år eller senere.

Informantene er ansatte i PP-tjenesten som har barn i alderen 0-5 år som kompetanseområde, og som utfører oppgaver knyttet til utredning og oppfølging av tiltak på individ og systemnivå.

Forkortelsen PP-tjenesten står for Pedagogisk Psykologisk Rådgivningstjeneste. I rapporten brukes både forkortelsene PP-tjenesten og PPT. Som barnets nærmeste omsorgsperson bruker jeg betegnelsen foreldre. Dersom det er av betydning at det er andre personer enn de som har den daglige omsorgen for barnet, vil dette omtales spesielt.

1.3. Studiens formål.

Det overordnede målet med studien er å øke kunnskapen om hvilken kompetanse og erfaring ansatte i PP-tjenesten har i forhold til psykisk helse hos barn og barn i risiko. Det er en målsetting at studien kan bidra til å sette fokus på små barns psykisk helse og tilføre ny kunnskap knyttet til spesialpedagogisk hjelp for barn i førskolealder.

1.4. Oppbygging av oppgaven

Rapporten deles inn fem kapitler. Første kapittel omhandler bakgrunn for valg av tema, aktualitet og problemstilling med avgrensninger.

Andre kapittel omhandler den teoretiske rammen for oppgaven. Her vil jeg gjøre rede for teori knyttet til tidlig innsats, og PP-tjenesten i forhold til historikk, funksjon og kompetanse. Videre omtales teori i forhold til utredning, psykiske lidelser og psykiske vansker hos barn, utviklingsteoretisk tilnærming og barn i risiko.

I kapittel tre omtales metodisk tilnærming i gjennomføring av studien. Her gjør jeg rede for vitenskapsteoretisk tilnærming og valg av metode. Jeg omtaler også studiens gyldighet i forhold til reliabilitet og validitet og etiske betraktninger.

I fjerde kapittel presenterer jeg funn som er gjort i intervjuundersøkelsen og drøfter dette opp mot teori og egne vurderinger.

I femte og avsluttende kapittel vil jeg se tilbake på gjennomføring av forskningsprosjektet og oppsummere de viktigste funnene. Som avslutning gjør jeg refleksjoner i forhold til valg av metodikk og veien videre.

2.0. Teoretisk ramme.

Med bakgrunn i forskningsspørsmålets tema vil jeg i dette kapittelet gjøre rede for aktuell teori. For å kunne belyse studiens problemstilling valgte jeg å hente teori fra helse- og barnevernfaglige disipliner og knytte dette opp mot det spesialpedagogiske fagfeltet. Ved bruk av en slik tilnærming vil ulike teoretiske forankringer og praksis gripe inn i hverandre.

2.1. PP-tjenesten.

Jeg vil innlede med å gi et kort historisk tilbakeblikk. PP-tjenestens som virksomhet har endret seg i takt med skole- og samfunnspolitiske målsettinger, faglig forankring og organisatoriske forhold. PP-tjenestens opprinnelse har relativt kort historie. I 1940-årene kom de første skolepsykologiske tjenester, og som navnet tilsier, hadde tjenesten en tilknytning til skolen og de utfordringer skolen hadde å stri med. På begynnelsen av 50-tallet startet en utbygging av spesialskolene, og det var behov for å differensiere hvem som skulle gå i normalskolen og hvem som skulle gå på spesialskoler. På dette tidspunktet var den skolepsykologiske tjenesten forankret i en individorientert og behandlende tradisjon (Læringssenteret 2001). I 1955 kom det en endring i loven som gav elevene rett til hjelp i forbindelse med lærevansker innenfor normalskolen, og skolepsykologtjenesten ble for første gang regulert i lov. På dette tidspunktet begynte det å skje en dreining mot å tenke at skolen skulle tilpasse undervisningen i forhold til elevenes behov. Det ble behov for å øke bemanningen da tjenesten da skulle gjøre undersøkelser hos elevene knyttet til skolemodenhet, evneutrustning, atferdsvansker og alvorlige fagvansker.

I 1975 kom ny grunnskolelov og med denne kom det flere endringer. Pedagogisk-psykologisk tjeneste ble hjemlet med egen paragraf. Tilpasset opplæringstilbud for alle i grunnskolen ble fastsatt, og lov om spesialskoler ble samtidig opphevet. Med denne loven ble spesialpedagogisk hjelp utvidet til også å gjelde barn i barnehager og voksne.

I alle kommuner og fylkeskommuner har barn, unge og voksne lovfestet rett til pedagogisk-psykologisk rådgivning. PP-tjenesten er en viktig instans for å skape en inkluderende barnehage og skole for alle, og bidra til å realisere grunnleggende mål i skole og samfunn (Læringssenteret 2001).

2.1.1. PP-tjenestens forankring.

PP-tjenesten er forankret i Opplæringslova og i følge § 5-6 ”skal hver kommune og fylkeskommune ha ei pedagogisk – psykologisk tjeneste” (Stette 2012). I lovteksten fremkommer det at PP-tjenestens har en tosidig oppgave. For det første skal tjenesten hjelpe skolen i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling for å bedre kunne legge til rette for elever med særlige behov. Dette kan forstås som PP-tjenestens systemrettede arbeid (Utdanningsdirektoratet 2009). PP-tjenestens andre oppgave er å sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering når loven krever det. Dette kan forstås som individrettet arbeid (ibid).

Disse to oppgavene er ikke adskilte, men har en nær sammenheng. Når et barn blir henvist til PP-tjenesten med ønske om vurdering, gjennomføres utredning av barnet med hensikt å vurdere behovet for spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning. Som oppfølging etter utredning kan PP-tjenesten gi veiledning til foreldre og ansatte i barnehagen i forhold til oppfølging og tiltak. Dette tenker jeg omhandler individrettet arbeid.

I lovteksten er ikke barnehagene likestilt med skolene i forhold systemrettet arbeid, og det mener jeg er beklagelig. I forhold til lovverket er PP-tjenestens rolle i barnehagene kun omtalt i § 5-7 i opplæringslova (NOU 2009:18). Slik jeg forstår det omhandler dette kun individrettet arbeid. Det synes likevel som at PP-tjenesten utfører systemarbeid i barnehagene. Undersøkelser viser at i praksis er ofte PP-tjenesten langt mer aktiv i innsats rettet mot barnehagene enn det som reguleres i lovverket (ibid). Med referanse til egen praksis utfører PPT faglig utviklingsarbeid i forhold til generell veiledning, kursvirksomhet og råd i forhold til organisering i barnehagen.

2.1.2. Spesialpedagogisk hjelp før opplæringspliktig alder.

PP-tjenestens ansvar i forhold barn under opplæringspliktig alder er regulert i Opplæringslova § 5-7.

”Barn under opplæringspliktig alder som har særleg behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett til slik hjelp. Hjelpa skal omfatte tilbud om foreldrerådgiving. Hjelpa kan knytast til barnehagar, skolar, sosiale og medisinske institusjonar og liknande, eller organiserast som eige tiltak. Hjelpa kan også givast av den pedagogisk-psykologiske tenesta eller av ein annan sakkunnig instans” (Stette 2012:171).

I lovteksten er det ingen nedre aldersgrense, slik at også sped- og småbarn har rett til spesialpedagogisk hjelp når det er grunn for det. Dersom det avdekkes tidlig at et barn har funksjonsnedsettelse eller er i spesiell risiko for utviklingsvansker, kan tiltak i forhold til spesialpedagogisk hjelp iverksettes. I forskrift til opplæringsloven presiseres det at i enkelte tilfeller er det særlig viktig at tiltak blir satt inn tidlige i utviklinga til barnet, da det kan være grunnleggende for senere utvikling til barnet (ibid). Slik jeg forstår det åpner det opp for at når forholdene tilsier det kan det settes inn spesialpedagogisk hjelp før barnet viser tegn til utviklingsvansker. Med en slik tilnærming er det mulig å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt for å forebygge vansker. Dette samsvarer med anbefalinger i Veileder for psykiske helse i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007:4);” Behovene bør avdekkes og hjelp tilbys så tidlig som mulig for at problemene ikke skal utvikle seg”.

Retten til spesialpedagogisk hjelp er ikke avhengig av om barnet går i barnehage, selv om det ofte er knyttet opp mot barnehagetilbud. Det fremheves spesielt at det alltid skal omfatte tilbud om foreldreveiledning (Stette 2012). Spesialpedagogisk hjelp kan også omfatte lekoteaktivitet og ulike trenings- og stimulerings tiltak. Dette tyder på at det er stor variasjon i hva som kan inngå som spesialpedagogisk hjelp. Tilbud om spesialpedagogisk hjelp kan sees i sammenheng med forebyggende og behandlende tiltak for barn i risiko for skjevutvikling. Slik jeg tolker det kan spesialpedagogisk hjelp for eksempel være et tiltak der en bruker ulike veiledningsmetoder i forhold til tema som samspill, tilknytning eller stimulering av barnet i forhold til utviklingsområder som motorikk, språk og sosiale ferdigheter. Dette åpner opp for at PP-tjenesten i samarbeid med foreldrene kan iverksette spesialpedagogisk hjelp på et tidlig tidspunkt i barnets liv.

Før det kan iverksettes spesialpedagogiske tiltak, skal PP-tjenesten i følge Opplæringslovas §5-3 gjennomføre sakkyndig vurdering der det blant annet utredes og tas standpunkt til:

- Sen utvikling eller lærevansker hos barnet og andre forhold som er viktig for barnets utvikling.
- Realistiske mål for barnets utvikling og læring.
- Hva slags spesialpedagogisk hjelp som vil gi barnet en forsvarlig utvikling?

(Utdanningsdirektoratet 2009:10)

Dette viser at PP-tjenesten bør utrede barnets funksjonsnivå på ulike områder og lærevansker. I lovteksten utdypes det ikke hva som menes med *andre forhold*, men slik jeg tolker dette kan

bety at barnet har sårbarheter som gjør at det har særlige behov for stimulering og tiltak. Dette kan ha årsak i at barnet er født prematur, utsatt for omsorgssvikt eller at det av andre årsaker har spesielle behov uten at det er påvist forsinket utvikling.

2.1.3. PP-tjenestens oppgaver i forhold til psykisk helsearbeid for barn.

Med utgangspunkt i Veileder for psykisk helsearbeid i kommunen (Sosial- og helsedirektoratet 2007) vil jeg se på hvordan en kan forstå psykisk helsearbeid i sammenheng med PP-tjenestens oppgaver.

Psykisk helse handler om; ”utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagslige krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet” (Sosial- og helsedirektoratet 2007:8). Dette viser at psykisk helse dreier seg om hvordan vi har det i vår hverdag i forhold til de oppgaver og utfordringer som møter oss. Det handler om hvordan vi styrer og takler våre følelser og tanker.

Alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge er involvert i psykisk helsearbeid. Dette betyr at PP-tjenestens ansvarsområde også omhandler tiltak rettet mot psykisk helse for barn og unge. PP-tjenesten er en del av førstelinjetjenestene på kommunalt nivå sammen med helsestasjon og barneverntjenesten, fysioterapeut, tannleger, leger o.a. Gode betingelser for barnets utvikling og læring hjemme i familien, i barnehage og skole er sammenfallende med godt psykisk helsearbeid.

Det fremheves at et godt psykisk helsearbeid innebærer en helhetlig tenkning og et bredt spekter av tiltak i kommunene. For å kunne oppnå dette er det behov for tverrfaglig samarbeid og forebyggende tiltak i skoler, barnehager og andre oppvekstarenaer.

”Det framheves at i det forebyggende arbeidet bør kommunene ha særlig oppmerksomhet rettet mot barn og unge som lever i risiko for eller er i ferd med å utvikle psykiske vansker eller lidelser. Behovene bør avdekkes og hjelp tilbys så tidlig som mulig slik at vanskene ikke får utvikle seg”. (Sosial- og helsedirektoratet, 2007:12).

PP-tjenesten er i posisjon til å kunne identifisere vansker hos barn på et tidlig tidspunkt. En av tjenestens sentrale oppgaver er å utrede barn i forhold til sen utvikling eller lærevansker.

Dersom de ansatte i PP-tjenesten har kunnskap om kjennetegn på risikofaktorer og symptomer på psykiske vansker eller lidelser kan disse vanskene oppdages. Med bakgrunn i vurderinger som gjøres kan det iverksettes tiltak i forhold til spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning samt at det gis veiledning til foreldre. PP-tjenesten kan også være en instans som via lege eller barneverntjenesten henviser videre til barne- og ungdomspsykiatrien og habiliteringstjenesten for supplerende utredninger (St.meld.2010:18 s.50).

Dersom PP-tjenesten har behov for spesialisttjenester innenfor det spesialpedagogiske fagfeltet har tjenesten mandat til å henvise barn til det Statlige spesialpedagogiske støttesystemet, også kalt Statped. Dette kan betegnes som spesialisttjeneste på 2.linjenivå innen det spesialpedagogiske fagfeltet. Det er skoleeier i kommuner og fylkeskommuner som formelt kan søke om tjenester fra Statped, (St.meld. 2010: 18 s.54). Erfaring fra egen praksis er at PP-tjenesten ofte er den instans som tar initiativ til en slik henvisning.

PP-tjenesten er en instans som møter barn og unge på ulike arenaer, og samarbeider med ulike instanser på både første - og andrelinje nivå. På denne måten har tjenesten en unik mulighet til å påvirke barnets oppvekstmiljø både i forhold til forebyggende tiltak, og å fange opp barn som er i risiko, på et tidlig tidspunkt.

2.1.4. Krav til kompetanse hos ansatte i PP-tjenesten.

I dokumenter som regulerer PP-tjenestens oppgaver og ansvar er det ikke formelle kompetansekrav til hvem som kan ansettes i tjenesten. Det er likevel føringer i opplæringsloven som stiller faglige krav til oppgaver tjenesten skal utføre. PP-tjenesten er sakkyndig instans for vurdering om retten til spesialpedagogisk hjelp før skolealder eller spesialundervisning i skolen. I Opplæringslovens § 5-3 (Stette 2012) gis det klare retningslinjer for hva den sakkyndige vurderingen skal inneholde og dermed krav til den som skal utføre arbeidet. Med det mandat som er gitt PP-tjenesten og som er beskrevet i lover og forskrifter så forventes det at de ansatte må dekke et bredt kompetansefelt.

Fylling og Handegård (2009) beskriver at ansatte i PP-tjenesten skal inneha fagkompetanse både i forhold til å arbeide systemrettet mot opplæringsinstitusjonene og forholde seg til endringer i barn og unges læringsrelaterte problemer. Det bemerkes spesielt at en utfordring kan være økning i psykiske helseproblemer hos barn og unge. Forskning tyder på at ansatte i

PP-tjenesten har faglig bredde og god kompetanse knyttet til psykisk helseproblematikk. Samtidig er det slik at PP-tjenesten ikke er tatt med som en sentral aktør i Opptrappingsplan for psykisk helse (ibid). Dette sammenfaller med evalueringer som er gjort etter at Opptrappingsplan ble iverksatt. Undersøkelser viser at PP-tjenesten i liten grad er styrket med midler fra Opptrappingsplanen (NOU 2009:22).

Hvorfor PP-tjenesten faller utenfor når det gjøres en stor nasjonal satsning i forhold til psykisk helsearbeid på kommunalt nivå har jeg ikke funnet noen god forklaring på. Kanskje er det fordi tjenesten er regulert av opplæringsloven og helsestasjon og skolehelsetjenesten er regulert av Lov om helsetjenesten i kommunene.

2.2. Utredning av barn i førskolealder.

Å utrede og identifisere vansker hos barn er et sentralt område i det spesialpedagogiske arbeidet. PP-tjenestens mandat til utredning er knyttet opp mot sakkyndig vurdering i forhold til spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning. (Utdanningsdirektoratet 2009). Da mitt forskningsarbeid retter seg mot barn i førskolealder har jeg et fokus på denne aldersgruppen i valg av teori knyttet til utredning.

Når PP-tjenesten skal gjøre vurdering av behov for spesialpedagogisk hjelp for barn i førskolealder må en ha en annen tilnærming enn sakkyndig vurdering om behov for spesialundervisning for barn i skolen. Kravene i opplæringslovens § 5-3 er utgangspunktet for sakkyndig vurdering om spesialpedagogisk hjelp. Det skal blant annet utredes og tas stilling til sen utvikling eller lærevansker hos barnet og andre forhold som er viktige for barnets utvikling. Det skal på bakgrunn av dette utarbeides realistiske mål for barnets utvikling og læring og man skal beskrive hva slags spesialpedagogisk hjelp som vil gi barnet en forsvarlig utvikling (Stette 2012). For å kunne vurdere disse områdene er det nødvendig at utredning gjennomføres på ulike nivåer.

I gjennomføring av utredning kan en ta utgangspunkt i symptom- og systemperspektivet (Holmberg og Lyster, 1998). Hvis en har fokus på symptomperspektivet så er det diagnose og årsaksforklaringene som preger forståelsen av vanskene hos barnet. En kan si at fokus er på individnivå. Utredning på individnivå retter fokus på barnet med hensikt å identifisere barnets vansker og ressurser.

Dersom utredning gjøres ut fra et systemperspektiv ser en på miljømessige faktorer som har betydning for barnets læring og utvikling (ibid). I forhold til barnehagen kan det være inndeling av barnegruppe i forhold til alder og antall barn, kompetanse hos de ansatte, og organisering i forhold til rutiner og struktur og foreldresamarbeid.

For å sikre seg at en utredning av barnets vansker gjøres på et bredt grunnlag bør en bruke ulike tilnæringsmetoder med utgangspunkt i både symptom- og systemperspektivet. I masterutdanningen er kartlegging et eget fagemne. Det ble gitt en introduksjon av ”Fire søyler i spesialpedagogisk kartlegging” (Johnsen, 2010) som gir en god oversikt på ulike innfallsvinkler i utredningsarbeidet, og jeg vil presentere dem her:

Observasjon av barn i naturlige omgivelser gir ofte verdifull informasjon. For å ha en helhetlig tilnærming i vurdering av atferd er det nyttig å observere barnets atferd i de arenaer der barnet oppholder seg. Det kan være i barnehagen/ skole, hjemme, i nabolaget eller i fritidsaktiviteter. I vurdering av barn knyttet til vurdering av behovet for spesialpedagogisk hjelp vil det være mest naturlig å observere barnet i barnehagen, hos ”dagmamma” eller hjemme. I løpet av en observasjon har en anledning til å innhente informasjon om hvordan barnet er i samspill med andre barn, foreldre og andre voksne. Hvilke reaksjoner viser barnet i ulike situasjoner og hvordan de voksen håndterer det.

Intervju er ofte verdifull kartlegging av barn, foreldre, lærere og øvrige assosierte med barnet. Denne metoden er mer åpen og mindre strukturert enn formelle tester. Bør brukes i kombinasjon med formelle tester.

Uformelle prøver, brukes gjerne som supplement til formelle tester, men kan også brukes som selvstendig kartlegging. I førskolealder kan det være aktiviteter / lek som gir mulighet til å registrere barnets utvikling i forhold til språk, motorikk, samspill, lek og andre ferdigheter. En kan også benytte sjekklister som er utviklet med hensikt å registrere ferdigheter hos barnet.

Normerte – standardiserte tester. Disse tar utgangspunkt i ei normert gruppe, hvor hver individuelle skåre reflekterer en rang innen den normerte gruppa. Testområder kan være knyttet til ferdigheter i forhold til språk, motorikk, atferd, kognitiv utvikling o.a. Disse testene er formelle og skal administreres med utgangspunkt i manual. Det er lite rom for individuelle justeringer.

Dersom PP-tjenesten skal kunne være en instans som også skal ivareta og oppdage barn som er i risiko for skjevutvikling eller psykiske lidelser vurderer jeg at det er nødvendig å se barnet i et helhetsperspektiv. Hos små barn kan det være vanskelig å oppdage symptomer hos barnet som tyder på at det er i risiko for skjevutvikling. Det er derfor viktig å kartlegge bredt, det vil si barnets hjemmemiljø, hvordan barnet er i ulike samspillsituasjoner og andre faktorer som påvirker barnet.

For å kunne identifisere barn i risiko er det nødvendig med en helhetlig tilnærming der en både vurderer faktorer hos barnet, hos familien og i barnets miljø. Dette samsvarer med det Smith (2010: 29) beskriver som holistisk og syntetisk tilnærming. Med dette forstår jeg at det er nødvendig å se barns utvikling i et helhetlig perspektiv der både individuelle og miljømessige faktorer har betydning. En bør videre se hvordan de ulike faktorene kan sees i sammenheng og hvordan de gjensidig påvirker hverandre

Samarbeid med andre instanser vil kunne gi en bredere tilnærming, enn om PP-tjenesten foretar kartlegging alene. Helsestasjon er den instansen som følger barnet fra fødsel til ungdomsalder med jevnlig kontroll. De har ofte viktig informasjon om barnets utvikling som er nyttig i vurdering av utviklingsnivå. Dersom barnet har vært utredet ved sykehus, spesialisthelsetjenester o.a. er dette også aktuell informasjon om barnet. I forhold til barn i førskolealder har barnehagene et godt grunnlag for å vurdere barnets funksjonsnivå på ulike områder. De har kontakt med barnet jevnlig og har også daglig kontakt med barnets nærmeste omsorgspersoner. For å få en bred tilnærming til barnet er det derfor svært viktig at foreldre samtykker til innhenting av informasjon fra samarbeidende instanser.

2.3. Tidlig innsats for barn i risiko.

Betydningen av tidlig innsats for å fremme utvikling og læring er godt dokumentert. I de ulike fagmiljøene vektlegges en tidlig innsats på ulike måter, og for meg har det vært interessant å se betydningen av ”tidlig innsats” innenfor opplæringssystemet og i forhold til psykisk helse for små barn.

I et utdanningsløp anvendes begrepet ”tidlig innsats” i et livslangt perspektiv, fra førskolealder til voksen alder. ”Tidlig innsats må forstås både som innsats på et tidlig tidspunkt i barns liv, og tidlig inngripen når problemer oppstår eller avdekkes i førskolealder, i løpet av grunnopplæringen eller i voksen alder”(St.meld. nr.16 (2007-2008) s.10).

I forhold til spesialpedagogisk hjelp før opplæringspliktig alder framheves det i kommentar til opplæringsloven at tiltak blir satt inn tidlig i utviklingen, ettersom det kan ha en grunnleggende betydning for den senere utviklingen (Stette 2012). For å kunne iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt er det helt nødvendig at alle nivåer innenfor utdanningssystemet, i denne sammenheng barnehager og PP-tjenesten, har kompetanse til å vurdere barns utvikling. Ansatte i barnehage bør tidlig identifisere om barnet viser tegn som tyder på avvik og kan da henvise videre. PP-tjenesten bør ha kompetanse på å vurdere om hvilke vansker barnet har, og eventuelt sørge for en videre henvisning dersom det er nødvendig.

Tidlig innsats i forhold til små barns psykiske helse omfatter både forebyggende tiltak og behandling. For sped- og småbarn i risikofamilier handler tidlig innsats om å komme inn før en forstyrrelse har blitt manifestert. Det vektlegges også å identifisere barn som har utviklet psykiske vansker og psykiske lidelser (Hansen og Jakobsen 2008:13). Med denne beskrivelsen av ”tidlig innsats” forstår jeg at tidlig innsats handler om å iverksette tiltak slik at en unngår at barn som er i risiko utvikler psykiske vansker eller psykiske lidelser.

Jeg ser ikke en motsetning til tidlig innsats som er beskrevet i forhold til opplæring og tidlig innsats relatert innenfor feltet psykisk helsevern. Tvert i mot vurderer jeg at det er nyttig å se disse fagområdene i sammenheng og ha fokus på hvordan psykisk helse kan få større fokus innenfor opplæring.

2.4 Psykiske lidelser og psykiske vansker hos barn.

I utredning av barn er det viktig at en kjenner til hvordan ulike symptomer kan være tegn på psykiske vansker og psykiske lidelser. Hvordan en forstår barnets vansker vil ha betydning for hvilke tiltak som iverksettes.

Folkehelseinstituttet (2009) har en inndeling av vansker og symptomer knyttet til psykisk helse som er en god støtte når en skal vurdere omfanget av vansker.

”Psykiske lidelser kjennetegnes ved at symptombelastningen er så stor at det kvalifiserer til diagnoser som generalisert angstlidelse, alvorlig depresjon, anoreksi, ADHD eller psykose” (Folkehelseinstituttet 2009:99).

I 2002 startet en omfattende studie i Norge av barn og unges psykiske helse som har fått navnet ”Barn i Bergen”. Studien pågår fortsatt, men foreløpige resultater viser at forekomsten

av diagnostiserbar psykisk lidelse hos barn i småskolealder er rundt 7 % (Regionsenter for barn og unges psykiske helse 2008). I studien framkommer det videre at hos barn i småskolen er angstproblemer den mest vanlige psykiske lidelsen. Det er like mange gutter som jenter som sliter med denne vansken. Et konservativt estimat av forekomsten i Norge tilsier at om lag 8 % av alle barn og unge mellom 3 og 18 år har en psykisk lidelse til enhver tid.

”Psykiske vansker kjennetegnes ved at barn og unge har symptomer som i betydelig grad går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at kriterier for diagnoser er tilfredstilt” (Folkehelseinstituttet, 2009:9). Disse vanskene er ikke så omfattende og etablert at det gir grunnlag for å sette diagnose. Barnets vansker kan likevel være av en slik karakter at det bør iverksettes tiltak.

I opplysninger hentet fra Folkehelseinstituttet (2009) framkommer det at ved å sammenholde informasjon fra større norske undersøkelser antas det at 15-20 % av barn og unge under 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker. Internasjonale studier viser at de hyppigste symptomene på psykiske vansker hos barn i tidlig førskolealder er søvnvansker og vansker med renslighet (10-15 %), atferdsforstyrrelser (6-10%) og angstlidelser (6-10%).

Mange barn kan vise problematferd i perioder, uten at det utvikler seg til en vedvarende vanske. Hos noen barn vil vanskene vedvare og problematferden øke. Dette kan være tidlig tegn på mer langvarige psykiske plager (ibid). Det kan være vanskelig å oppdage barn i risiko for psykiske vansker når de er små, fordi barnet selv ikke viser klare symptomer på dette. Dersom en har gode rutiner på helsestasjon og i barnehagene, som kartlegger barnets psykiske helse og oppvekstmiljø, så kan man øke sjansen for å fange opp disse barna på et tidlig tidspunkt. PPT kommer ofte inn når vanskene er konstatert, men PPT kan være en pådriver for å øke kompetansen i barnehagene slik at de vet hva de skal se etter.

2.5. Barns utvikling i et helhetsperspektiv.

For å forstå hvordan risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer påvirker barnets utvikling vil jeg gjøre rede for teori og forskning som har fokus på barnets utvikling i lys av samspillet mellom individ og miljø. I moderne utviklingspsykologi er menneskets utvikling basert på en epigenetisk forståelse (Smith 2010: 43). Smith forklarer epigenese som antakelsen om at utviklingen foregår som en trinnvis prosess der genetisk informasjon, modifisert av

miljømessige innvirkninger, blir omformet til individets struktur og atferd. Med dette forstår jeg at barnets utvikling skjer i et samspill der ulike faktorer gjensidig påvirker hverandre over tid. Barnets utvikling forstås ved å ta hensyn til samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser.

Synet på barns utvikling og barnets indre liv har gjennomgått radikale forandringer de siste tiårene. I følge Brean (2007:12) hadde man tidligere en oppfatning av barnet som egosentrisk og styrt av reflekser, men ny kunnskap har endret dette synet til at man i dag på spedbarnet som et meget sosialt, kompetent individ og en aktiv bidragsyter til egen utvikling. Det har også vært en endring i forståelsen av barns utvikling ved at en har fått økt fokus på empirisk forskning i tillegg til utviklingsteorier. Teknologi har gjort det mulig å observere barnet på andre måter enn tidligere.

I de senere årene har oppmerksomheten i forhold til tilknytningsteori vært voksende. Ny forskning har gitt kunnskap om at personlighetsutvikling er kompleks. Det er større fokus på betydningen av de nære relasjonelle erfaringene barnet gjør seg tidlig i livet. Videre viser forskning at individet er biologisk disponert for å etablere følelsesmessig tilknytning. Tilknytningserfaringer hos barnet har stor betydning og innvirkning for barnets psykiske utvikling (Hart og Schwartz 2009:69).

Med hensyn til oppgavens omfang er det ikke anledning til å gå i dybden på hvordan alle de ulike faktorene har innvirkning på barnets utvikling. For å forstå hvordan ulike risikofaktorer kan få negativ innvirkning for barns utvikling velger jeg å ha fokus på sentrale områder som: samspill, tilknytning, transaksjonsmodellen, risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og resiliens.

2.5.1. Tidlig samspill i lys av transaksjonsmodellen og mentaliseringsbegrepet.

Mennesker utvikles og påvirkes i samspill med andre. Allerede før et barn blir født vil det påvirke og bli påvirket av sine nærmeste omsorgspersoner. Prosessen fra barnet er unnfanget fram mot fødsel er en forberedelsestid. Hvordan barn og mor har det under svangerskapet har betydning for barnets utvikling. Hansen og Jakobsen (2008) refererer til forskning som viser at fosterutviklingen blir påvirket av "omsorgsmiljøet" i mors mage, både gjennom mødres ernæringsinnhold, rusmiddel- og alkoholforbruk og stress. God og tett oppfølging av mødre under svangerskapet vil være viktig for å kunne oppdage risikofaktorer hos mor. Når dette er kjent kan en iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt som kan hindre skjevutvikling hos barnet.

Hvordan barnet møter verden er i stor grad avhengig av hvordan den eller de nære omsorgspersonene er forberedt på å møte barnet. Kvello (2011:78) gir en beskrivelse av hvordan barnet påvirker omgivelsene og blir influert av miljøet de lever i. Med utgangspunkt i barnets biologiske disposisjoner vil det utvikles og formes i samspill med andre. Barnets utvikling vil påvirkes av hvordan det blir møtt av sine nærmeste omsorgspersoner.

Sameroff og Chandler var de som opprinnelig utviklet transaksjonsmodellen (Hansen og Jakobsen 2008). Modellen har et systemperspektiv og vektlegger hvordan barnet og omsorgspersonen gjensidig påvirker hverandre over tid. Samspillet mellom barnet og omsorgspersonen kan sees på som en form for ”toveistrafikk” der en ser på hvordan barnet reagerer på stimulering fra de voksne, og hvordan barnets reaksjoner har en effekt på voksnes atferd (Smith 2010). Tidsaspektet er en viktig faktor i transaksjonsmodellen. Ved at samspillet mellom barnet og omsorgspersonen foregår i et mønster vil det påvirke barnets responsrepertoar og disposisjoner, slik at omsorgspersonen begynner å oppføre seg annerledes enn hvis barnet ikke hadde fått denne erfaringen (Hansen og Jakobsen 2008). Denne påvirkningen skjer begge veier. Omsorgspersonens handlinger bidrar til å endre barnet, og barnets atferd endrer omsorgspersonens atferd. I en transaksjonell forståelse av barnets utvikling er det helt nødvendig å ha informasjon om både barnets egenskaper og omsorgsmiljøets kvalitet.

For å forstå hva som skjer i samspillet mellom foreldre og barn er mentalisering blitt et sentralt begrep. Kvello (2011:48) beskriver mentalisering som at man aktivt søker informasjon om ens eget og andres indre liv, slik som erfaringer, ønsker, tanker, emosjoner, opplevelser o.a. Mentalisering handler om å forstå andre, men også forstå seg selv.

Brandtzæg, Smith, og Torsteinson (2011:47) forklarer mentalisering eller reflekterende fungering som individets evne til å forestille seg (indre) tilstander hos seg selv og andre. Dette innbefatter også en forståelse av at egen og andres atferd er et uttrykk for indre tilstander. Mentalisering kan forstås som foreldrenes evne til å forstå barnets behov og reaksjoner. Det omhandler også innsikt i hvordan egen atferd kan påvirke andre. Sagt på en litt annen måte handler mentalisering om ”å se seg selv utenfra og andre mennesker innenfra” (Wallroth 2011:12). I et utviklingsperspektiv har omsorgspersonenes evne til mentalisering påvirkning på barnets utvikling. Dersom foreldrene er opptatt av å se og forstå barnets følelser, uttrykk og atferd og møter barnets behov vil dette kunne fremme barnets utvikling. Mentalisering handler også om at omsorgspersonene kan forstå egne reaksjoner. Ved å betrakte seg selv

utenfra kan en reflekterer over egen atferd ved å undre seg over ”nå er barnet mitt rolig og tilfreds, er det noe jeg har gjort” eller ”hvorfør blir jeg sint”.

Barnet utvikler sin evne til mentalisering blant annet gjennom samspill med voksne og barn, og gjennom lek. Gjennom de erfaringer barnet får lærer de å forstå og kjenne seg selv og andre. Evnen til mentalisering gjør barnet i stand til å forstå og reagere på andre menneskers atferd, og å handle i forhold til deres forestilling om andres følelser, ønsker, kunnskap o.a. Dette danner grunnlaget for selvorganisering (Kvelling 2011:48).

Utvikling av evnen til mentalisering hos barn kan forstås i et utviklingsteoretisk perspektiv der barnets oppvekstmiljø vektlegges stor betydning. Ved en slik tilnærming må en være varsom med å trekke konklusjoner. Barnet kan ha sårbarheter og nevrologiske utviklingsforstyrrelser som påvirker evnen til selvorganisering. Barn med autismespekterforstyrrelser kan vise vansker som er sammenfallende med liten evne til mentalisering. Utredning vil være av avgjørende betydning for hvordan en forstår barnets vanske.

2.5.2. Barnets utviklingsfaser de første leveår.

Utviklingspsykologi handler om menneskets utvikling gjennom hele livet, men sped- og småbarnstiden er en helt spesiell periode. Det er i denne perioden barnet etablerer sine første relasjoner og grunnleggende evner til å regulere egne følelser og atferd dannes (Braarud 2012). Ny teknologi og forskning har gitt oss ny kunnskap om barnets utvikling. Menneskets utvikling skjer i et kontinuerlig samvirke mellom gener og miljø. Hansen og Jakobsen (2008:6) beskriver hjernens utvikling som et resultat at ”erfaringsforventet” og ”erfaringsuavhengig” utvikling. De vektlegger at hjernens utvikling er i stor grad avhengig av barnets erfaringer spesielt i de to tre første leveår. Med erfaringsforventet utvikling forstår jeg at barnets utvikling påvirkes av de erfaringer de gjør. Dette handler om ytre påvirkning som blant annet innebærer omsorgspersonen forståelse og handling i forhold til barnets behov. *Erfaringsuavhengig* utvikling omhandler barnets arvelige og genetiske disposisjoner. Dette er medfødt og ikke utviklet gjennom erfaring. Hjernes utvikling skjer i en gjensidig påvirkning og samspill mellom arv og miljø. Med kunnskap om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer vil det kunne hjelpe oss til å forstå hvordan barn og unge kan barn gode utviklingsbetingelser for å forebygge skjevutvikling og psykiske lidelser.

For å forstå hvordan barnet utvikler seg i et samspill mellom biologiske og sosiale faktorer vil jeg ta utgangspunkt i biososiale adferdskift og se dette i sammenheng med Sterns utviklingsmodell. Med de begrensninger som ligger i oppgavens størrelse vil jeg ikke kunne gå i dybden på teoriene, men trekke fram vesentlige kjennetegn for de ulike stadiene.

I følge Brean (2007:15) går barn gjennom omtrent samme utviklingsfaser de to første leveår, uavhengig av hvor de vokser opp. Biososiale adferdskifter betegner overgangen til nye former for atferd, som fører til et sammenfall av biologiske, sosiale og atferdsmessige forandringer (Ulvund & Smith 1999:16). Biososiale adferdskifte forstås som endringer i barnets utvikling der de erverver nye ferdigheter, og det skjer i et samspill av biologiske, sosiale og atferdsmessige faktorer.

Biososiale adferdskifter skjer gjennom tre ulike faser i barnets tre først leveår. I løpet av denne perioden skjer det store utviklingsmessige endringer som gjensidig påvirker hverandre. Disse biososiale adferdskifter sammenfaller med faser i utvikling av samspill (Brean 2007). For å belyse hvordan en kan forstå barns utvikling i et samspill mellom individuelle forutsetninger og miljøets betydning har jeg valgt å ta utgangspunkt i den amerikanske psykiateren og spedbarnsforskeren Daniel Sterns teori for selvutvikling (Hart og Schwartz 2009:101). I moderne utviklingspsykologi har Stern gjort seg bemerket da han gikk fra den tradisjonelle stadie- eller fasetenkningen til å forklare barns utvikling i forhold til livstema som går gjennom hele livet. Stern har også fremhevet at barnet har sosial kompetanse helt fra fødselen av. Hart og Schwartz (2009) refererer til at Stern har satt søkelys på at akkurat som føde er nødvendig for at barn skal vokse, er stimulering nødvendig for å forsyne hjernen med ”næring” som skal til for at perseptuelle, kognitive og motoriske prosesser skal modnes. Stern beskriver opplevelsen av selvet som en fornemmelse og han deler disse inn i fire ulike livstema som han kaller ”De fire selvfornebbelsene”.

Før det første biososiale adferdskifte inntreer handler omsorgsoppgavene i stor grad om å regulere matinntak, søvn, gråt og våkenhetstilstander (Hansen og Jakobsen 2008). Denne perioden kaller Stern ”fornebbelsen av det gryende selv” (Stern 2003). I denne perioden er barnets begynnende tilnærming det sosiale liv i fokus. Stern beskriver at barnet fra fødsel og til barnet er ca 2. måneder befinner seg i en presosial, prekognitiv, preorganisert livsfase. Mye av den sosiale interaksjonen mellom spedbarnet og omsorgspersonene handler om fysiologisk regulering. Omsorgspersonens evne til å forstå og møte barnets signaler er vesentlig for å regulere barnets behov. Brean (2007) fremhever at i denne perioden er den gjensidige

oppmerksomheten mellom spedbarnet og omsorgspersonen viktig. Forskning viser at allerede på dette stadiet er barnet i stand til å imitere mimikk som å smile eller gape. Barnet kan også regulere intensiteten i samspillet ved å vende seg bort når det blir slitent.

Det første biososiale atferdskifte inntreffer ved åtte – til ti ukersalder. Denne fasen kjennetegnes ved at det har skjedd en modning i hjernen særlig i forhold til synssystemet og forandringer i atferdstilstander. Denne perioden sammenfaller med det Stern kaller ”fornemmelsen av kjerneselv”. Stern beskriver at perioden da kjerneselvet blir dannet som den mest sosialt intense perioden i livet til et menneske. Barnet gir nå bedre blikkontakt, kan holde fast på oppmerksomheten og respondere med smil, latter og gråt. Dersom barnet utvikler seg normalt vil foreldrene kunne få god blikkontakt og barnet oppleves som mer sosialt deltakende. Barnet identifiserer verden gjennom daglige hendelser og det er av betydning at omgivelsene er trygge og mulige å gjenkjenne. Når barnet blir 3-6 måneder skiller barnet nå mellom seg selv og de andre på en mer tydelig måte, og oppfatter samspillet mellom flere personer. Omsorgspersonens nærvær har stor betydning og barnets selvopplevelse er avhengig av den andres nærvær og handlinger (Hart og Schwartz, 2009).

Det andre biososiale atferdskifte skjer i åtte – til ni månedersalderen. Stern kaller denne endringen i barns utvikling som ”fornemmelsen av det intersubjektiv selv”. I starten av perioden får barnet erkjennelse av indre subjektive opplevelser som kan deles med andre (Stern 2003). Barnet er nå i stand til å dele oppmerksomhet med andre og det er viktig at omsorgspersonene leser barnets signaler og møter barnets initiativ. Stern vektlegger at omsorgspersonens empati har stor betydning for barnets opplevelse. På dette alderstrinnet begynner barnet å signalisere at det foretrekker foreldrene framfor andre og det er første tegn på sosial referanse. Dette danner viktige forutsetninger i etablering av tilknytning mellom barn og omsorgspersoner. Fra 8-12 måneders alder begynner barnet tydelig å vise atferd som er karakteristisk for tilknytning til og atskillelse fra den primære omsorgspersonen. Barnet har nå kommet så langt i motorisk utvikling av det kan bevege seg bort fra omsorgspersonene, for så å komme tilbake. Dersom barnet har en god tilknytning vil barnet søke tilbake til omsorgspersonens trygge base. Hvis omsorgspersonen ikke er tilgjengelig for barnet, kan dette være en begynnende engstelse hos barnet for å utforske verden. Senere i dette kapitlet vil jeg presentere tilknytningsteori spesielt.

Ved slutten av det andre leveåret inntreffer Det tredje biososiale atferdskift. På dette stadiet har alle områdene i hjernen nådd samme modningsnivå. Barnet koordinerer i større grad

motoriske ferdigheter og har en begynnende symbollek (Braarud 2012). Dette er Sterns fjerde område i dannelsen av selv som han kaller "følelsen av et verbalt selv", den starter fra 15 -18 måneder og utover. Stern fremhever at barnets muligheter til "å være sammen med andre" utvides enormt. Språket gir barnet en kanal for å dele sine interpersonlige opplevelser. Språket gir mennesker en ulik mulighet til å dele sine opplevelser og tanker, og dette utvider vår forståelse av oss selv i samhandling med andre.

For at ansatte i PP-tjenesten skal forstå hvordan risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer påvirker barnets utvikling må de kjenne til, og forstå, symptomer hos barn som er tegn på atypisk utvikling. Denne kunnskapen er viktig for å kunne identifisere vansker på et tidlig tidspunkt, og iverksette forebyggende tiltak.

2.5.3. Tilknytning.

For at et lite barn skal utvikle seg adekvat har barnets erfaringer og samspill med sine omgivelser svært stor betydning. Barnet må ha en omsorgsperson som er nær og som ser om det er sultent, ønsker kontakt, og om det er trøtt. God omsorg fra nære voksne danner grunnlaget for gode, trygge og stabile indre bilder (Brean 2007).

I nyere utviklingsteori og spedbarnsforskning er tilknytningsteori sentralt. Barnepsykiateren John Bowlby har gitt en grunnleggende og viktig kunnskap om de bånd som knyttes mellom barnet og omsorgspersonene, og hvordan en kan forstå dette som et betydningsfullt element i barnets utvikling. Hos Bowlby (1998:37) er atferdssystem et nøkkelbegrep i tilknytningsteorien. Atferdssystemet er i den tilknytningsteoretiske tilnærming en måte å beskrive hvordan barnet holder forbindelsen til sin tilknytningsfigur innenfor visse avstands- og tilgjengelighetsgrenser (Hart og Schwartz 2011).

Tilknytning i et utviklingspsykologisk perspektiv kan defineres som følger.

"Et emosjonelt bånd som dannes mellom barnet og en spesifikk annen person. Dette båndet binder dem sammen og varer over tid, og kommer til uttrykk i forskjellige former for tilknytningsatferd". (Ainsworth, Bell & Stayton, 1991).(Hansen og Jakobsen, 2008: 42).

Det er nærliggende at det er foreldre som er barnets nærmeste omsorgsperson. I følge Killén (2012) har kvaliteten på relasjon mellom barnet og omsorgspersonene i barnets første tre

leveår er avgjørende for barnets emosjonelle utvikling og evnen til å lære. Dette understreker betydningen av tidlig innsats, og tett oppfølging av barnefamilier fra barnet er født.

Tilknytningsatferd kan beskrives som den atferd barnet viser når det er i en tilstand som er ubehagelig. Bowlby (1998) beskriver at tilknytningsatferd aktiviseres særlig ved at barnet kjenner smerte, er trøtt eller at det er ting som gjør barnet redd. Dette kan være at omsorgsgiveren ikke er tilstede eller av andre grunner ikke er tilgjengelig for barnet. Bowlby beskriver tilknytningsatferd som den atferd som barnet reagerer med for å oppnå eller opprettholde kontakt. Det kan være gråt, sutring, uro, glede og lignende.

Sentralt i tilknytningsteorien er betydningen av ”sikker base”. Bowlby (1998) beskriver at sikker base etableres av foreldrene og er til for barnet slik at de kan gå ut i verden for å utforske omgivelsene for så og vende trygt tilbake med sikker forvisning om at de blir tatt i mot med fysisk og emosjonell støtte, blir trøstet eller blir beroliget hvis det er redd. Det er vesentlig at omsorgsgiverne er klar til å reagere når det er bruk for oppmuntring og kanskje hjelp. Den voksne skal kun gripe inn når det er nødvendig. Ellers må barnet få sin frihet til å utforske omgivelsene i trygge rammer.

Allerede i barnets første leveår dannes det ulike modeller som barnet forstår verden ut i fra. Bowlby kaller dette ”indre arbeidsmodeller” (Hart og Schwartz 2011). Arbeidsmodellene dannes gjennom den aktiviteten barnet gjør selv og hvilke erfaringer det har av omverden. Dersom barnet opplever å ha tilknytningsfigurer som støtter og gir trygghet, tør det å utforske omgivelsene, noe som er viktig for barnets utvikling. Dersom det er en utrygg tilknytning vil det være en risiko for skjevutvikling.

Tilknytningens kvalitet klassifiseres i form av organiserte og desorganiserte strategier. De ulike tilknytningsmønstre hos barnet tilpasses i forhold til omsorgspersonens tilgjengelighet (Hansen og Jakobsen 2008).

Den trygge tilknytningen kjennetegnes ved at barnet har tillit til at omsorgspersonene er tilgjengelige og vil reagere og hjelpe til når det er bruk for det (Bowlby 1988). Dersom barnet har en trygg base, kan det utforske verden og komme å søke trøst og nærhet når det kjenner seg usikkert.

Det utrygge ambivalente tilknytningsmønster omtales hos Bowlby som den engstelige og klamrede mønsteret. Denne atferden kjennetegnes ved at barnet ikke er sikker på om foreldrene er tilgjengelige og støttende. Med bakgrunn i indre arbeidsmodeller som dannes

vil barnet vise angst for å forlate foreldrene og er redd for å utforske verden. Barnet er i liten grad avslappet, viser mye sinne og søker hele tiden til omsorgspersonen. Dette tilknytningsmønsteret utvikles når foreldrene er ustabil i kontakten med barnet (Hart og Schwartz 2011)

Det utrygge unnvikende tilknytningsmønsteret utgjør den engstelige og unnvikende tilknytningen (Bowlby 1988). Barnet har ikke tro på at foreldrene vil reagere når det har behov for nærhet og trygghet, og unngår å søke oppmerksomhet. De viser ikke sine behov, men søker heller til leker og andre aktiviteter. Barnet forsøker å leve sitt liv og kan oppleves som selvstendige og ”flinke” til å leke alene. Det er en særlig risiko at barnet utvikler denne formen for atferd når foreldrene ikke er tilgjengelig for barnet på grunn av psykiske vansker, rus eller andre emosjonelle problemer.

Den siste formen kalles desorganisert tilknytning og skiller seg ut fra de andre formene for tilknytning, fordi barnet ikke har et klart mønster (Hart og Schwartz 2011). Barnet viser atferd som er uforutsigbar, motstridende og kan oppleves som uforståelig. Reaksjoner hos barnet som overdreven sinne eller omsorg, stereotype handlinger eller plutselig endringer i aktivitet kan være symptomer på desorganisert tilknytning. Dette er en alvorlig form for tilknytningsvanske og er som regel resultat av alvorlig omsorgssvikt eller mishandling. Dersom omsorgspersonens atferd er uforutsigbar, og i blant også skremmende, blir barnets tilknytning uorganisert og utvikler ikke stabile indre arbeidsmodeller (ibid). Det er også stor risiko for psykopatologi hos barnet senere i livet og viser betydningen av tidlig innsats for barn i risiko. En trygg tilknytning anses som beskyttelsesfaktor (Hansen og Jakobsen, 2008).

Kunnskap om tilknytningsteori har betydning for å forstå barnets atferd og vurdere kvaliteten på barnets samspills ferdigheter. Forståelse for betydningen av god tilknytning er også aktuelt i forhold til forebyggende arbeid i barnehagen.

2.6. Barn i risiko.

Jeg har nå presentert ulike teorier som beskriver barnets utvikling i et samspill mellom individ og miljø. Denne bakgrunnskunnskapen gir et grunnlag for å forstå hvordan risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer har betydning for barnets utvikling.

De fleste barn, unge og voksne vil oppleve episoder eller perioder i livet som er belastende, og hvor kommunikasjon og samspill settes på prøve. Det er når vanskene blir mer omfattende

og blir til et vedvarende mønster at de kan representere en risiko for barnets psykiske helse (Hansen og Jakobsen 2008). Det er ikke en årsak alene som har betydning for barnets utvikling, men det er mange ulike faktorer som kan påvirke om barnet utvikler god psykiske helse eller vansker. Psykiske lidelser og vansker utvikles i et samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. Ulike faktorer kan føre til utvikling av en enkeltlidelse, samtidig som én og samme faktor kan føre til utvikling av mange lidelser (Folkehelseinstituttet 2009). Det foreligger ikke kunnskap om hvordan enkelte faktorer eksakt påvirker barnets utvikling i positiv eller negativ retning, men det foreligger kjennskap om forhold til som kan være hemmende for barns utvikling og likedes hva som kan være fremmende.

For å gi en oversikt på hvilke forhold som kan ha en hemmende eller fremmende innvirkning på barns utvikling velger jeg å ta utgangspunkt i kunnskap om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.

2.6.1. Risikofaktorer.

Begrepet risikofaktorer kan knyttes til mange ulike tema og fagområder. Begrepet i seg selv gir ingen føringer hvilke områder det dreier seg om, men risiko er for meg forbundet med fare for at det skal skje noe negativt. For å relatere begrepet i forhold til barn i risiko vil det være naturlig å knytte det opp mot forhold som er "en fare for barnet". Smith (2010) beskriver risikofaktor som en hvilken som helst omstendighet som øker sannsynligheten for et senere uheldig utfall. Dette er en vid forståelse av risikofaktorer og jeg ser det som hensiktsmessig å snevre det inn.

For å definere betydningen av risikofaktorer i sammenheng med barns utvikling og psykisk helse velger jeg å ta utgangspunkt i definisjon hos Hansen og Jakobsen (2008:16):

"Risikofaktorer kan defineres som karakteristika, erfaringer eller hendelser som, hvis de er til stede, er forbundet med økt sannsynlighet for et uheldig utfall ved barns utvikling. Dersom barnet er eksponert for risiko tidlig i livet kan dette få uheldig utfall for barnets utvikling".

Med dette forstår jeg at risikofaktorer består av ulike forhold hos barnet eller i miljøet der barnet befinner seg, som kan føre til uheldig utvikling hos barnet. Det kan være forhold som påvirker barnet på et tidlig tidspunkt, og som kan få følger for barnet senere i livet. Dette kan

være symptomer på forsinket utvikling hos barnet i forhold til kognitive, fysiske eller språklige ferdigheter, eller tidlige tegn på psykiske vansker eller lidelser. Andre faktorer kan være nedsatte funksjoner hos foreldre, vedvarende forhold eller enkelthendelser som fører til inngripen i barnets liv og utvikling. I definisjonen brukes utsagnet sannsynlighet for uheldig utfall. Med dette forstår jeg at en ikke kan forutsi at barnet får en atypisk utvikling, men det kan være en følge.

Hansen og Jacobsen (2008) velger å dele risikofaktorer inn i faktorer som forekommer både hos barnet selv og i dets miljø. Når en har kjennskap til forhold som kan medføre uheldig utvikling hos barn, så er det lettere å vite hva en skal se etter i utredning og en har bakgrunnskunnskap for hvordan en kan forstå ulike vansker og utfordringer hos barn.

Øyvind Kvello har bidratt med viktig kunnskap innenfor det barnevernfaglige området i knyttet til barn i risiko. Jeg vurderer at det er aktuelt og nyttig å bruke kunnskap fra andre fagområder for å utvide kompetansen innenfor det spesialpedagogiske fagfeltet. Kvello (2011:166) deler risikofaktorer inn i tre hovedområder; barnet, foreldrene og kjernefamilien og det øvrige oppvekstmiljøet. Jeg vurderer at Kvello vektlegger områder som er sammenfallende med områder som kan inngå i utredning av barn som er henvist PP-tjenesten. Det vil alltid være en skjønnsvurdering hvilke områder som bør kartlegges, men ved å utrede ulike områder som har betydning for barns utvikling vil en være bedre i stand til foreta en helhetlig vurdering og dermed også kunne oppdage barn i risiko.

I vurdering av risikofaktorer knyttet til barnet omfatter dette ”atypiske egenskaper hos barnet som kan være genetiske, nevrologiske eller reguleringsrelaterte” (Hansen og Jacobsen, 2008: 18). Kvello (2011:168) gir en oversikt over risikofaktorer hos barnet som øker sannsynligheten for at barn utvikler vansker. Risikofaktorene er knyttet til at barnet er prematur og har lav fødselsvekt, har generelle utviklingsforsinkelser eller syndrom, viser vansker i forhold til impulsivitet, uro, oppmerksomhet og temperament. Barn som viser tilbaketrukket atferd, virker utrygg, psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Og til slutt kan risikofaktorene være at barnet er utsatt for omsorgssvikt og har tilknytningsvansker.

Det er godt dokumentert at tidlig innsats har betydning for barnets utvikling. Allerede i barnets første leveår kan en oppdage symptomer på atypisk utvikling og det er viktig å ta dette på alvor og unngå en ”vent og se” holdning. Mange barn begynner i barnehagen det året de fyller ett år, og dersom de ansatte har god kompetanse på barns normale utvikling vil de tidlig kunne oppdage avvik.

PP-tjenesten en viktig instans for å fange opp barn som har eller er i fare for å utvikle psykiske problemer. Barnehagene er ofte den instansen som henviser barn i førskolealder til PP-tjenesten. Forskning viser at barnehagene i liten grad oppdager og reagerer på psykiske problemer hos barn. Henviste saker til PP-tjenesten i forhold til barn i barnehage er fordelt på språkvansker (47,6 %), psykososiale vansker (20,1 %) og forsinket utvikling (20,1 %) (St.meld. 18 (2010-2011) s. 26). Dette viser at nesten halvparten av henvisningene til PP-tjenesten er i forhold til barn med språkvansker. I studier knyttet til forhold som kan øke risiko for utvikling av psykiske vansker og lidelser viser resultatene at det er høyere forekomst hos personer med funksjonsnedsettelse og blant for tidlig fødte barn. Barn med språk – og kommunikasjonsvansker var spesielt utsatt (Sosial- og helsedirektoratet 2007:18).

Disse undersøkelsene kan tyde på at barn som har språk og kommunikasjonsvansker er i særlig risiko for å utvikle psykiske vansker eller psykiske lidelser. Ser en dette i sammenheng med hvilke barn som blir henvist PP-tjenesten fra barnehagene viser dette at en må være særlig oppmerksom hvordan en forstår og utreder barnets vanske.

Det andre området i forhold til risikofaktorer omhandler ”foreldrene og kjernefamilien”. Kvello vektlegger at foreldrene har en stor påvirkningskraft knyttet til barnets utvikling. Risikofaktorer hos omsorgspersonene kan være psykiske og psykososiale problemer som rusmisbruk og psykisk sykdom, traumatiske opplevelser (Hansen og Jakobsen, 2008). Omsorgspersonens vansker eller tilstand kan føre til at de ikke er sensitive nok for å imøtekomme barnet i forhold til behov og omsorg. Med referanse til ulike tilknytningsstrategier er risikofaktorer hos foreldre særlig aktuelt.

Killén (2012) gjør en inndeling i forhold til risiko og omsorgssvikt som gir en bevissthet om ulike forhold i familier. I den ene enden er de situasjoner hvor omsorgen har vært ”god nok”, men det er oppstått kriser som gjør at foreldrene ikke er i stand til å prioritere barnet. Årsaken til dette kan være at alvorlig sykdom, arbeidsløshet, skilsmisse eller andre forhold setter foreldrene i en vanskelig livssituasjon. Dette er forhold som utgjør en risiko for barna, men situasjonen er mindre alvorlig. I den andre enden av skalaen er oppvekstforholdene så alvorlige og skadelige at det er grunnlag for å karakterisere dette som omsorgssvikt. Disse barna lever med kronisk utrygghet og har en uforutsigbar hverdag. Risikofaktorer hos omsorgspersonen kan knyttes til psykiske og psykososiale problemer som rusmisbruk, psykisk sykdom og traumatiske opplevelser. I disse familiene er risikoen høy for at barna utvikler vansker dersom situasjonen er vedvarende. Barn som vokser opp i risikofamilier er

utsatt for ulike former for overgrep. Det kan være vanskjøtsel, fysiske, psykiske og seksuelle overgrep (Killén 2012). Barn kan være gode til å dekke over at de vokser opp under forhold som ikke er gode. En må derfor være oppmerksom på barn som viser atypisk atferd og vekker bekymring.

Det tredje området kaller Kvello (2011) ”det øvrige oppvekstmiljøet”. Dette omfatter alle miljøer utenfor familien. Eksempler på dette er slekt, sosialt nettverk, fritidsaktiviteter, barnehage, skole o.a). Dersom barn vokser opp og ikke har et sosialt nettverk utenom familien kan de være sårbare for å utvikle sosiale vansker. Venner og fritidsaktiviteter har betydning for utvikling og læring. Dersom foreldrene har lav sosioøkonomisk status kan det føre til at barna ikke kan delta på aktiviteter sammen med andre barn eller familier. Belastede nabolag kan også være en risikofaktor. Jeg har her presentert ulike risikofaktorer som kan påvirke barnets utvikling. For mer utdypende og utfyllende beskrivelser viser jeg til litteraturhenvisninger som er benyttet i teksten, og som omhandler barn i risiko.

Kvello (2011) framhever at dersom barnet tidlig i livet blir eksponert for flere og alvorlige risikofaktorer, desto verre er prognosen. En bruker ofte en grense på tre til fire tydelige risikofaktorer før faren for uheldige konsekvenser for barnets utvikling er sannsynlig.

I 1987 gjennomførte Sameroff m.fl. Rochesterstudien som var en studie som belyser hvordan barnets utvikling kan påvirkes av eksponering av risikofaktorer (Smith og Ulvund 1999:21). Utgangspunktet var ti miljøvariabler som alle til en viss grad korrelerte med foreldrenes sosioøkonomiske status. Barna ble undersøkt ved fireårsalder og funnene viste at av dem som hadde vært utsatt for én risikofaktor hadde svært få alvorlige utviklingsforstyrrelser. Når barna var utsatt inntil 3- 4 risikofaktorer viste det en betydelig forskjell i forhold til intellektuelle ferdigheter. Gjennomsnittlig reduserte hver risikofaktor et barns verbale IQ-skåre med fire poeng. Konklusjon på studien var at barn som vokser opp i familier som kjennetegnes ved mange risikofaktorer er mest utsatt for alvorlige utviklingsforstyrrelser.

Med kjennskap til denne undersøkelsen og annen forskning så blir betydningen av kartlegging av barnets situasjon og en helhetlig tilnærming understreket. Dersom en kun har fokus på individuelle faktorer i utredning er det en i fare for å overse viktige forhold som har betydning for barnets utvikling og læring. Belastninger i barnets miljø kan føre til at det ikke klarer å ta i bruk sine ressurser og som igjen kan utvikle seg negativt i forhold til barnets psykiske helse.

For at vurdering av risikofaktorer skal bli meningsfylt er det nødvendig å se dette i lys beskyttelsesfaktorer som kan påvirke situasjonen på en positiv måte.

2.6.2. Beskyttelsesfaktorer.

Selv om barnet blir eksponert for risikofaktorer så er det forhold både hos barnet selv, i familien og i barnets oppvekstmiljø som kan bidra til at en skjevutvikling ikke skjer eller at utfallet ikke blir så alvorlig. Smith (2010) kaller beskyttelsesfaktorer som en psykologisk "air bag" som bidrar til at påkjenningene reduseres.

Hansen og Jakobsen (2008:19) har følgende definisjon for beskyttelsesfaktorer; " de faktorer som muliggjør heldig tilpasning på tross av ufordelaktige forhold, og som øker motstand mot senere vansker".

Jeg tolker denne definisjonen slik at beskyttelsesfaktorer sees i sammenheng med risikofaktorer. Eksempel på dette kan være at dersom barnet selv har en nevrologisk forstyrrelse som fører til forsinket utvikling eller utviklingshemming, så kan barnet likevel ha gode betingelser for utvikling dersom foreldrene og oppvekstmiljøet er ressurspersoner.

Kvelling (2011) bruker de samme kategoriene i inndelingen av beskyttelsesfaktorer som i risikofaktorer. Beskyttelsesfaktorer hos barnet kan være knyttet til intelligens og aldersadekvat utvikling i forhold til språk, motorikk, sosiale ferdigheter og følelsesregulering. Fritidsinteresser og hobbyer der barnet får utfordringer og positiv bekreftelse er viktig i utvikling av god selvtillit og godt selvbilde. Trygg tilknytning er en viktig beskyttelsesfaktor når barnet møter utfordringer og er i stressituasjoner. Den andre beskyttelsesfaktoren er knyttet til familiens eller omsorgsgivers sensitivitet overfor barnets behov. Foreldre med god omsorgskompetanse og som er virksom i sitt eget liv i forhold til jobb og utdanning har vist å være gode beskyttelsesfaktorer (ibid). Den siste beskyttelsesfaktoren er knyttet til barnets oppvekstmiljø der en vektlegger betydningen av utvidet familienettverk, at barnet har flere trygge tilknytningspersoner i barnehage, skole eller lokalmiljøet og at det er gode lokale nærmiljøtiltak.

I denne sammenheng kan personalet i barnehagen bidra til å være en viktig beskyttelsesfaktor. Dersom barnet blir godt inkludert i barnehagen og det er gode relasjoner mellom ansatte og barna kan dette gi barna en trygg hverdag som til en viss grad kompenserer for utrygge rammer hjemme. God stimulering i barnehagen kan også bidra til at barnet oppnår god

utvikling dersom det er forhold hos barnet selv eller i familien som utgjør en risiko for skjevutvikling.

Barn som er i risiko og utsatt for omsorgssvikt, kan ha mistro til omgivelsene og det oppleves som utrygt. Erfaringer viser at til tross for at barn blir utsatt for risikofaktorer knyttet til omsorgen så kan andre voksne som er engasjerte, omsorgsfulle og forutsigbare bidra til at barn langsomt endrer sine tidligere oppfatninger av voksne og seg selv (Killén 2012). Barnet har behov for omsorg som kompenserer for mangelfull omsorg i hjemmet.

Barnehageansattes posisjon til barnet kan sees i sammenheng med tilknytningsteori. Trygg tilknytning til andre voksenpersoner enn foreldre kan hjelpe barnet i utvikling (Killén 2012). Killén vektlegger at alle barn som oppholder seg mange timer i barnehagen burde få det hun kaller kompletterende tilknytningsperson. Dette er særlig viktig for de minste barna når de begynner i barnehagen. De har behov for å utforske verden med utgangspunkt i en trygg base hvor de kan få beskyttelse når verden blir utrygg.

Begrepet resiliens er nært knyttet opp mot kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Resiliens kan forklares som den motstand barnet har mot risiko i miljøet, til mestring av stress eller problemer (Borge 2010:55). Historier om barn som har klart seg godt til tross for en tøff barndom og oppvekst kan forklares ut fra at det har vært noen beskyttelsesfaktorer hos barnet eller i barnets miljø som har hatt stor innvirkning slik at barnet har klart seg. Kvello (2011:156) definerer at resiliens kan sentreres rundt tre forhold: god utvikling hos høyrisikobarn, å bevare kompetanse under stress, og å komme seg raskt etter traumer. Han forklarer også at resiliens kan forstås som summen av beskyttelsesfaktorer.

2.7. Symptomer og atferd hos barnet som tyder på at det befinner seg i en risiko – eller omsorgssvikt situasjon.

Som jeg har vært inne på kan risikofaktorer være hos barnet, hos omsorgspersonene eller som miljøbetingelser. For å kunne iverksette tiltak så tidlig som mulig vil det være av stor betydning å være oppmerksom på tegn eller symptomer hos barnet som kan tyde på ikke adekvat utvikling. For å vite når barn viser avvikende utvikling er det nødvendig å ha kunnskap om barnets normalutvikling. Det er viktig å ta signalene på atypisk utvikling på alvor og ikke ha en ”vent og se” holdning.

Det kan være vanskelig å vurdere om et barn er i en vanskelig livssituasjon eller i risiko for skjevutvikling. Barn som er utsatt for belastende situasjoner utvikler overlevelsesh- og tilknytningsstrategier som gjør at de og omsorgspersonene har det best mulig sammen. Barn har behov for å mestre og de bruker krefter for å beskytte seg selv.

Killén (2012:81) har en inndeling av to former for overlevelseshstrategier hos barn som er utsatt for fysisk overgrep eller vanskjøtsel. Den første gruppen kaller hun ”den overdrevent tilpassede”. Disse barna forsøker å oppføre seg på måter som gjør at de lever opp til de voksnes krav og forventninger. Barnet har erfart at de voksne kan være uforutsigbare og reagere med sinne eller andre skremmende reaksjoner. Barnet er på vakt og forsøker å behage de voksne for å forhindre at det oppstår situasjoner de ikke har kontroll over. Killén gjør en inndeling i tre undergrupper i forhold til det overdrevent tilpassede barnet; ”1) de som presterer godt, som er aktive og ”enere”, 2) de som påtar seg omsorgsgiver rollen overfor foreldre og 3) de som er mer passive, ofte tilbaketrukkne, underkastede og i ekstreme situasjoner vaktssomme”. Det kan være vanskelig å oppdage disse barna fordi atferden er mer internalisert og de oppfører seg på en måte slik at de ikke skal bli lagt merke til eller er provoserende. Dersom en opplever at barn undertrykker egne følelser og behov for å behage den voksne bør det ”ringe noen bjeller”. Barn av foreldre som har nedsatt funksjonsevne kan vise tegn på overdrevent selvstendighet. Dette er en type omsorgssvikt som en ikke tenker er et overgrep, men mer at barnet og foreldrene er i en vanskelig livssituasjon. Det er likevel grunn til å ta barnets symptomer på avvik alvorlig og gi barnet og de voksne den støtte og hjelp de har behov for.

Barn som viser atferd som er overdrevent tilpasset kan være et symptom på at de har en utrygg/unnvikende tilknytning. Barn som utvikler denne formen for tilknytning bruker en strategi for å nedtone sine uttrykk for tilknytningsbehov. Når barnet har ønske om å få mer nærhet til tilknytningspersonen overregulerer disse barna sine affektive uttrykk i den forstand at de deaktiverer tilknytningsatferden (Brandzæg, Smith og Torsteinson, 2011). Barnet har erfart at for å oppnå aksept hos den voksne så kan de ikke gråte eller viser negativ atferd, men heller undertrykke sine følelser og tilsynelatende være tilfreds.

Den andre overlevelseshstrategien kaller Killén (2012) for de utagerende barna. Hos disse barna er atferden mer eksternalisert som viser seg ved aggressiv, destruktiv atferd. Disse barna er ofte mer urolige og dermed mer synlige. De kan oppleves som utfordrende for de voksne, men også for andre barn. Barnet oppleves som labil i humøret og det skal lite til for å

utløse aggresjon. Andre barn og voksne kan oppleve disse barna som uforutsigbare og de kan virke skremmende.

Sinte og urolige barn kan vise symptomer som er sammenfallende med det som kjennetegnes ved desorganisert tilknytning. Barnets selvoppfatning er preget av indre arbeidsmodeller som er negative. De kan oppleve situasjoner truende og fiendtlig selv når omgivelsene er trygge og barnet etter forholdene skulle ha det bra. Killèn (2012) beskriver disse barna som preget av sinne, depresjon og uadekvate følelsesmessige reaksjoner, frykt og angst.

Killèn (2012) framhever at selv om det er de to hovedformene for overlevelsesstrategier en ofte møter så kan det være slik at de skiftevis bruker begge strategiene avhengig av situasjon. Det kan også være at de viser ulike atferd i perioder.

En skal være varsom med å trekke konklusjoner i forhold til atferd barna viser, men ikke la være å reagere. Barnets følelsesmessige uttrykk kan ha mange ulike årsaker og en må da jobbe med å finne det ut. Det kan være ubehagelig og belastende å ta tak i disse vanskene, og det er kanskje noe av årsaken til at barn i skadelige omsorgssituasjoner ikke blir oppdaget.

3.0. Design og metode.

I den første fasen av masterprosjektet gjorde jeg mange vurderinger i forhold til gjennomføring av forskningen. Det var nødvendig å planlegge den metodiske og praktiske tilnærmingen (Johnsen 2007). Hva ønsket jeg å undersøke? Hvordan skulle det gjennomføres? Skulle jeg bruke kvalitativ eller kvantitativ metode, eller kanskje begge deler? Det var mange avgjørelser som skulle tas, men etter hvert falt brikkene på plass, og prosjektet begynte å ta form.

Jeg ønsket å fordype meg innenfor tema psykisk helse hos barn. Det forelå dokumentasjon som viste at PP-tjenesten hadde få erfaringer med små barn i risiko og burde tilføres ny kunnskap. Med denne bakgrunnskunnskap eller for forståelse ønsket jeg å få en dypere forståelse av kompetanse og praksis i PP-tjenesten, og valget om å foreta en kvalitativ undersøkelse ble bestemt. Dalen (2011:15) beskriver at i kvalitativ forskning er det et overordnet mål og utvikle forståelsen av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet.

3.1. Vitenskapsteoretisk tilnærming.

I intervjuundersøkelsen bruker jeg en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming. Kvale og Brinkmann (2010:33) beskriver at mens fenomenologer er interessert i hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden er hermeneutikere opptatt av fortolkningen av mening.

I et fenomenologisk perspektiv søker man kunnskap om hvordan mennesker opplever sin *livsverden*. Kvale og Brinkmann (2009:49) beskriver livsverden som ” den verden vi møter i dagliglivet, slik den framtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse, uavhengig av og forut for alle forklaringer”. Den livsverden jeg søker kunnskap om er hvordan ansatte i PP-tjenesten vurderer sin kompetanse og sin arbeidssituasjon i et avgrenset område. Hvordan en skal oppnå og få innsikt i informantens livsverden er avhenging av fenomenet som skal studeres, forskerens bakgrunn og informantens tilgjengelighet (Dalen 2011).

I gjennomføring av intervjuene har jeg tilstrebet å ha informantens opplevelse, kunnskap og erfaringer i fokus. For å få en nærhet til informantens dagligliv valgte jeg å gjennomføre intervjuene på informantens arbeidssted. Informantene var da i kjente omgivelser og hadde

nærhet til sitt praksisfelt. Jeg som intervjuer fikk innsikt i lokale forhold som beliggenhet, kontorlokaler, atmosfære og sjargong (ibid). Jeg var bevisst på at jeg ”gikk inn i en annens livsverden” og var ydmyk for hvordan informanten ønsket at rammene for intervjuet skulle være.

Da jeg har lang praksis fra PP-tjenesten hadde jeg en fordel ved at mange av rammebetingelsene var kjent. Jeg som intervjuer og informantene hadde tilnærmet samme fagbakgrunn og fagterminologi var kjent. Min opplevelse var at kommunikasjonen gikk lett og informanten var positiv til å dele sin kunnskap. I et fenomenologisk perspektiv er det å ha for stor nærhet til det en skal forske på ikke ensbetydende positiv, men kan være et hinder for å få ønsket data. Det kan være vanskelig å frigjøre seg fra egen praksis, slik at en ikke får tak i andre perspektiver og overser ny informasjon. I hvilken grad en oppnår å innhente ny kunnskap har betydning for studiens validitet.

Hermeneutikken handler om tolkning. Når vi tolker innsamlet materiale overfører vi det andre sier til andre uttrykk eller tegn. Vi omformulerer ved å bruke andre ord, eller vår forståelse kommer til uttrykk i det vi gjør eller ikke gjør (Fuglseth 2007). Tolkningen av innhentet data påvirkes av de valg jeg som forsker foretar. Hvordan en forstår eller tolker ulike situasjoner eller kontekster vil ikke være objektivt, men påvirkes av mange forhold. Vår interesse, kunnskap og forforståelse påvirker hvordan vi tolker eller forstår et fenomen. Ny kunnskap påvirker vår forforståelse, som fører til at vi ser på fenomenet på en annen måte. Denne vekselvirkningen eller fram- og tilbake prosessen kan beskrives som *den hermeneutiske sirkel eller hermeneutiske spiral* (Kvale og Brinkman 2010).

Befring (2002) beskriver at den ”hermeneutiske spiral” illustrerer hvordan nye delinnsikter blir fanget og plassert i nye helheter. Dette betyr at tolkning av materiale må sees i lys av min forforståelse.

I gjennomføring av intervjuene erfarte jeg at min kunnskap og tilnærming til informanten endret seg underveis, og dette fikk innvirkning på gjennomføring av intervjuene. Dette var en endring som jeg ikke kunne styre, men jeg prøvde å være bevisst på å bruke ny kunnskap til å gå dypere i intervjuene. Bevisstheten om den hermeneutiske spiral hjalp meg til å se hvordan jeg som forsker endret forståelse og kunnskap underveis. Min forforståelse var ikke lengre basert på teori og egen praksis, men informasjon fra informantene gav meg også ny innsikt. Dersom jeg skulle gjennomføre et forskningsprosjekt med samme tema på nytt, ville jeg ha et

helt annet utgangspunkt, og forskningen ville fått et helt annet innhold enn denne undersøkelsen.

3.2. Valg av design.

Valg av design har betydning for forskningens form i forhold til gjennomføring og resultater. Med bakgrunn i forskningsspørsmålet utvikles det en plan for gjennomføring av studien og det kalles forskningsdesign (Skogen 2007). Yin (2009:26) beskriver forskningsdesign slik;

“a research design is a logical plan for getting from here to there, where here may be defined as the initial set of questions to be answered, and there is some set of conclusions (answers) about these questions” .

Forskningsdesignet som en plan der utgangspunktet er innledende spørsmål og målet er svar eller konklusjoner på problemstillingen. I planen er det ulike trinn for å komme fram mot målet, og det er ulike variabler som inngår i prosessen. Det er variablene som avgjør hvilken design eller plan som er anvendelig for gjennomføring av forskning.

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet måtte jeg foreta valg om hvordan studien skulle gjennomføres. Det finnes ulike typer design, og casesdesign var egnet for min studie. Casesdesign er egnet når en har fokus på her – og – nå – fenomener slik den forekommer i den virkelige verden og ikke i et laboratorium (Skogen 2007).

I innhenting av empiri hadde jeg fokus nettopp på her – og – nå – situasjonen slik som PP-tjenesten fungerer i dag. Det var tidligere gjort kvantitative undersøkelser som tyder på at kompetansen hos ansatte i PP-tjenesten ikke var god nok i forhold til de yngste barna og på å oppdage barn i risiko. I de senere år har det vært et økt fokus på denne målgruppen og iverksatt ulike prosjekter og tiltak. I studien var det av interesse å finne ut om det hadde skjedd en endring i forhold til kompetanse og praksis.

Det finnes ulike variasjoner av casesdesign, og valg av design på sees i sammenheng med utforming av forskningsspørsmålet og tilgjengelige data (ibid). I min studie var sammensatt (embedded) singelcase riktig å bruke. I følge Skogen (2007) er dette designet anvendelig når en innhenter informasjon fra ulike informanter (analyseenheter), og alle analyseenheter sees på som en helhet innenfor casen.

I studien har jeg innhentet data fra 5 informanter, som fordeles på 4 PP-kontor. I analyse av data har jeg ikke vurdert informasjon fra informantene opp mot hverandre, men anvender informasjon som en samlet enhet.

3.3. Intervju som metode.

I innsamling av empiri har jeg bruk kvalitativ tilnærming, med intervju som metode. Med all respekt for de utfordringer som ligger til grunn for å få gode intervju, ser jeg dette som den metoden som er mest hensiktsmessig for meg for å få de data jeg søker etter.

I undersøkelsen valgte jeg å bruke semistrukturert intervju. Denne intervjuformen kjennetegnes ved at en på forhånd har utviklet en intervjuguide med spørsmål og intervjueren har mulighet til å følge opp med mer utdypende spørsmål (Johnsen 2007). Ved bruk av denne metoden gav det meg anledning til å gjennomføre intervjuene som en faglig samtale der intervjuguiden gav strukturen. Jeg erfarte at intervjuene ble skapt gjennom en interaksjon mellom meg som intervjuer og informanten (Kvale og Brinkmann 2010). Informantenes kunnskap og refleksjoner påvirket mine oppfølgingsspørsmål. På denne måten fikk kunne jeg få utfyllende svar og dybde i intervjuene. Denne intervjuformen gir rom for å komme innpå informantens livsverden og samsvarer med en fenomenologisk tilnærming

Det å skape en god og trygg situasjon der informanten føler seg bekvem, kan påvirke hvor åpen og meddelssom han eller hun vil være. I forskningsintervjuet foregår ikke konversasjon mellom to likeverdige partnere, men det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen (Kvale og Brinkmann 2009). Balansen mellom at informanten ble oppfordret til å dele sine tanker og kunnskap og at jeg skulle kontrollere samtalen var en intervjuteknikk som jeg fikk erfaring med. Av hensyn til tidsbruk og omfang av data var det noen tilfeller behov for å styre kommunikasjon og be informanten om å avrunde tema for å komme videre. Dette medførte ikke negative situasjoner, og intervjuet kunne fullføres på en grei måte.

3.5. Intervjuguide.

Ved bruk av semistrukturert intervju gir intervjuguiden strukturen og innholdet grunnlaget for gjennomføringen. Intervjuguiden omfatter sentrale områder og spørsmål som til sammen skal dekke de viktigste områdene studien skal belyse (Dalen 2011). I utforming av intervjuguide

tok jeg utgangspunkt i sentrale ord i forskningsspørsmålet, og utformet relevante spørsmål. På denne måten ble forskningsspørsmålet operasjonalisert.

Intervjuguiden ble inndelt i fem tema (Se vedlegg). Innenfor hvert tema hadde jeg intervju spørsmål som var formulert som åpne spørsmål i et dagligspråk som var lettfattelig (Kvale og Brinkmann 2010). Intensjonen var at informantene skulle føle seg fri til å assosiere og fortelle ut fra sin forståelse.

I oppbyggingen av intervjuet bruker jeg det Dalen (2011:26) kaller ”traktprinsippet”. Dette betyr intervjuet innledes med spørsmål som får informanten til å tilnærme seg tema på en forsiktig måte. Etter hvert blir spørsmålene mer spesifikk og sentrert i forhold til tema. I intervjuguiden framkommer det ikke at jeg innledet alle intervjuene med å presentere meg selv og at jeg ba informanten om å fortelle litt om seg selv i forhold til utdanning og praksis. Dette var med på å myke opp situasjonen, og legge til rette for at informanten kom i modus for å fortelle. Informasjon om informantene var interessante data som inngår i analysen. På forhånd var jeg ikke oppmerksom på verdien denne komponenten hadde i datainnsamlingen, slik at den er ikke med i intervjuguiden. Videre i intervjuet velger jeg å bruke spørsmål der hensikten er å ha en tilnærming til fagområdet og informanten får anledning til å reflektere i forhold til egen forståelse. Jeg var opptatt av at intervjuguiden ikke skulle være for styrende i intervjuet, men skulle danne struktur og være en støtte for å sikre innholdet i datainnsamlingen.

Alle informantene hadde på forhånd fått en kort beskrivelse av prosjektet der tema for intervjuet var presentert. Mitt inntrykk var at informantene var forberedt og hadde tenkt gjennom tema. Dette bidro til at informantene hadde mye å formidle og jeg fikk et godt tilfang av empiri.

I prosessen med å forberede intervju og utvikle intervjuguide valgte jeg å gjennomføre et prøveintervju. I følge Dalen (2011) bør det i kvalitativ intervjustudie alltid foretas ett eller flere prøveintervju for å teste ut intervjuguiden, men også teste seg selv som intervjuer. Jeg valgte å bruke en kollega som informant på prøveintervjuet. Dette var nyttig å prøve ut spørsmålene i forhold til formulering, og strukturen i intervjuguiden. Administrering av digital opptaker ble også prøvd ut. Etter prøveintervjuet var det behov for å gjøre noen justeringer i forhold til intervjuguiden, og jeg følte meg mer trygg på å møte mine egentlige informanter.

3.6. Utvalg

I kvalitativ forskning er valg av informanter en sentral del av det metodiske arbeidet. Dalen (2011) vektlegger at en bør være bevisst på hvem skal intervjues, hvor mange og at de skal velges ut etter bestemte kriterier. Et godt arbeid i forhold til utvelgelse av informanter har betydning for å vurdere gyldigheten av forskningen.

I kvalitative intervjuundersøkelser kan ikke antallet informanter være for stort. Med hensyn til gjennomføring av intervju og bearbeiding av materialet må omfanget være overkommelig, samtidig som det må ha en slik kvalitet at det gir tilstrekkelig grunnlag for tolkning og analyse (ibid). I studien inngår 5 informanter fordelt på 4 PPT kontor. I utgangspunktet var intervjuet tenkt gjennomført med en informant fra hvert kontor. Ved ett kontor ønsket de å være to informanter, og da dette ikke utgjorde vesentlige metodiske endringer ble dette godtatt. Det kunne med fordel inngått flere informanter totalt i studien for å få en større bredde, men med hensyn til tilgjengelige ressurser i forhold til tid og økonomi var det ikke gjennomførbart.

For at datainnhentingene skulle kunne representere eksisterende praksis, var det vesentlig å innhente data fra PPT kontor med ulik organisering. Jeg har valgt å benytte PPT kontor i små og store kommuner. I større kommuner er det vanlig at ansatte er mer spesialisert innenfor sitt område, både når det gjelder aldersgrupper og problemområde. På mindre kontor er det mindre mulighet til å jobbe med et avgrenset område, og de ansatte er i større grad generalister. Jeg bruker ikke informanter fra min egen arbeidsplass, da jeg tenker at det kan bli vanskelig å skille min rolle som forsker og kollega.

For sikre at informantene hadde ønsket faglig kompetanse, stilte jeg krav om at vedkommende hadde utdanning med minimum 2. avd. Spesialpedagogikk eller masterutdanning. Det var også ønskelig at informantene hadde sitt arbeidsfelt knyttet til barn i aldersgruppen 0 – 5 år. Disse kravene ble innfridd.

I utvelgelsen av informanter tok jeg kontakt med lederne ved utvalgte PP-tjenester. Dette gjorde jeg for å sikre at jeg hadde nødvendig tillatelse for å kontakte de ansatte. I prosessen med å finne intervjupersoner var jeg oppmerksom på det Dalen (2011:31) kaller ”portvakter og døråpnere”. Dette er aktører som har kontroll over atkomstlinjer til informanten. Jeg opplevde at min henvendelse ble behandlet på en god måte og lederne for tjenestene var ”døråpnere” for meg. Lederne formidlet kontakt med de aktuelle informantene som igjen tok kontakt med meg for avtale.

3.6. Analyse- og tolkningsprosess.

I forberedelsene til undersøkelsen gjorde jeg valg som påvirket analyse – og tolkningsprosessen, på en indirekte måte. Mine avgjørelser i forhold til vitenskapelig tilnærming, design, intervjumetode og intervjuguide har innvirkning på tilfang av data og analysemetoden.

Jeg har valgt å bruke en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming og tolkning av innsamlet data forstås i lys av den hermeneutiske spiral. Dette er en analyseform der innsamlet data tolkes underveis, slik at analysen er ”fremskyndet” til selve intervjusituasjon (Kvale og Brinkmann 2010). Dette betyr at prosessen med å tolke materialet er godt i gang når intervjuene er ferdig.

Intervjuene ble gjennomført som en samtale, og det ble gjort opptak. I tillegg tok jeg notater underveis. Intervjuene ble transkribert like etter at de var gjennomført og dette gav et godt grunnlag for å gjengi hva informantene hadde uttalt (Dalen 2011).

Da jeg brukte semistrukkert intervju, med åpne spørsmål, fikk jeg et forholdsvis stort materiale. Etter at intervjuene var transkribert, var det behov for å systematisere innsamlet data. Jeg valgte å bruke *tematisering* som er en metode for å kode materialet (ibid). Temaene ble systematisert etter samme inndeling som kategoriene i intervjuguiden.

Ved hjelp av tematisering fikk jeg oversikt over beskrivelser fra informantene innenfor de enkelte kategoriene. Det var da lettere å se om informantene hadde samme oppfatninger i forhold til ulike tema eller om det var motsetninger. Omfanget av data innenfor kategoriene sa også noe om de viktigste temaene i intervjuene.

I arbeidet med å kode datamaterialet måtte jeg være oppmerksom på at data ikke ble uteglemt. I en slik prosess er det lett å se etter informasjon som bekrefter det en søker etter. Med hensyn til den vitenskapelige kvaliteten skal funn være så nøyaktige og representative som mulig. Dette er et etisk krav til meg som forsker (Kvale og Brinkmann 2010).

I framstilling av empiri var jeg nødt til å gjøre valg for hva jeg kunne ta med. Med bakgrunn i forskningsspørsmålet og sentrale begreper ble den mest aktuelle empiri valgt. Disse opplysningene ble drøftet opp mot relevant teori og egne refleksjoner. Gjennom denne prosessen kan en si at forskningen hadde en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming.

3.7. Gjennomføring av studien med etiske betraktninger.

Etiske problemstillinger og hensyn må en være bevisst på gjennom hele undersøkelsen (Kvale og Brinkmann 2010). Dette er viktig for at forskningen skal være gyldig og personvernet ivaretatt. I planleggingsfasen av studien var det nødvendig å innhente godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Da prosjektet ikke innebærer behandling av opplysninger som inngår i personopplysningsloven, ble det godkjent som ikke meldepliktig av NSD (Se vedlegg).

Når denne godkjenningen var avklart tok jeg kontakt med lederne i de utvalgte PP-tjenestene og presenterte mitt forskningsprosjekt. Jeg ble møtt med velvilje og lederne skulle rette forespørsel til aktuelle informanter. For at PP-lederne og informantene skulle være informert om forskningens innhold sendte jeg en kort beskrivelse der innholdet i undersøkelsen ble presentert. (Se vedlegg) På denne måten visste informantene mer om undersøkelsens formål og hva de eventuelt takket ja til å være med på. Informantene hadde også fått tilsendt samtykkeskjema der det var presisert at deltakelsen var frivillig og at de hadde rett til å avbryte samarbeidet dersom det var ønskelig (Kvale og Brinkmann 2010). Samtykke ble underskrevet i forkant av intervjuene. (Se vedlegg)

Intervjuene ble gjennomført i en kort tidsperiode våren 2012. Jeg møtte informantene på deres arbeidssted. Dette var praktisk for informanten, og de var på en kjent arena. Da jeg selv jobber i PP-tjenesten var dette en god anledning til å få kjennskap til ulike PPT kontor i forhold til antall ansatte, organisering i kommunen, fasiliteter m.m. Alle intervju ble gjennomført som planlagt og datainnsamlingen opplevdes som en vellykket og interessant prosess.

Etter intervjuene var gjennomført ble opptakene transkribert. Siden jeg gjennomførte intervjuene og transkriberingen selv, hadde jeg god kontroll på datainnsamlingen, men dette innebærer likevel tap av informasjon. Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen (ibid). I denne sammenhengen foregår det flere transformeringer. Det er ikke til å unngå at en mister informasjon underveis, men jeg har tilstrebet å gjengi empiri på en slik måte at meningsinnholdet er ivaretatt.

Den siste fasen i masterprosjektet var å skrive selve masterrapporten. I denne fasen er det svært viktig å ivareta informantenes konfidensialitet. Dette betyr at rapporten ikke skal inneholde data som kan identifisere informanten (ibid). Med dette hensyn var det informasjon som jeg valgte å utelate.

3.8. Reliabilitet og validitet i intervjustudier.

I gjennomføring av forskningen har jeg vært opptatt av å følge anbefalte prosedyrer for å sikre kvalitet og pålitelighet. Forskningens reliabilitet handler om hvorvidt resultatene kan reproduseres av andre forskere på andre tidspunkt (Kvale og Brinkmann 2010). I praksis vil det innebære at dersom en annen forsker stiller samme spørsmål til intervjupersonen, ville han eller hun da fått samme svar. Slik som intervjuene er gjennomført ville ikke det være mulig. I følge Dalen (2011) er det i kvalitative undersøkelser vanskelig å stille krav om reliabilitet. I semistrukturert intervju skapes innholdet i et samspill mellom den som intervjuer og informanten. Dette vil ikke kunne etterprøves av en annen i samme situasjon. I kvalitativ forskning må kvaliteten vurderes under andre betingelser.

Validitet handler om forskningens gyldighet. Har jeg svart på forskningsspørsmålet ved å sikre god nok informasjon fra informantene, og i hvilken grad har jeg belyst empiri gjennom aktuell teori? (Johnsen 2007). Med utgangspunkt i Dalen (2011:94) vil jeg gjøre rede for forhold som danner grunnlaget for å vurdere forskningens validitet.

Hvordan jeg håndterer forskerrollen har stor innvirkning på undersøkelsen gyldighet. For at undersøkelsen skulle ha en faglig kvalitet valgte jeg tema der jeg vurderte å ha relativt god kompetanse. I forberedelser til intervjuene satte jeg meg inn i relevant fagstoff og dette bidro til at jeg var godt forberedt, og kunne stille gode intervju spørsmål. På denne måten prøvde jeg å oppnå intensjonen om å fange opp informantenes meninger og få et godt datamateriale. I intervjuene var det lett å bli involvert i samtalen, men jeg prøvde å være bevisst min rolle som forsker og innta en lyttende posisjon.

I utvalg av informanter var jeg opptatt av å ha bredde i utvalget. Dette ble ivaretatt ved at PP-tjenestene som inngikk i utvalget var spredt geografisk og de deltok ikke i interkommunalt samarbeid med hverandre. Jeg brukte også små og store PP-kontor. For å sikre at informantene hadde grunnlag for å svare på forskningsspørsmålets tema, hadde jeg kriterier for utdanning og arbeidsområdet.

I undersøkelsen er den metodiske tilnærmingen ivaretatt ved at jeg tidlig i prosessen bestemte forskningsdesignet og den har ikke blitt endret underveis. Jeg gjennomførte prøveintervju for å kvalitetssikre intervjuguiden og prøvde ut teknisk utstyr. Intervjuguiden legges ved forskningsrapporten, og den viser at forskningsspørsmålets innhold ikke er vesentlig endret i løpet av undersøkelsen.

4.0. Presentasjon, analyse og tolkning av data.

I dette kapitlet vil jeg presentere innsamlet data som er kommet frem i intervjuene. Presentasjon av resultatene er disponert etter oppbygningen i intervjuguiden og har følgende struktur: informasjon om informantene, kunnskap om barn i risiko, utredning, tiltak, kompetanse og kompetansebehov og endring av eksisterende praksis. Funnene vil bli drøftet opp mot relevant teori og egne refleksjoner. Temaene som omhandler kunnskap om småbarn i risiko, utredning og tiltak vil være gitt størst oppmerksomhet da informantene hadde flest uttalelser om disse tema.

4.1. Bakgrunnsinformasjon om informantene.

Intervjuene ble innledet ved at informantene gav en kort presentasjon av egen utdanning og praksis. Alle informantene i utvalget hadde utdanning innenfor definerte kriterier som var minimum 2.avd. spesialpedagogikk eller mastergrad/hovedfag. Samtlige hadde vært ansatt i PP-tjenesten i 4 år eller mer. De hadde førskolebarn som sitt arbeidsfelt og utførte oppgaver både i forhold til utredning og tiltak på system og individnivå.

I intervjuene framkommer det at flere av informantene hadde en spesiell interesse for småbarns psykiske helse, og hadde vært eller var involvert i ulike prosjekter eller tiltak knyttet til dette fagområdet. To av informantene hadde utdanninger med fordypning i forhold til relevante tema knyttet til psykisk helse hos små barn. Informantene gav inntrykk av å være engasjert i tema som var knyttet til forskningsspørsmålet og dette bidro til at jeg i intervjuundersøkelsen fikk et godt tilfang av data.

I den innledende samtalen framkom det informasjon om de ulike PPT kontorene i forhold til organisering, størrelse, faglig forankring og rutiner for utføring av oppgaver. Dette er data som blant annet sier noe om de ansattes opplevelse av egen arbeidssituasjon, organisering av PP-tjenesten og faglig utvikling. Informasjonen behandles ikke som et eget tema i undersøkelsen, men vil bli kommentert og drøftet i rapporten.

4.2. Kunnskap om barn i risiko.

Det første temaet i intervjuet omhandlet informantenes kunnskap knyttet til barn i risiko. For å unngå å legge for sterke føringer på betydningen av barn i risiko, valgte jeg å ha en åpen tilnærming til tema. Som innledning refererte jeg til rapporten Sped – og små barn i risiko, - en kunnskapsstatus (Hansen og Jakobsen 2008). Denne rapporten har fokus på sped- og småbarns psykiske helse og vektlegger at det er sentralt å øke kompetansen hos fagfolk, derav PP-tjenesten. Informantene ble spurt om temaet barn i risiko var noe de var opptatt av, og oppmerksom på i det daglige arbeidet.

Informantene brukte ikke en direkte definisjon av barn i risiko, men har beskrivelser og utsagn som viser at de innehar kunnskap som er relatert til dette fagområdet. Samtlige av informantene gir uttrykk for at barn i risiko handler om å ha fokus på ulike faktorer som påvirker barnets utvikling. Det var gjennomgående at informantene uttrykte at barn i risiko kunne omhandle både vansker hos barnet, hos foreldrene og i miljøet. Det framkom også at situasjonen var mer bekymringsfull når det var en sammensatt problematikk.

Risikofaktorer hos barnet.

Informantene gir beskrivelser av utviklingstrekk og tilstander hos barnet som kan utgjøre en risiko. Symptomer som vekker bekymring er barn som virker triste, innesluttet, redd, engstelig, trøtte, aggressive, urolig og har liten konsentrasjon. Informantene mener også at forsinket utvikling hos barn innenfor områdene språk og motorikk kan være en risikofaktor dersom vanskene ikke blir identifisert på et tidlig tidspunkt og tiltak ikke blir iverksatt. En av informantene beskriver at dersom barnet allerede i det første leveår viser tegn på dårlig blikkontakt, lite bruk av lyder/babbling og er passiv så er det grunn til bekymring.

Dette er beskrivelser av utviklingstrekk hos barn der en ser avvik i forhold til normalutvikling. Årsaken eller forklaring på hvorfor barnet viser tegn til sosiale og emosjonelle vansker kan være diffuse. Dersom en som fagperson i PPT får kjennskap til at barn viser denne type vansker vil det være viktig at en går videre med å finne mer ut av barnets situasjon, og ikke har en "vent og se" holdning.

Med kunnskap innen utviklingspsykologi, tilknytningsteori og nevrobiologisk forskning er det godt dokumentert at barns utvikling de første leveår har betydning for barnets senere læring og utvikling. Det kan være av avgjørende betydning for barnets utvikling at en kommer tidlig

inn og iverksetter tiltak før barnet utvikler diagnostiserbare forstyrrelser. Dersom en iverksetter tiltak på et tidlig tidspunkt, jo bedre er prognosen for å hindre skjevutvikling hos barnet (Smith 2010). Det er ingen tvil om at betydningen av at vansker oppdages på et tidlig tidspunkt, og at tiltak iverksettes, er stor.

En av informantene beskriver at vanskelig temperament hos barn kan være en risiko for å utvikle atferdsvansker. Disse barna kan vise ulike symptomer fra å være kraftfull i sitt uttrykk og reagerer sterkt, til at de som er reservert og tilbaketrukket. Hun mener at dersom de voksne som er i barnets nettverk, både foreldre og fagpersoner, ikke har kunnskap om temperament kan dette medføre at tiltak som iverksettes ikke bidrar til endring og problematikk blir vedvarende.

Temperament hos barn er en utviklingsteori som hittil ikke har hatt en sterk forankring i det spesialpedagogiske fagfeltet, men er svært aktuell for å kunne forstå utviklingstrekk hos barn. Mathisen og Janson (2010:250) viser til forskning der en finner sammenhenger mellom temperamentstrekk og utvikling av psykisk helse. Temperamentstrekk kan være en styrke og beskyttelsesfaktor, men også en risikofaktor. Dersom barnet har temperamentstrekk som fører til at de lett får negative og irritable reaksjoner vil dette kunne føre til situasjoner med konflikt og sinne. Temperamentstrekk som gjør at barnet tilpasser seg situasjoner og andre mennesker lett, vil bidra til positive relasjoner. I møte med mistilpassede barn er det viktig å være oppmerksom på hvordan barn responderer på stimuli i omgivelsene. Min erfaring er at foreldre ofte har god kunnskap om hvordan barnet reagerer i ulike situasjoner. Hvordan omsorgspersoner håndterer barnets temperament og atferd kan sees i lys av transaksjonsmodellen. Et barn som oppleves som blid og lett å få kontakt med blir møtt på en annen måte enn et barn som viser frustrasjon og motstand. Temperament er et omfattende og interessant fagområde som det ikke er mulig å gi plass til i denne rapporten. For mer utfyllende teori vises det til referanser i litteraturlista.

Flere av informantene beskriver at symptomer på samspillvansker mellom barnet og voksne i nære relasjoner kan være en risikofaktor. De har tanker om at dersom fagpersoner i PPT eller andre i hjelpeapparatet velger en innfallsvinkel i utredning av barn der en kun har fokus på barnets vansker og ikke på miljøet, står en i fare for at en overser at barn befinner seg i en vanskelig livssituasjon. Jeg er enig i denne betraktningen og dette kan være kjernen for å kunne identifisere barn i risiko.

Vansker hos barn i forhold til samspill kan være et symptom på ulike typer problematikk. Nedsatt funksjon i forhold til syn, hørsel eller språkvansker vil kunne påvirke barnets evne til å være aktiv i kommunikasjon. Avvik i innenfor områdene kommunikasjon og sosial kompetanse kan også være tidlig tegn på autismespekterforstyrrelser (ASF). I de første leveårene skjer det store endringer i ferdigheter og kompetanse hos barnet. Det er sjelden at barn med ASF blir diagnostisert før de er tre år (Schølberg 2010:445). Barnet kan tidlig vise symptomer på avvik, men de blir mer tydelig når barnet blir eldre. Dersom det oppdages forsinket utvikling hos barnet bør tiltak iverksettes selv om det ikke foreligger diagnose. Studier viser at tidlig intervensjon har betydning for utviklingen av funksjonelle ferdigheter, i både kommunikasjon og sosial kompetanse (ibid). Med bakgrunn i PPT har jeg erfart at det er av stor betydning for barnets utvikling at tiltak iverksettes på et tidlig tidspunkt. En kan da forebygge at barnet blir frustrert og tar i bruk uheldige strategier for å påvirke sine omgivelser. Barn som ikke klarer å formidle sine behov kan reagere ved å trekke seg tilbake eller bli utagerende. Dette er en belastet situasjon for barnet, foreldre og andre i barnets nettverk.

Med blick på barn i risiko kan atypiske trekk i samspill med barn og voksen være en indikator på at omsorgssituasjonen er negativ. Som beskrevet i oppgavens teoridel som omhandler symptomer og atferd hos barn i en risikosituasjon, utvikler barn som lever under belastende omsorgssituasjoner overlevelses – og tilknytningsstrategier som gjør at de og foreldrene har det best mulig sammen. Barnet har behov for å mestre å beskytte seg mot situasjoner som skaper angst og utrygghet. Symptomer hos barn som er utagerende med årsak i omsorgssvikt har mange likhetstrekk med symptomer hos barn som har en nevrologisk utviklingsforstyrrelse som diagnosen ADHD. Diagnosen kjennetegnes av oppmerksomhetsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet (Øgrim og Gjærum 2004:385). For å finne ut hva som er årsak til vanskene er det nødvendig med en omfattende utredning av barnet og barnets oppvekstmiljø. Ved en slik utredning kan det også være mulig å oppdage om barnet lever under forhold som er bekymringsfulle. Dersom PP-tjenesten vurderer at barnet har en utviklingsforstyrrelse bør en ta initiativ til viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten.

Informantene beskriver signaler på utviklingsforstyrrelser hos barn som er sammenfallende med forskning om risikofaktorer. For å gi en oversikt på risikofaktorer hos små barn som kan predikere om barnet senere utvikler vansker, viser jeg til oppgavens teoridel som omhandler risikofaktorer hos barn. Når barnet blir eldre kan det som tidlig kunne være tegn på

utviklingsforstyrrelser bli mer tydelig og gi utslag i forsinket utvikling og utviklingsforstyrrelser.

Alvorlighetsgraden av risikofaktorer hos barnet må det sees i sammenheng med beskyttelsesfaktorer hos barnet og hos barnets omsorgspersoner. Det er ytterligere risiko hvis omsorgspersonene ikke er i stand til å ivareta barnet på en god måte. Barnets utvikling skjer i et samspill mellom arv og miljø. Hansen og Jakobsen (2008) viser til studier som bekrefter at dersom barn som har uheldige genetiske disposisjoner kan ressurssterke omsorgspersoner være en beskyttelsesfaktor som bidrar til at en unngår skjevutvikling og omfattende vansker.

I et forebyggende perspektiv kan det være avgjørende at man kommer tidlig inn og iverksetter tiltak før barn utvikler diagnostiserbare forstyrrelser (Smith 2010). Fagpersoner i PPT som har kunnskap om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer hos barn har en viktig oppgave med å identifisere omfanget av vanskene og bidra til at det iverksettes tiltak på et tidlig tidspunkt.

Risikofaktorer hos foreldre.

Alle informantene vektlegger at foreldrene er barnets viktigste omsorgspersoner. En av informantene uttrykker foreldrenes betydning for barnet på denne måten;

Foreldrene er den viktigste basen og de viktigste personene for små barn.

Slik jeg tolker det bruker informanten begrepet ”basen” for å understreke foreldrenes viktighet og dette utsagnet velger jeg å se lys av tilknytningsteori. Bowlby (1998) bruker betegnelsen sikker base om den trygghet som foreldrene skal representere. Han beskriver en sikker base som barnets tiltro til at de vil bli tatt vel i mot når de har behov for fysisk og emosjonell støtte, trøst og trygghet. Det vesentlige i denne forståelsen er at foreldrene skal være tilstede og beredt til å reagere og gripe inn når det er behov for det. Dersom barnet har en opplevelse av å ha en sikker base vil de være trygge nok til å bevege seg vekk fra foreldrene og utforske verden. For å kunne innhente informasjon om foreldrene gir barna trygghet og støtte, er observasjoner av samspillet mellom foreldre og barnet vesentlig. Her kan barnehagen inneha viktig kunnskap dersom de er oppmerksom på hva de skal observere.

Tre av informantene uttrykker at manglende foreldrekompetanse er en risikofaktor. Dette kan ha årsak i for eksempel rusmisbruk, psykiske lidelser og lavt funksjonsnivå hos foreldrene. En av informantene nevner spesielt at foreldre med innvandrerbakgrunn kan ha store belastninger

som påvirker foreldrekompetansen. Hun opplever at barn hun møter i ”Mottaksbarnehagen” kan vise symptomer på vansker i forhold til tilknytning.

Kvello (2011) refererer til forskning som viser at innvandrerfamilier fra ikke-vestlige land og flyktningfamilier ofte opplever stress i tilpasningen til det norske samfunnet, og kan ha flere belastninger. Voksne med innvandrerbakgrunn betraktes som en høyrisikogruppe for utvikling av psykiske lidelser, og dette vil igjen påvirke foreldrekompetansen. Barn av innvandrere er i risikograppa for utvikling av ulike vansker og som ansatt i PPT bør en være oppmerksom på tegn som tyder på belastninger i oppvekstmiljøet.

Informantene beskriver forhold hos foreldrene som viser at flere risikofaktorer er til stede. Dette sammenfaller med det som kjennetegner *risikofamilien*.

”familier hvor flere risikofaktorer er til stede, som oftest både hos foreldre og barn, og hvor disse faktorene er av tilstrekkelig varighet, og av en slik art, at det sannsynlige utviklingsmessige utfallet hos barn overstiger baseraten av psykiske vansker/forstyrrelser i barnebefolkningen. Risikofamilier kjennetegnes ved at antallet risikofaktorer overgår antall beskyttelsesfaktorer og hvor det er lite som tyder på at risikofaktorene vil reduseres dersom tiltak ikke settes inn”. (Hansen og Jakobsen, 2008:22).

Denne definisjonen gir en beskrivelse på flere forhold som medfører at barnets omsorgssituasjon ikke er god nok. I familier der barnet har en funksjonsnedsettelse eller utviklingsforstyrrelser vil omsorgsoppgaven til foreldrene bli mer krevende. Dersom foreldrene ikke har tilstrekkelig kunnskap eller evner å gi barnet det de har behov for kan dette medføre skjevutvikling hos barnet. Hansen og Jakobsen (2008) fremhever at det er i familier der sosiale og personlige belastninger hos omsorgspersonen, i kombinasjon med sårbarhet hos barnet, som utgjør størst risiko. Dette er noe som ansatte i PP-tjenesten bør være bevisst på når en har kjennskap til barn med særlige behov. Det vil da være nødvendig å ha et nært samarbeid med foreldrene og vurdere om det er behov for å iverksette tiltak. Dette kan med fordel gjøres i samarbeid med andre i hjelpeapparatet, for eksempel helsestasjon, habiliteringsteam eller barneverntjenesten.

Risikofaktorer i miljøet.

Samtlige av informantene gav uttrykk for at miljøet hadde en viktig betydning for barnets utvikling. En av informantene formulerte det slik:

Med fokus på barn i risiko, så har man fokus på miljøet.

Informanten ble oppfordret til å si noe mer om hva hun tenker på når man har fokus på miljøet. Hun utdyper at barnets miljø handler om hvordan barnet har det i det daglige, hjemme og i barnehagen.

Jeg tolker at informanten har en forståelse av at barn i risiko dreier seg om hvordan ulike faktorer påvirker barnets utvikling. Dette kan forstås i lys av Bronfenbrenners økologiske modell (Smith og Ulvund 1999). Dette er en utviklingsmodell i et systemperspektiv der miljøet deles inn i fire nivå. Det første nivået kalles mikrosystemet og her inngår de arenaer der individet er i direkte samhandling med andre. I denne sammenheng kan det være familie, barnehage, venner, fritidsaktiviteter og lignende. Det neste nivået kalles mesosystemet og dette er en fellesbetegnelse på arenaer barnet ferdes i og samspillet mellom dem. Med fokus på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer vil det være disse to nivå som har størst innvirkning på barnets utvikling.

Informantene hadde synspunkter på barnehagens betydning for barnets utvikling og at manglende kunnskap hos de ansatte kunne være en risikofaktor. Flere av informantene mente at i de senere årene har situasjonen endret seg i forhold til at barn begynner tidligere i barnehagen. Barn kan ofte være så unge som 9-10 måneder og de har andre behov enn barn som er 2-3 år. Det er bekymring i forhold til ansattes tilgjengelighet og kompetanse knyttet til små barns behov i forhold til nære personer og tilknytning.

Med bakgrunn i teori om tilknytning, mentalisering og Sterns selvutviklingsteori har ansatte i barnehagen en viktig oppgave som omsorgspersoner i foreldrenes sted. Mange barn tilbringer 7 – 8 timer i barnehagen, fem dager i uka, og det kan bety at i perioder er barna mer sammen med personalet i barnehage enn sammen med sine foreldre. Kunnskap om betydningen av barnets behov for trygg tilknytning til foreldrene er like vesentlig når det gjelder barns behov for relasjon til barnehagepersonale (Killén 2012). Alle barn som begynner i barnehagen, og særlig de yngste, vil ha behov for en egen kontaktperson som representerer en spesiell trygghet, en sikker base. Det vil kunne bidra til å forebygge psykiske belastninger for barnet. I de tilfeller der en kjenner risikofaktorer hos barnets omsorgspersoner kan barnehagen inneha

en viktig funksjon for å etablere trygg tilknytning. Hagström (2010:60) bruker betegnelsen ”kompletterende anknytningsperson” om tilknytningspersoner som er i barnets liv i tillegg til de nærmeste omsorgspersoner. I familier der foreldrene av ulike årsaker ikke representerer en trygg, sensitiv og stabil voksen for barnet, kan en annen person være en kompletterende tilknytningsperson. Hagström vektlegger at i tillegg til at en voksen er stabil, er det tre forutsetninger som bør være tilstede for å være en tilknytningsperson for barnet. En må kunne gi fysisk og følelsesmessig omsorg, sørge for å ha kontinuitet og konsekvens i barnets liv og ha et positivt følelsesmessig engasjement for barnet (ibid).

Som ansatt i PPT kan en bidra til at barnehageansatte får kunnskap slik at de representerer en beskyttelsesfaktor for barna. I et forebyggende perspektiv skal alle barn føle seg trygg og ivaretatt i barnehagen. For de barna som lever i en belastet omsorgssituasjon, vil ansatte i barnehagen ha en spesielt viktig rolle.

Flere av informantene var bekymret for utviklingen med store barnehager med flere avdelinger og basebarnehager. En av informantene beskriver sin bekymring på denne måten:

Jeg er kjempeskeptisk til basebarnehager for de minste barna og tenker da på problematikken med tilknytning. Det er vanskelig å få til gode relasjoner i en hektisk hverdag med så mange unger. Jeg ser små barn som står i periferien, som burde ha vært i et samspill og ha trygge voksne rundt seg. Det er veldig mange voksne, forskjellige voksne, mange vikarer og nye vikarer.

Informanten beskriver en situasjon der barnet blir utsatt for belastninger som kan utgjøre en risiko for utviklingsvansker. Hvordan barnet tåler en slik situasjon kan være avhengig av hvor robust barnet er i forhold til beskyttelsesfaktorer hos barnet selv og hos foreldrene.

Barn som utsettes for forhold der de føler seg utrygg og redd er i en stresssituasjon. I nyere spedbarnsforskning har det kommet fram at stressrelaterte erfaringer er en miljøfaktor som påvirker utviklingen tidlig i livet. Gjentatte eksponeringer av stress kan påvirke nevrologiske mekanismer og ha langvarige virkninger (Hansen og Jakobsen 2008). I situasjoner der det av ulike grunner kreves at en er i beredskap produserer kroppen hormonet kortisol. Det er et viktig stresshormon, men kan også gi skader dersom balansen i hormonsystemet forstyrres (Kvelling 2011). Når vi skal lære noe nytt, og være ”skjerpet” er vi i en kortvarig situasjon med stress. Kortisolnivået øker under en slik tilstand, men normaliseres når situasjonen er over. I situasjoner som oppleves som farlig og truende øker hormonet i et større omfang. Dersom

mennesker er i en slik situasjon gjentatte ganger og i lange perioder vil det være skadelig. Dette er et negativt stress som holder kroppen i konstant beredskap. Forskning viser at ubalansert kortisolnivå gir negative konsekvenser for menneskers allmenntilstand. Det kan føre til at en hurtig blir sliten, nedstemt, deprimeret, opplever hukommelsessvikt og redusert immunforsvar (ibid).

Som ansatt i PPT vil kunnskap om miljøfaktorer som påvirker barnets utvikling og tilstander være viktig både i forhold til individ og i systemrettet arbeid i forhold til barnehagene. Dersom en opplever at barnehagen har miljøfaktorer som kan ha negativ innvirkning på barnas fungering så vil det være nødvendig å gjøre barnehagen oppmerksom på dette.

Informantenes opplevelse av at det har vært endring i forhold til når barn begynner i barnehagen er en realitet. Statistiske undersøkelsen viser at det har skjedd en stor endring i forhold til andelen småbarn i norske barnehager. I 2001 gikk 17 % av landets 1-2 åringer i barnehage. I 2011 hadde 40 % av barn i denne aldersgruppen barnehageplass (Utdanning 2013 s. 15). Med denne endringen vil det være behov for økt kompetanse knyttet de minste barna og det vil også ha konsekvens for bemanningstettheten. I tillegg har det i løpet av de siste årene vært en stor vekst i utbygging av barnehagene, som gjør at det er stor etterspørsel etter personell med pedagogisk kompetanse. Denne endringen har også innvirkning på hvilken kompetanse PPT bør inneha.

4.3. Utredning - med blikk på å identifisere barn i risiko.

I denne delen av undersøkelsen spør jeg informantene om hvordan de går fram i utredning av barn som er henvist av PPT. Jeg ønsket at informantene skulle beskrive utredningsmetoder som kan bidra til å identifisere barn i risiko for utviklingsvansker.

Samtlige av informantene gir uttrykk for at gjennomføring av utredning påvirkes av hvilken type hjelp som ønskes av PPT. Ulik problematikk krever ulik type utredning. Størstedelen av henvisningene på førskolebarn kommer fra barnehagene. Henvisninger kan også komme fra helsestasjon, barneverntjenesten, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, sykehus eller fra foreldrene selv. Når henvisninger kommer fra barnehagen foreligger det pedagogisk rapport som beskriver barnets vanske, tiltak som er iverksatt og evaluering av disse. I tillegg har barnehagene ofte brukt ulike kartleggingsverktøy som er med på å dokumentere barnets problematikk. Det nevnes fra flere informanter at mange barnehager bruker TRAS - Tidlig

registrering av språk (Espenakk 2003) og ”Alle med” (Løge m.fl. 2006). Informantene gir uttrykk for at de dokumenter som følger med henvisningen til PPT er et viktig grunnlag for å vurdere hvordan utredning utføres. Ingen av informantene opplyser at de har kjennskap til at det foreligger dokumenter ved henvisning med opplysninger om barnets psykiske helse eller risikofaktorer hos foreldre eller i miljøet.

Dokumenter som ligger ved henvisning til PPT danner grunnlaget for videre saksgang. De kartleggingsverktøy som er nevnt er screenings av barnets fungering i forhold til språklige ferdigheter og samspill. Sammen med pedagogisk rapport kan dette gi et bilde av barnets fungering, men sier likevel lite om forhold som kan identifisere risikofaktorer hos foreldre eller i barnets miljø. I rapport fra Folkehelseinstituttet (2011) framkommer det at mange barnehager bruker standardiserte kartleggingsverktøy for å vurdere barnets språkutvikling. Det er sjelden at barnehagen bruker standardiserte kartleggingsverktøy som sier noe om barnets atferdsutvikling, følelsesutvikling og sosiale ferdigheter. Barn i risikofamilier kan fanges opp av barnehagen tidlig dersom det finnes gode kartleggingsverktøy som gir mulighet til å samle inn opplysninger om barnas utvikling med en helhetlig tilnærming. Et tiltak kan være at barnehagene får samtaleverktøy som gjør personalet i stand til å snakke med foreldrene om bekymring for barnets fungering eller hjemmesituasjon (Hansen og Jakobsen, 2008). Jeg tenker at en slik satsing vil kunne bidra til at barnehagene blir mer trygg på å vurdere kjennetegn knyttet til småbarns psykiske helse og kunne henvise videre til hjelpeapparatet.

En av informantene forteller at i kommunen der hun er ansatt har de faste rutiner for saksgang før tilmelding til PPT fra barnehagene. Det er etablert et ressursteam som består av ansatte i barnehagen og PPT. Alle saker drøftes anonymt før henvisning og allerede på dette tidspunktet kan det framkomme informasjon som gjør at PPT kan vurdere om dette handler om en sak der flere risikofaktorer er registrert. Hun nevner at både barnehagen og PPT har fokus på hvordan foreldrene fungerer sammen med barnet. Det kan være spesielle forhold som barnehagen har observert i hente- og bringesituasjoner, ting barnet forteller i barnehagen eller informasjon som foreldrene selv har gitt i foreldresamtaler. Her fremkommer det at gjennom samtaler med barnehageansatte kan PPT få informasjon som kan være med på å oppdage risikofaktorer hos barnet eller i barnets miljø.

Alle informantene beskriver at de etablerer kontakt med foresatte tidlig i utredningsfasen. Tre av informantene forteller at etter at henvisning er mottatt starter de alltid med å invitere

foresatte til samtale. De vektlegger at barnets nærmeste omsorgspersoner skal være deltakende i utredningsprosessen og vite hvordan hjelpeapparatet jobber.

To av informantene forteller at de kan møte på foresatte som ikke er enig i at barnet er henvist til PPT, men de har samtykke til det. Foreldrenes vegring for å henvise til PPT kan være et uttrykk for usikkerhet i forhold til tjenesten eller hjelpeapparatet generelt. Årsaken til at foreldre ikke ønsker at deres barn blir henvist hjelpeapparatet kan ha mange årsaker. Det kan være erfaringer fra egen barndom, andres erfaringer med hjelpeapparatet eller at de ikke ønsker fokus på seg selv som foreldre.

Som fagperson i PP-tjenesten er det en sentral oppgave å skape en god relasjon til foreldre som kommer i kontakt med tjenesten. Det er viktig at foreldrene får anledning til å fortelle om sine synspunkter og vurdering av barnet. Min erfaring er at de aller fleste foreldre ønsker at deres barn skal få den hjelp og støtte de har behov og de vil det beste for sine barn. En av PP-tjenestens viktigste fagområder er rådgivning. Med bakgrunn i Carkhuff problemløsende rådgivingsmodell (Lassen 2009:50), er det grunnleggende i en god rådgivningsprosess at rådgiver etablerer en god kontakt eller relasjon til rådsøkere, som i denne sammenheng er foreldrene. Her ligger ansvaret hos rådgiver og egenskaper som har innvirkning på prosessen er rådgivers grunnleggende holdninger og evne til empati, positiv aktelse og ydmykhet. Som fagperson må en være oppmerksom på at foreldre til barn som av ulike grunner er henvist hjelpeapparatet er i en sårbar situasjon og en har ansvar for å skape trygghet og tillit slik at dette kan tjene til barnets beste.

En av informantene beskriver at hun ofte møter foreldre til barn med utagerende og negativ atferd. Noen kan gi uttrykk for at barnet fungerer godt hjemme, men ser at barnet har vansker i barnehagen og har derfor samtykket til henvisning. Informanten forteller at hun anvender ulike samtaleteknikker for å få foresatte til å dele sine tanker og opplevelser. Hun beskriver at for å etablere en kontakt og relasjon til foresatte er hun bevisst på å anerkjenne deres synspunkter. Hun oppfordrer foreldre til å fortelle om sine tanker om at deres barn viser vansker i barnehagen og ikke hjemme. Foreldrene kan da beskrive at forholdene er annerledes hjemme og i barnehagen, og dette medfører at barnet for eksempel reagerer med uro og sinne. Informanten beskriver at hun på denne måten får informasjon om foreldrenes forståelse av barnets vansker og litt kjennskap til hjemmeforhold. Informanten bruker også en annen metode som kan bidra til at foresatte deltar i samtalen. Hun tar utgangspunkt i kjente

situasjoner og ber foresatte om å beskrive egne erfaringer. I følge informanten kan en samtale forløpe slik;

”Kan dere fortelle hva som skjer på butikken når dere skal handle”? Så sier foreldre:” Vi tar aldri barna med dit”.

Hun kan da erfare at samtalen ”løsner” og de foresatte beskriver deres opplevelser. Jeg tolker informantens beskrivelse til at hun prøver på ulike måte å skape en god relasjon til foreldrene og ønsker at foreldrene skal dele sine tanker på egne premisser. Det å bruke åpne spørsmål og være en aktiv lytter er viktige elementer i samtaleteknikk (ibid).

To av informantene forteller at de har faste sjekkpunkter til samtalen med foresatte som omhandler barnets fungering, familieforhold, nettverk og fritidsaktiviteter. En av informantene nevner spesielt at hun spør foreldrene om deres forhold til rusmidler og om det er problematikk i forhold til psykiske vansker i familien. Hun utdyper at det er ikke like naturlig å spørre om dette i alle samtaler. Årsak til henvisning har en avgjørende betydning. Eksempel på dette er hvis barnet er henvist for språklydsvansker og det er ikke noe som tyder på at det er andre forhold som er bekymringsfulle, så er det ikke naturlig å ta opp tema som rusproblematikk.

Dette viser at henvisningsårsak påvirker hvilken utredning PP-tjenesten gjennomfører, og at det kan være avgjørende for hvordan utredning som blir utført.

Informantenes beskrivelser av kontakten med foresatte i utredningsfasen viser at deres informasjon er viktig for å kartlegge barnets oppvekstmiljø. Gjennom kontakten med foreldrene kan en danne seg et inntrykk av foreldrenes innlevelse, og en oppfatning av barnets fungering. I teori om tilknytning og risiko er foreldrenes evne til mentalisering vektlagt stor betydning. Når foreldrene forteller om eller er i samspill med sine barn kan en få innsikt i kvaliteten på foreldrenes mentalisering. I følge Kvello (2011) så kan kvaliteten på foreldrenes evne til mentalisering predikere om omsorgen er god.

I tillegg til samtaler bruker flere av informantene ulike typer kartleggingsverktøy for å innhente informasjon fra foresatte og barnehage. Som et ledd i utredning har to av informantene tatt i bruk screeningsverktøyet Ages & Stages Questionnaire (ASQ)(Bricker & Squires 1999). Dette er standardiserte spørreskjema for vurdering av barnets utvikling, og er beregnet for barn fra fire måneder og opp til fem år. Spørreskjema består av spørsmål i forhold til kommunikasjon, grov- og finmotorikk, problemløsning og personlig/ sosial

kompetanse (Hansen og Jakobsen 2008). Informantene forteller at skjemaene som regel deles ut til foreldrene i første samtale eller tidlig i utredningsprosessen. Dersom barnet går i barnehage ber PPT barnehagen også om å fylle ut tilsvarende skjema. Informantene har erfaring med at dette gir nyttig dokumentasjon om barnets fungering. Ved at foreldre og barnehagen fyller ut samme skjema, kan en sammenligne resultatene og danne seg et bilde av om de vurderer barnets utvikling likt eller om det er forskjeller.

En av informantene bruker kartleggingsverktøyet DAT-kon (Stray, Stray, Tønnesen 2012). Hun forteller at dette ikke er en utredning der barnet testes, men en utredning som baseres på foreldrenes beskrivelse av barnet eller opplevelse av situasjonen. Ved bruk av dette verktøyet kan et oppdage tilknytningsvansker, relasjonsforstyrrelser og reaktive problemer. I tillegg til å vurdere barnets fungering inngår også forslag til tiltak i dette kartleggingsverktøyet. Det kan brukes for barn fra 4 år og oppover.

En informant bruker ASEBA (R-Bup 2013). Dette er et kartleggingsverktøy i forhold til foresatte og barnehagen. Materiellet beskrives som et verktøy til klinisk vurdering av barn og unges psykiske helse. Kartleggingsverktøyet består av skjema med spørsmål knyttet til ulike problem- og kompetanseområder hos barn, unge og voksne. Informanten gir uttrykk for at resultatet kan gi god informasjon om barnets fungering på flere områder.

Alle disse kartleggingsinstrumentene baserer seg på foreldrenes og barnehagens beskrivelse av barnets fungering. Med unntak av DAT-kon gjennomføres kartleggingen ved at foreldre og/eller barnehagen skal fylle ut skjema med et forholdsvis stort antall spørsmål. Av erfaring fra egen praksis kan innholdet i spørsmålene være vanskelig å forstå for foreldre, og for ansatte i barnehagen, og dette kan føre til usikkerhet og feilrapportering. For å oppnå at opplysningene er mest mulig korrekt bør fagpersoner tilby veiledning og eventuelt hjelp til utfylling. Jeg har positive erfaringer med å fylle ut skjema sammen med foreldre og ansatte i barnehagen. En kan bruke spørsmålene i skjema som utgangspunkt for samtale og dette gir et godt grunnlag for dokumentasjon.

Samtlige informanter bruker observasjon som et ledd i utredning. Observasjonene gjøres som regel etter at PPT har mottatt pedagogisk rapport, hatt samtale med foreldre og barnehagen og mottatt resultater etter kartlegging. Observasjonene gjennomføres som regel i barnehagen, men i enkelte tilfeller foretas observasjoner også hjemme hos barnet. Dette gjøres i de fleste tilfellene når barnet ikke går i barnehage. I intervjuene framkommer det at PPT i liten grad har mulighet til å observere samspeillet mellom barnet og foresatte. Det er ofte de ansatte i

barnehagen som gjør disse observasjonene, og PPT støtter seg til det. En av informantene forteller at hun gjerne sier til foresatte at hun ikke har fått observert dem i samspill med barnet, slik at hun må forholde seg til det barnehagen forteller. Foresatte kan da meddele om de kjenner seg igjen i barnehagens registreringer eller om de opplever situasjonen som annerledes.

En av informantene forteller at i observasjon har hun et særlig fokus på hvordan barnet fungerer i samspill med andre barn og voksne. Dersom det er bekymring i forhold til omsorgssituasjonen og tilknytningsproblematikk, ser hun etter spesielle symptomer som kan være tegn på det.

Dersom ansatte i PPT har kunnskap om tilknytningsstrategier kan observasjoner av barnet i samspill med voksne i barnehagen gi oss viktig informasjon om barnets oppvekstmiljø. I følge Killén (2012) kan observasjon av barn i barnehagen gi informasjon om barnets omsorgssituasjon. Det presiseres at for å kunne få gode observasjoner er det nødvendig å ha spesiell kompetanse i å observere barn og mulighet til å observere barnet i mange og i ulike situasjoner. For ansatte i PPT fører ofte mangel på tid til at det ikke er mulig å foreta observasjoner i det omfanget som er anbefalt. Det er derfor viktig at PPT samarbeider med ansatte i barnehagen for innhenting av dokumentasjon.

En informant forteller at gjennom utdanning og praksis har hun fått kompetanse i å utrede barn i forhold til tilknytningsproblematikk og utfordrende temperamentstrekk. For å kunne utrede disse barna krever det en annen tilnærming enn ved mer avgrensede vansker som for eksempel språklydsvansker. Hun utdyper at det er nødvendig å utrede barnet i forhold til samspill og relasjoner, og tester vil ikke kunne avdekke disse vanskene. Utredning gjennomføres på flere arenaer og gjennom samtale med foreldrene. For å bli kjent med barnet gjennomføres observasjoner både hjemme og i barnehagen og hun tar ofte videoopptak. Opptakene kan brukes som utgangspunkt i veiledning til barnehagen og foreldrene. Hun bruker lekesituasjoner for å kartlegge barnets emosjonelle og sosiale fungering. Informanten forteller at PPT kontoret der hun er ansatt har et helhetsfokus i utredning av barn. Hun utdyper at de har et mindre fokus på symptomer, men er mer opptatt av å forstå barnet og årsak til vanskene.

Informanten har gjennom utdanning og praksis en spesiell kompetanse i forhold til å jobbe med barn som er utsatt for omsorgssvikt, har traumer og utfordrende temperament. Hennes kunnskap og fremgangsmåte i utredningsarbeidet skiller seg noe ut fra den praksis de andre

informantene beskriver. Informanten foretrekker å utrede barnet gjennom deltagende observasjon og observasjon av barnet i samspill med foreldrene og andre barn. Jeg tolker at informantene gjennomfører utredning som kan gi et godt grunnlag for å vurdere behov for spesialpedagogisk hjelp i barnehagen og veiledning til foreldrene. Utredninger som gjennomføres av PPT har som regel til hensikt å avklare barnets behov for spesialpedagogisk hjelp. Jeg tenker at denne informantene gjennomfører utredning som kan være et godt grunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten eller barneverntjenesten.

En av kommunene som er representert i undersøkelsen bruker observasjonsmetodikk fra "Kvello-modellen". Dette er en praktisk modell for tidlig innsats og tverrfaglig og tverretattlig samarbeid (Kvello 2010). Informanten beskriver at PPT gjør observasjoner i barnehagen i samarbeid mellom personalet i barnehagen, fysioterapeut, helsestasjon og barneverntjenesten. I denne kommunen er det praksis at barnehagen "velger ut" barna som bør få en tverrfaglig utredning. Informanten forteller at hun var overrasket over det store antallet barn som ble innmeldt fra barnehagene. Det var stor variasjon i problematikk hos barna. Fra de som hadde "noe" med språket til barn som var utagerende. Informanten opplever at etter at de har tatt i bruk denne modellen har de fanget opp flere barn som er i risiko for utviklingsvansker enn det de gjorde tidligere. Informanten forteller videre at det spesielle med Kvello-modellen er at i tillegg til å observere barnet, så skal PPT også gjennomføre systemobservasjon. Informanten utdyper at barnehagene velger selv om de vil melde inn behov for oppfølging i forhold til systemarbeid. Av de tjenestene som inngår i det tverrfaglige samarbeidet er det kun PPT som har mandat til å jobbe med systemarbeid i barnehagen. Om denne typen systemarbeid har innvirkning på å fange opp og utrede barn i risiko framkommer ikke i undersøkelsen.

Jeg tolker at informantene opplever at PPT har endret noe av sin praksis etter at Kvello-modellen ble tatt i bruk og at hun vurderer det som positivt. De har oppnådd et tettere samarbeid med barnehagene og et tverrfaglig samarbeid med andre tjenester. Ved hjelp av et tverrfaglig samarbeid har de identifisert flere barn som er i risiko enn det de gjorde tidligere. Jeg opplever også at informantene mener det er positivt at PPT kan være mer aktiv i forhold til systemarbeid i barnehagene.

Kvello-modellen har til fokus på barn fra ca. 1 – 6 år i barnehagen (Kvello 2010). For å kunne oppdage barn i risiko vektlegges det å vurdere barnets utvikling og omfanget risiko – og beskyttelsesfaktorer. Observasjon av barna inndeles i fokusområder som er; psykomotorisk utvikling, fysiologisk regulering (søvn, spising, fordøyelse), nevrologisk

utvikling (reflekser, motorikk, aktivitet/ interesse, oppmerksomhets- og konsentrasjonsferdigheter) og emosjonsuttrykk og emosjonsregulering (glede/tilfredshet, ubehag, frustrasjon). I vurdering av risikofaktorer skal en se etter hvor mange risikofaktorer det er, hvor alvorlig er de og varigheten.

I vurdering av beskyttelsesfaktorene skal en vurdere om faktorene virker beskyttende i forhold til den risikofaktoren barnet er utsatt for. I denne modellen gjennomføres kartlegging av risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer i et bredt omfang. Funn av risikofaktorer vurderes opp mot beskyttelsesfaktorer som omgir barnet. For å forklare bedre hvordan dette kan være i praksis ønsker jeg å bruke et tenkt eksempel. Dersom et barn viser forsinket utvikling i forhold til samspill, vil det være en ytterligere risiko dersom foreldrene har problematikk i forhold til psykiske lidelser og ikke er i stand til å etablere en god tilknytning til barnet. Denne situasjonen blir da bekymringsfull. Hvis en derimot tenker at foreldrene har forståelse for barnets vansker og er mottakelig for veiledning, er situasjonen en helt annen. Foreldrene utgjør da en beskyttelsesfaktor.

Jeg vurderer at Kvello-modellen representerer en ny forståelse og endring av praksis innen det spesialpedagogiske fagfeltet. Hvis PPT skal kunne identifisere barn i risiko kreves en annen tilnærming enn kun et fokus på spesialpedagogiske tiltak. Det at PPT deltar aktivt i tverrfaglig samarbeid og tar i bruk nye kartleggingsverktøy og metoder vurderer jeg som en utvikling i riktig retning for å identifisere barn i risiko og iverksette hensiktsmessige tiltak.

Resultatene viser at de ansatte i PPT har ulike framgangsmåter i utredning av barn. Hvordan utredning foregår påvirkes av henvisningsårsak og hvem som er henvisende instans. Den enkelte fagperson har en ulik tilnærming og deres faglige forankring og forståelse påvirker praksis. PPT som instans utfører utredninger der formålet er å dokumentere om barnet har behov for spesialpedagogisk hjelp. En skal kunne vurdere barnets utviklingsnivå, lærevansker og andre forhold som er viktig for barnets utvikling (Utdanningsdirektoratet 2009). Selv om PPT primært ikke har som oppgave å utrede barnets omsorgssituasjon kan en ikke overse denne problematikken. Dersom en har kjennskap til at barn lever under forhold som utgjør en risiko har en et ansvar for å bistå barnet og familien. I rapport fra Folkehelseinstituttet (2011) presiseres det at PP-tjenestens oppgaver først og fremst er relatert til pedagogiske mål, men relevansen for barn og unges psykiske helse er åpenbar.

4.4. Tiltak for barn i risiko.

Under denne kategorien søker jeg kunnskap om PPT deltar i eller er ansvarlig for tiltak rettet mot barn i risiko.

En av informantene forteller at i kommunen der hun er ansatt har de etablert noe de kaller "Det tverrfaglige møte". Dette er et tilbud til foreldre som har behov for råd i forhold til eget barn eller at foreldrene selv har behov for hjelp fra en eller flere kommunale tjenester. Tjenestene som deltar fast i møte er barnehage/ skole (avhengig av alderen til barnet), helsestasjon og barneverntjenesten. PPT deltar dersom saken går direkte på barnets fungering. Jordmor og psykiatritjenesten kan innkalles ved behov. Informanten beskriver at dette skal være et lavterskeltilbud der foreldre kan drøfte det de sliter med og orientere seg i forhold til hjelp og muligheter for å komme seg på rett vei. Problemstillinger som foreldre har tatt opp har vært knyttet til vansker hos barnet, situasjon som enslig forelder, skilsmisse, lite nettverk, flytting og lignende.

Med bakgrunn i de beskrivelser informanten gir vurderer jeg at denne kommunen har iverksatt forebyggende tiltak med intensjon om tidlig innsats. Foreldrenes mulighet til å komme i kontakt med hjelpeapparatet på et tidlig tidspunkt kan ha stor betydning for å sette inn tiltak og hindre at problemene får utvikle seg. De problemstillinger som blir belyst er sammenfallende med faktorer i barnets miljø som kan utgjøre en risiko dersom det ikke blir tatt tak i på et tidlig tidspunkt. Jeg vurderer at det er positivt at PPT tar del i tverrfaglig samarbeid i kommunen. Tjenesten kan da komme i posisjon til å fange opp problematikk på et tidlig tidspunkt og etablere et samarbeid mellom hjemmet og de øvrige instanser i hjelpeapparatet.

Med bakgrunn i dokumentasjon fra Folkehelseinstituttet (2009) kan dette tiltaket rette seg mot målgruppen der en finner flest barn som utvikler psykiske lidelser. Undersøkelser viser at de fleste barn som utvikler psykiske lidelser kommer fra familier hvor risikofaktorene er få og de sosiale ressursene er tilfredsstillende. Det er normalt å ha tidsbegrensede perioder med belastninger og stressplager, men det er dokumentert at sannsynligheten for at barn og unge utvikler symptomer på psykiske lidelser øker dersom belastningene er mange og vedvarende. Forhold i familien som kan være en belastning for barna er hvis foreldrene i perioder har mange symptomer på psykiske lidelser som angst og depresjon, konflikter mellom foreldrene og negative livshendelser. Sannsynligheten øker dersom barnet har høy grad av skyhet eller negativ emosjonalitet (ibid). Denne dokumentasjon tyder på at det er i familier der det er få

åpenbare og synlige tegn på at barnet er i en risikosituasjon at flest barn er i risiko for utviklingsvansker. Dette kan forklare grunnen til at disse barna er vanskelig å oppdage. Dersom foreldre eller barnet viser påfallende atferd eller ytre tegn til at noe er galt er det lettere å gripe inn.

Alle informantene beskriver at de bruker veiledning til foreldre og barnehager som tiltak etter utredning. Eksempler på tema i veiledningene var kommunikasjon, samspill, lek, tilknytning, språkstimulering. Jeg vurderer at dette er tema som er aktuelle for å skape god tilknytning og øke foreldrenes og barnehagens forståelse av barnets behov. Dersom en klarer å snu en uheldig utvikling hos barn ved å øke kompetansen hos foreldre og barnehagen er dette svært positivt. Verdien av veiledning til foreldrene viser seg å være positiv for å fremme barnets utvikling. Kvello (2011) referer til forskning som viser at mange barn i førskolealder hjelpes av at foreldrene utvikler sitt samspill med dem. Barna utvikler seg mer aldersadekvat - både emosjonelt, sosialt og kognitivt.

Jeg opplever det som positivt at de ansatte i PPT kan tilby veiledning som et tiltak. Dette er i samsvar med foreldrenes rettigheter til barn som mottar spesialpedagogisk hjelp etter Opplæringslovens § 5-7. I loven er det fremhevet at spesialpedagogisk hjelp skal inkludere tilbud om forelderådgivning (Utdanningsdirektoratet 2009). Det er ikke nedfelt hvem som skal ivareta denne oppgaven, men PP-tjenesten kan være en naturlig instans for å ivareta denne oppgaven.

I denne undersøkelsen fremkommer det resultat som tyder på at informantene har god kunnskap knyttet til veiledningsmetodikk og bruker det aktivt selv. Tre av informantene bruker Marte Meo (Aarts 1996) som metode i veiledning med foreldre og barnehage. Dette er en metode som brukes både for å forebygge vansker og bedre samspillet mellom omsorgspersonen og barnet. En av informantene beskriver at hun synes metoden er god for å veilede foreldre til funksjonshemmede barn i forhold til den første kommunikasjon og samspill. En annen informant gir veiledning ved bruk av Marte Meo til barnehager og foreldre når det er barn med vansker i forhold til tilknytning og relasjonsforstyrrelse. Hun fremhever følgende.

Hele miljøet rundt barnet bør være med. Da kan en fange opp barn som er i risiko.

Jeg forstår dette som at informanten mener at dersom veiledningen skal ha effekt må alle som er sammen med barnet i det daglige få samme kompetanse. Dette vil kunne bidra til at både

foreldre og barnehagen kan få en bedre forståelse av barnets vansker og snu negativ atferd og uheldig samspill til det positive.

Informantene gir eksempler på at veiledning med Marte Meo er anvendelig i forhold til ulike type vansker hos barn og kan brukes både i forhold til barnets omsorgspersoner og ansatte i barnehagen. Fra egen praksis i barnepsykiatrisk institusjon hadde jeg stor nytte av å motta veiledning ved bruk av Marte Meo og vurderer at dette er en god metode som kan brukes av PPT.

En informant anvender metode fra blant annet Tilknytningsfremmende aktiviteter = TIFA (Haarklou, 2013). Hun bruker også prinsipper fra Marte Meo (Aarts 1996) og International Child Development Programme (ICDP Norge 2013). Hun beskriver at tiltak med fokus på adferdsmodifiserende metoder som belønning og straff har hun liten tro på, og bruker det aldri i veiledning. Hun utdyper det med følgende utsagn;

Det er en mekanisk tilnærming til et lite menneske i utvikling som trenger relasjon og samspill.

Informanten gir uttrykk for at vansker hos barn kan bli vedvarende fordi tiltakene som iverksettes ikke er hensiktsmessig.

Denne informanten velger å ta i bruk elementer fra ulike program, og jeg oppfatter at hun har et særlig fokus på tilknytningsstrategier. Slik jeg forstår informantens beskrivelser har hun en opplevelse av at noen bruker tiltak som kun baseres på bruk av belønning og straff for å korrigere uønsket atferd. Metoden beskrives som en rigid tilnærming der en ikke vektlegger årsak til problematferd eller relasjonsbygging og trygghet.

To av informantene er ansatt i en kommune som har implementert programmet *De utrolige årene* (Webster-Stratton 2008). Metoden omfatter to program beregnet for veiledning til foreldre og et program som er beregnet for barnehagen og småtrinnet. I tillegg er det et program som skal brukes direkte i forhold til barna. PPT i denne kommunen har ansvaret for gjennomføring av barnehage- og skoleprogrammet.

De utrolige årene baseres på sosial læringsteori, men tar i bruk elementer fra utviklingsteori om tilknytning og relasjoner. Gjennom lek og aktiviteter er målet å bygge positive relasjoner mellom omsorgspersonen og barnet. En bruker motivasjon og belønning for å forebygge og møte atferdsproblemer (Hansen og Jakobsen 2008). Min erfaring med programmet er at ved å

etablere en god relasjon mellom barnet og omsorgspersonen dannes selve fundamentet for at barnet skal føle seg trygg og kan utforske verden på en god måte. Jeg tenker at dette programmet kan være et av mange tiltak som ansatte i PPT kan bruke i veiledning til foreldre, men også en god metode i kompetanseheving og veiledning i barnehagen.

Flere av informantene hadde refleksjoner i forhold til egen arbeidssituasjon og gjennomføring av tiltak. Det framkom beskrivelser som tyder på at stort arbeidspress fører til at ansatte i PPT har liten anledning til å gjennomføre tiltak som for eksempel veiledning. Informantene uttrykker at ansatte i PPT har en presset arbeidssituasjon og utredningsarbeidet blir prioritert.

Disse opplevelsene er kjent fra egen praksis og sammenfallende med resultater fra kartlegging av PP-tjenesten (Fylling og Handegård 2009). I undersøkelsen framkommer det at fagansatte i PPT opplever at den største utfordringen i eget arbeid er kapasiteten. De ansatte har ønske om å arbeide mer direkte mot barn og unge som trenger hjelp, men tiden strekker ikke til.

I resultatene framkommer det også andre forhold som tyder på at det å være ansatt i PPT kan gi en belastet arbeidssituasjon. En av informantene forteller at hun kjenner til barn som lever under forhold med belastninger i miljøet, og de er i risiko for å utvikle psykiske vansker, men det er ikke et tilbud for dem. Disse barna kan få spesialpedagogisk hjelp og være under oppfølging av barneverntjenesten, men i tillegg har de behov for terapi. Hun opplever at det er vanskelig å få et utrednings- og behandlingstilbud på Barne - og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) når det ikke er ønske om utredning eller oppfølging i forhold til diagnoser. Informanten uttrykker sin frustrasjon slik:

Jeg kjenner at jeg blir fortvilt når det ikke er gjort nok. Når barnet blir eldre og en ser at vanskene øker, hvem tar da ansvaret for det som ikke er blitt gjort.

Jeg forstår dette som at informanten opplever det som en belastning å vite at barnet er i en risikosituasjon og i tillegg kjenne til at barnet ikke får tilstrekkelig hjelp.

Informanten beskriver en situasjon som dessverre er kjent for mange ansatte i PP-tjenesten. Dersom man som fagperson ikke har tilbud om oppfølging i form av samtaler eller veiledning er en i fare for å bruke strategier som er uheldig i forhold til faglig profesjonalitet. Dette fenomenet samsvarer med det Killén (2012: 104) kaller ”De profesjonelle overlevelsesstrategier”. Dette er ulike strategier som fagpersoner i barnehager, PPT, barnevern og andre i hjelpeapparatet tar i bruk, bevisst eller ubevisst, for å klare å handtere sitt forhold til barn og foreldre i risiko- og omsorgssviksituasjoner. Bruk av overlevelsesstrategier er en

naturlig mekanisme for å beskytte seg mot kjennskap til at barn og foreldre lever under uverdige forhold. For å ivareta fagpersoner er det viktig med gode rutiner for veiledning og samarbeid innad i tjenesten. Bruk av ekstern veileder kan også være hensiktsmessig. Min opplevelse er at det er ikke tradisjon for å tenke at PPT også er en instans som møter barn og foreldre med problematikk knyttet til psykiatri og belastede omsorgssituasjoner. For at dette skal bli kjent bør kanskje de ansatte selv sette dette på dagsorden i forhold til arbeidsgiver i kommune og fylkeskommune.

For å belyse at dette er en reell problematikk tar jeg med tall som viser at PPT i stor grad jobber med psykisk helsearbeid. En studie som var gjennomført i 2007 viste at 79 % av brukerne ved PPT hadde psykiske vansker, og av disse hadde rundt en fjerdedel alvorlige problemer /lidelser. (NOU 2009:22). Det føres ikke noen systematisk statistikk over antall brukere i PPT, men det var anslått at i 1997-98 hadde tjenesten mellom 60 000 og 80 000 brukere og 2000 stillinger. Til sammenligning har barneverntjenesten rundt 40 000 barn på tiltak og rundt 3000 stillinger (ibid). Disse tallene viser at etterspørselen etter oppfølging fra PPT er stor og bemanningen samsvarer ikke med behovene. Det burde være faglig og politisk interesse å se PPT i sammenheng med tiltak barn og unge i risiko for utviklingsvansker.

4.5. Kompetanse og kompetansebehov.

I denne kategorien har jeg fokus på kompetanse hos de ansatte i PPT. Jeg ønsker innblikk i hvordan de ansatte selv vurderer sin kompetanse i forhold til utredning og tiltak for barn i risiko. Det er videre interessant å vite hvordan de ansatte har ervervet kunnskap og kompetanse innen dette fagfeltet.

Det er ulik oppfatning hos informantene om hvordan de vurderer egen kompetanse i forhold til kunnskap om barn i risiko. Samtlige av informantene gir inntrykk av at de har interesse for småbarns psykiske helse og barn i risiko, og er aktiv i forhold til å orientere seg i forhold til faglitteratur og ny forskning. Tre av informantene har masterutdanninger der tema på masteroppgaven er relatert til psykisk helse, og dette tyder at de har en spesiell interesse og kunnskap innen dette fagområdet.

En av informantene hadde følgende betraktninger knyttet til kompetanse;

Psykisk helse hos barn har fått et kjempefokus i det siste. Det må kanskje til for å oppnå oppmerksomhet på tema”.

Hun beskriver at i PP-tjenesten der hun er ansatt har de hatt mye fokus på de minste barna, men hun opplever nå at andre PPT kontor også er blitt mer opptatt av psykiske helse hos småbarn. Jeg tolker hennes utsagn til at det har skjedd en endring i forhold til oppmerksomhet i forhold til psykisk helse hos barn og dette har bidratt til at flere PP-tjenester har fått kompetanse på dette fagområdet.

En annen informant gir uttrykk for at det er behov for å styrke kompetansen i forhold til barn i risiko både hos ansatte i PPT og hos andre som jobber med barn i førskolealder. Hun beskriver det slik:

Jeg har et behov selv og det er generelt behov for økt kompetanse for å kunne oppdage disse barna tidlig nok. Kjenner fortsatt på dette at det er noen som sier "han er jo så liten". Den møter vi litt for ofte. Jeg er ikke trygg nok til å si at det er noe som bør gjøres. Da må det være veldig tydelig hvis jeg skal tørre.

Jeg tolker at denne informantene erkjenner sin egen faglige usikkerhet i forhold til å se tegn på avvik hos småbarn. Når hun fremhever spesielt at noen reagerer på at barnet er så liten, tenker jeg at holdningen med "vent og se" fortsatt er gjeldene hos mange fagpersoner. Dersom en oppdager atypisk utvikling hos barn og velger å ikke kartlegge barnet eller iverksette tiltak kan det ha årsak i manglende kompetanse og usikkerhet hos fagpersoner.

Også en av de andre informantene gir uttrykk for at hun vurderer at kompetansen hos ansatte i PPT ikke er god nok. Informanten hevder at fagpersoner er "fattige" på forklaringer og er mer opptatt av symptomene som adferdsvansker, "dårlige" foreldre og ADHD. Informanten utdyper at fagpersoner må bli bedre på å tenke utviklingspsykologi i utredning av barn. Disse betraktningene kan forstås som at ansatte i PPT bør tilføres annen kompetanse enn den de har i dag. Det er for mye fokus på symptomer og ikke på årsak til vanskene. Informantens betraktninger setter søkelys på hvilken kompetanse som er nødvendig for fagpersoner å besitte. For å forstå barnets utviklingsvansker og påvirkning av risikofaktorer er det i følge Smith (2010) nødvendig å inneha kunnskap om de prosesser og utviklingsveier som ligger til grunn for normativ utvikling og utviklingen av psykopatologi. Jeg forstår dette som at det er nødvendig å ha kunnskap om utviklingspsykologi og forhold som kan føre til skjevutvikling for å forstå konsekvensen av risikofaktorer.

Informantenes vurdering av egen kompetanse er til en viss grad sammenfallende med undersøkelser om PP-tjenestens kompetanse i forhold til små barn i risiko. I følge Hansen og

Jakobsen (2008) har både barnehagene og PPT for få verktøy for å identifisere barn det er bekymring for. Det fremheves også at PPT må tilføres kunnskap slik at de kan bistå barnehagene i forhold til små barn med nedsatt funksjonsevne og barn som bør henvises spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i informantenes uttalelser tenker jeg at ansatte i PPT har fått økt kompetanse i å identifisere små barn i risiko, men det er fortsatt et behov for å styrke faglige kompetanse på dette feltet.

I undersøkelsen framkommer det at i 2 av de 4 kommunene som var representert var det iverksatt ulike tiltak eller prosjekter som hadde fokus på tidlig identifisering av barn i risiko og tiltak for denne målgruppen. I tillegg deltok en kommune i et prosjekt som generelt satte fokus på alle barn og unge, og PPT var involvert i dette. Resultat fra intervjuene tyder på at disse tiltakene har bidratt til at ansatte i PPT, sammen med andre kommunale tjenester, har fått økt kompetanse i forhold til barn i risiko.

En av informantene forteller at i 2010 implementerte kommunen programmet Tidlig innsats for barn i risiko = TIBIR (Atferdssenteret 2013). Som et av flere tiltak har kommunen implementert programmet Parent Management Training – Origen = PMTO (Patterson 2005). Dette er et behandlingstilbud for omsorgspersoner med fokus på å redusere aggressiv atferd og fremme en positiv utvikling hos barnet (Hansen og Jakobsen 2008). Informanten forteller at de ansatte i PPT, sammen med helsestasjon, har deltatt på kurs i kartlegging slik at de kan vurdere om foreldre kan ha behov for dette tiltaket. Tema i opplæringen var blant annet å vurdere stressfaktorer hos barnet og foreldre. Informanten forteller at etterspørselen for PMTO veiledning er stor og kommunen vurderer å styrke dette tilbudet. Dersom dette blir aktuelt er det under vurdering om PPT også skal gjennomføre denne typen veiledning. Informanten gir uttrykk for at hun opplever dette som et positiv tiltak for barn og foreldre, og et interessant område å jobbe med.

Samme informant deltar i ” Nasjonalt nettverk for tidlig spesialpedagogisk innsats” som er et tverrfaglig nettverk. Nettverket koordineres av Statped. Avd. Kristiansand (Statped 2013). I følge informanten er målsettingen med nettverket å øke kompetansen hos fagpersoner som jobber i forhold til småbarn med ulike funksjonsvansker. På samlingene blir det tatt opp ulike tema og tanken er at det skal formidles videre lokalt. Informanten forteller at ved å delta i dette nettverket har hun fått kunnskap om hvordan oppdage vansker og iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt. Hun nevner spesielt at det har vært nyttig å få kunnskap om TI-metoden (Rostad, A. M. & Martinsen, H. & Aas, S & Germstad, E. 1996).

Jeg tolker informantens beskrivelse at gjennom opplæring i forhold til PMTO og deltakelse i Nasjonalt nettverk for tidlig spesialpedagogisk innsats har hun fått god kunnskap om risikofaktorer hos små barn og foreldre. Hun gir uttrykk for at hennes kunnskap bidrar til at hun i utøvende praksis kan fange opp symptomer og tegn på at barn er i en risikosituasjon. Ved at kommunen iverksetter konkrete tiltak for å forebygge og behandle vansker hos barn bidrar dette til at de tjenester som er involvert får økt kompetanse.

En annen kommune som var representert i undersøkelsen deltar i ”Modellkommuneforsøket” (UiT 2013). Informanten gir uttrykk for at dette blant annet bidro til økt fokus på barn i risiko. Et resultat av Modellkommune forsøket var at i 2012 ble ”Kvello – modellen” etablert i kommunen. I forbindelse med implementering av Kvello-modellen har PPT, sammen med barnehagene og andre i førstelinjetjenesten som jobber med barn, deltatt på ulike kurs med tema i forhold til psykisk helse, tilknytningsteori og observasjonsteknikker. Informanten gir uttrykk for at dette har bidratt til at ansatte i PPT har fått økt kompetanse i forhold til barn i risiko og at de deltar, og er mer aktiv, i forhold til tverrfaglige samarbeid. Ved at PPT deltar i tverrfaglig samarbeid blir en også kjent med andre fagpersoner og får kunnskap om de andre tjenestene. Også i denne kommunen vurderes behovet for å utvide tiltaket slik at flere av de ansatte i PPT skal jobbe med Kvello-modellen.

Denne informanten beskriver hvordan tiltak kan bidra til at en får økt fokus på barn i risiko og at kompetansen i PPT styrkes. Jeg vurderer at også denne informanten mener at det er positivt at denne typen tiltak iverksettes og hun sier det veldig klart;

Hvis jeg ikke hadde vært med i Modellkommune forsøket og Kvello-modellen, så tror jeg ikke PPT hadde vært noe for meg.

Dette sier noe om informantens interesse for faget, og at hun opplever det som motiverende å ta i bruk nye metoder og øke sin kompetanse.

Bakgrunn for Modell kommuneforsøket var at forskning viste at barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre var ei forsømt gruppe. Dette er en gruppe barn som er i risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt og utviklingsvansker. Målsettingen med tiltaket er å følge barn i risiko fra svangerskap til skolealder. En ønsker å oppdage barna på et tidlig tidspunkt og iverksette forebyggende tiltak. Økt kompetanse i forhold til disse barna i det kommunale og statlige tjenesteapparatet er en del av satsingen (UiT 2013). Med bakgrunn i informantens

betraktninger ser det ut som denne kommunen langt på vei har lykket med målsettingen som er i Modell kommuneforsøket.

Informantene har noe ulik erfaring med hvordan de opplever tilgjengeligheten i forhold til kompetanseheving i forhold til kurs, faglig nettverk og lignende. To av informantene bor i en større by og deres erfaring er at tilgangen på opplæring i form av kurs er god. Ansatte i PPT deltar ofte på kurs /opplæring sammen med andre i 1.linjetjenesten som jobber med barn i førskolealder. To av de andre informantene som bor i distriktet forteller at de sjelden får tilbud om kurs innen dette fagfeltet. Dersom de har behov for kompetanse på dette området kan de finne kurstilbud på internett. De kan da finne relevante kurs, men det er få kurs lokalt, og lange avstander og dyre reiser fører ofte til at det ikke er økonomi til gjennomføring.

I intervjuene framkommer det informasjon som tyder på at det har skjedd en endring i forhold til kompetanse hos ansatte i PP-tjenesten i de senere år. Særlig har satsning på implementering av ulike programmer og deltakelse på prosjekter bidratt til å øke kompetansen. Det er noe ulik oppfatning i forhold til tilgang på kurs. Informasjon fra informantene kan tyde på at tilgangen er bedre i større byer enn ute i distriktene.

4.6. Endring av eksisterende praksis.

I siste del av undersøkelsen har jeg fokus på informantenes tanker og synspunkter knyttet til hva som skal til for at PPT skal endre praksis slik at de får mer fokus på tidlig innsats i forhold til små barns psykiske helse og identifisere barn i risiko.

To av informantene hadde synspunkter i forhold til intensjonen med ”Tidlig innsats”. En informant har en oppfatning av at hensikten med ”tidlig innsats” kan misforstås slik at det ikke gjelder fokus på barn i førskolealder, men å oppdage vansker på et tidlig tidspunkt uansett alder. Hun fremhever at skal en lykkes med å identifisere vansker hos barn kreves det en økt satsning denne målgruppen. Hun utdyper at status med å jobbe med de yngste barna må framheves. En annen informant tror PPT har tradisjon for å komme inn når barna er litt eldre. Hun tenker at mer kunnskap om de yngste barna vil bidra til økt fokus.

Jeg forstår informantenes utsagn slik at PPT har fokus på å oppdage vansker på et tidlig tidspunkt, men at barn i skolealder og ungdom blir prioritert. Vansker hos skoleelever kan fremtre som mer alvorlig, og ressursene disponeres deretter. De mener at økt fokus på de yngste barna må vektlegges spesielt hvis det skal skje en endring.

Flere av informantene framhever at økt satsing på tverrfaglig samarbeid kan bidra til at PPT i større grad bidrar til å oppdage barn i risiko og blir deltakende i forhold til tiltak.

Informantene nevner barneverntjenesten og helsestasjon som sentrale instanser i tverrfaglig samarbeid. Jordmor ble også nevnt som en aktuell samarbeidspartner. Da kan PPT og andre i førstelinjetjenesten være i posisjon til å fange opp de familiene som er i en risikosituasjon allerede før barnet blir født.

Informantenes refleksjoner er forenelig med politiske ønsker for en framtidig PP-tjeneste. I St.meld. 18, Læring og felleskap (2010-2011) beskrives det at departementet ønsker at PPT, sammen med det øvrige lokale hjelpeapparatet og andre instanser, skal være tilgjengelig for brukere. Tjenesten skal bidra til helhet og sammenheng i tiltak overfor barn, unge og voksne med behov for spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning. For å kunne oppnå dette bør PP-tjenesten delta aktivt i tverrfaglig samarbeid slik at brukerne opplever å få et helhetlig tilbud. Dette betyr i praksis at dersom et barn lever under forhold som utgjør en risiko, så kan spesialpedagogisk hjelp inngå som en del av tiltakene rundt barnet og familien.

En av informantene var opptatt av de barna som ikke går i barnehagen og betydningen av samarbeidet mellom helsestasjon og PPT. Hun hadde følgende refleksjoner;

Alle barn er ikke i barnehagen. Vi tenker full barnehagedekning, men slik det er det ikke. Det er også noen som velger og ikke å ha barnet i barnehagen, ofte på grunn av kontantstøtten. Hvem er det som er hjemme med barna? Kanskje er det de barna vil skulle ha nådd? Hvordan skal PPT få kontakt med dem hjemme?

Hun utdyper at hun har positiv erfaring fra samarbeid med helsestasjon i forhold til barn som av ulike grunner ikke går i barnehagen.

Informanten bringer fram mange aktuelle problemstillinger i forhold til hvorfor barn ikke går i barnehagen og hvordan PPT skal klare å fange opp disse barna. Hun gir uttrykk for at det ikke er tilbud om barnehageplass til alle som ønsker det, slik at foreldrene enten må være hjemme med barna selv eller finne annen ordning for barnepass. Informanten har også synspunkter på at kontantstøtten bidrar til at foreldre velger bort barnehageplass. Jeg oppfatter at informantene tenker at barnehage er et godt tilbud for de fleste barna. Dersom PPT skal komme i posisjon til å utrede barn som ikke går i barnehagen vil samarbeidet med helsestasjon være viktig. Helsestasjon er den instansen som er i kontakt med de aller fleste barna fra fødsel og oppover i skolealder.

I Norge har det vært en politisk satsing i forhold til barnehager. I følge statistikk som er referert i St.meld. 18, s. 26 (2010-2011) var status i 2010 at 89 prosent av alle 1-5 åringer i barnehagen og 97 prosent av alle barn har gått i barnehagen før de begynner på skolen. Dette betyr at de aller fleste barn går i barnehagen, men det er noen som ikke har dette tilbudet. Undersøkelser viser at PPT har oppfølging av barn som ikke går i barnehage og de vanligste utfordringene er medisinske vansker (52,9 prosent), forsinket språkutvikling (23,5 prosent) og forsinket utvikling (21,6 prosent) (ibid). Det framkommer ikke hvem som er henvisende instans, men med bakgrunn i problematikk kan en anta at henvisninger kommer fra medisinske institusjoner som helsestasjon og sykehus. Dette viser at samarbeidet med helsestasjon er av stor betydning for å kunne iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt. I Opplæringslovens § 5-7 skal spesialpedagogisk hjelp gis av den som har størst mulighet til å hjelpe barnet. I de fleste tilfeller ivaretas dette av barnehagen, men helsestasjon og PPT er aktuelle instanser (Utdanningsdirektoratet 2009).

I forhold til endring av praksis i PPT gir samtlige informanter uttrykk for at mye kan gjøres for å styrke samarbeidet mellom barnehagene og PPT. Barnehagene er den instansen som henviser flest barn i førskolealder. Informantene ser behov for å øke kompetansen i barnehagene slik at de kan bli bedre til fremme barnets psykiske helse og identifisere barn i risiko. Informantene tenker at veiledning da kan bli mer effektivt og tiltak iverksatt på et tidlig tidspunkt. Jeg tolker informantenes utsagn slik at dersom PPT hadde brukt mer tid på systemarbeid i forhold til kompetanseheving i barnehagene kunne en unngått at vanskene hadde fått utvikle seg. Barnehagene er en god arena for å observere barna i en naturlig situasjon. Barnehageansatte har daglig kontakt med barna og ser dem i lek og andre samspillsituasjoner sammen med andre barn. I tillegg ser de barna i samspill med andre voksne og sammen med foreldrene. Med dette utgangspunktet har barnehagen et godt grunnlag for å kartlegge hvilke barn som har behov for ekstra innsats og stimulering (NOU 2009:22 s. 81). Med bakgrunn i disse vurderingene vil økt satsning på systemarbeid i PP-tjenesten kunne bidra til at barnehagen fikk bedre kompetanse til forebyggende tiltak og oppdage barn som er i risiko for utviklingsvansker.

Informantenes betraktninger i forhold til at ansatte i PPT ønsker å bruke mer tid på systemarbeid, samsvarer med resultater i forskning. Undersøkelser som var gjort i 2003 og 2008 viste at ansatte i PP-tjenesten ønsket at en større del av tiden kunne bli brukt til systemarbeid. Utviklingen viser at i samme periode hadde tiden på systemarbeid gått ned (NOU 2009: 22 s.31). Hvorfor PP-tjenesten ikke lykkes på å endre praksis til å bruke mer

ressurser på systemarbeid framkommer ikke i undersøkelsen, men manglende kapasitet er en viktig faktor.

For å kunne oppnå endring av praksis i PPT framkom det forslag om at forandringer i organisering av tjenesten kan være en løsning. En informant uttrykker at hun skulle ønske at ansatte i tjenesten hadde forebyggende tiltak som hovedområde. Jeg tolker informantens utsagn til at det hadde vært ønskelig med stillinger i PPT som var øremerket til kun å jobbe med forebyggende tiltak og systemarbeid. PPT kunne da hatt bedre mulighet til å prioritere tiltak som veiledning og kompetansheving for foreldre, ansatte i barnehagene og andre i førstelinjetjenesten. Med referanse til forskning som tidligere er presentert, preges PP-tjenesten i dag av liten kapasitet og dette fører til at systemarbeid ikke blir prioritert til tross for at det er en viktig del av PP-tjenestens lovpålagte oppgaver.

Som avslutning på temaet som omhandler hvordan en skal endre eksisterende praksis ønsker jeg å ta med refleksjoner en av informantene hadde i forhold til hvorfor det er viktig å satse på barn i førskolealder. Hun beskriver det slik:

Det må inn kompetanse og tro på at vi sparer ressurser. En god økonom ville ikke ha satset pengene sine i ungdomsskolen. Han ville satset på småbarnsalder, for å få størst mulig avkastning. Dette er en billedlig framstilling, men det ville vært mye større sjanse for å lykkes når man begynner tidlig. Det sies i rapporter, men budskapet kommer ikke godt nok fram. Det må fremheves som status å jobbe med de små. Det må vises hvor viktig det egentlig er.

Informanten gir en billedlig framstilling på at det er god økonomi i å satse på de yngste. Denne uttalelsen sier noe om betydningen av å komme tidlig inn med forebyggende arbeid. Assisterende direktør i Folkehelseinstituttet Arne Holte har betraktninger om akkurat dette temaet. Holte (2012) referer til at innenfor psykisk helse betyr forebygging å redusere nye tilfeller av sykdom – før de oppstår. Med bakgrunn i forskning beskriver Holte ti prinsipper for forebygging. Han fremmer at en av de aller viktigste prinsippene er å prioritere andre arenaer enn helsetjenestene og beskriver det slik;

”Det er ikke i helsevesenet helsen produseres. Den produseres der folk lever sitt liv – i familien og barnehagen, på skolen og arbeidsplassen, i idretten og kulturlivet, og på aldershjemmet. Familien, barnehagen og skolen er viktigst” (Holte, 2012:695).

Artikkelforfatteren beskriver på en god måte hvorfor en bør satse på å gi barna gode oppvekstvilkår. Det er på de arenaer barnet oppholder seg utvikling og læring skjer. Ved å satse på gode oppvekstbetingelser for barnet enten de er hjemme, i barnehagen, på fritidsaktiviteter eller med venner, så vil det ha innvirkning på barnets psykiske helse. Her har barnehagen, PPT og andre i førstelinjetjenesten en viktig oppgave og det burde være interessant for fagpersoner, økonomer og politikere å satse på forebyggende tiltak og tidlig innsats.

5.0 Oppsummering og avslutning.

Masteroppgavens formål var å få innsikt i hvordan de ansatte i PP-tjenesten vurderer egen kompetanse i forhold til barn i risiko, og å få kunnskap om hvordan dette påvirker praksis i forhold til utredning og tiltak. I dette kapitlet vil jeg se tilbake på gjennomføring av studien forskningsprosjektet og oppsummere de viktigste funnene. Som avslutning gjør jeg refleksjoner i forhold til valg av metodikk, veien videre.

5.1. Oppsummering av resultat.

Jeg vil her oppsummere og reflektere over de funn jeg har gjort i forhold til undersøkelsens problemstilling: *Hvilken kunnskap og erfaringer har ansatte i PP-tjenesten med barn i risiko.*

En undersøkelse med fokus på kompetanse i sammenheng med utredning og tiltak.

Resultatene vil bli presentert med utgangspunkt i temaene i intervjuguiden.

Resultat fra intervjuene viser at ansatte i PP-tjenesten har kunnskap i forhold til kjennetegn på barn i risiko. Informantene bruker i liten grad begrepene risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer, men beskriver forhold som er sammenfallende med betydningen av begrepene. Informantenes beskrivelser tyder på at de har kunnskap om hvordan sårbarheter hos barnet, problematikk hos foreldre og miljøbetingelser kan påvirke barnets forhold til utvikling og læring. Det framkom også at situasjonen var mer bekymringsfull når det var en sammensatt problematikk.

Informantene var opptatt av å ikke ha en ”vent og se ” holdning. Dersom en oppdager tidlige tegn på atypisk utvikling hos barn er det viktig at tiltak blir iverksatt slik at en kan hindre at vanskene utvikler seg i negativ retning. Foreldrene kunne utgjøre en risiko for barnet hvis de hadde vansker i forhold til psykiske lidelser, rusmisbruk eller lavt funksjonsnivå. I forhold til miljøbetingelser var særlig barnehagene nevnt som en viktig arena for barn i førskolealder. Det var en oppfatning at atypisk utvikling hos barn kan identifiseres tidlig i førskolealder og tiltak bør iverksettes når vanskene oppdages. Flere av informantene var opptatt av at det er en økning i forhold til at små barn i alderen 1-3 år begynner i barnehage. De ser behov for økt kunnskap i forhold til de minste i barnehagen og vurderer at PPT har en sentral oppgave i forhold til kompetanseheving.

Henvisningsårsak og dokumenter som ligger ved henvisningen har innvirkning på hvordan PPT gjennomfører utredning. I dokumentasjon som følger med henvisning er barnets vansker dokumentert. Det er sjeldent at det foreligger dokumentasjon som tyder på vansker i forhold til risikofaktorer hos foreldrene eller i barnets miljø. I en PP-tjeneste er det rutine for å drøfte saken anonymt med barnehagen før henvisning og da kan det framkomme opplysninger om at det er bekymring i forhold til hjemmeforhold. Samtlige av informantene etablerer kontakt med foreldrene tidlig i utredningsfasen, og anser samarbeidet med foreldrene som viktig. Det vektlegges å etablere en god relasjon til foreldrene slik at de får tillit til PP-tjenesten og er positiv i samarbeidet. Informantene er enig om at opplysninger fra foreldrene er viktig for å forstå barnets utviklingshistorie og vansker. Kun en av informantene har rutine for å spørre foreldrene om deres forhold til rusmidler og problematikk i forhold til psykiske vansker i familien.

I utredningsfasen har PPT et nært samarbeid med henvisende instans, og i forhold til førskolebarn er dette som regel barnehagen. Henvisninger kan også komme fra helsestasjon, sykehus eller fra foreldrene. Barnehagene bruker i lite grad kartleggingsverktøy som sier noe om adferdsutvikling, følelsesutvikling og sosiale ferdigheter. Observasjon av barnet brukes ofte som et ledd i utredning. Dette gjennomføres som regel i barnehagen. Kun en av informantene gjennomfører observasjon hjemme hos barnet og/ eller i et eget lekerom på PPT kontoret.

De ansatte i PP-tjenesten har kjennskap til, og anvender, ulike metoder og kartleggingsverktøy i utredning som kan bidra til å oppdage om barn befinner seg i en risikosituasjon. De har tatt i bruk kartleggingsverktøy som baserer seg på foreldrenes beskrivelse av barnets fungering. To av informantene som bruker observasjon metodikk fra Kvello-modellen, og gir uttrykk for at dette har bidratt til å oppdage flere barn som er i risiko for utviklingsvansker.

I en samlet vurdering tyder resultatene på at ansatte i PP-tjenesten har en helhetlig tilnærming i utredning med vurdering av både individ- og systemfaktorer. Funnene tyder på at vanskene hos barnet blir best dokumentert, mens informasjon om foreldrene og oppvekstmiljøet er vanskeligere å dokumentere. Resultatene tyder på at PP-tjenesten kan bli bedre til å ta i bruk kartleggingsverktøy for å identifisere barn i risiko.

De ansatte i PP-tjenesten har kunnskap, og utfører ulike tiltak, som kan bidra til å forbygge vansker hos barn i risiko. De har også kunnskap om tiltak som er mer behandlingsrettet, men

utfører dette i liten grad selv. Veiledning til foreldre og barnehage er det tiltaket som er mest anvendt. Tema i veiledningen kan være om tilknytning, kommunikasjon, lek, samspill og språkstimulering. De kunne også ha små kurs der tema var knyttet opp mot spesielle diagnoser eller funksjonshemninger. En av informantene gjennomførte veiledning med foreldre og barnehagen der tema var knyttet til utfordrende temperament. Informantene uttrykker at de har liten tid til gjennomføring av tiltak i det omfang det er behov for. Flere av informantene har kompetanse i forhold til Marte Meo, men de gir uttrykk for at det er for tidkrevende å gjennomføre denne typen veiledning på en god måte.

Resultatene tyder på at det i de senere år har vært økt fokus på kompetanseheving i forhold til psykiske helse og risikofaktorer hos barn i førskolealder. Flere av informantene har deltatt i ulike type prosjekter og programmer som har bidratt til å øke kompetansen. Informantene vurderer selv at ansatte i PPT har for lav kompetanse i forhold til å identifisere barn i risiko. Det nevnes at det er behov for mer kunnskap i forhold til vansker hos de minste barna og bruk av utviklingspsykologi.

For å kunne endre praksis i PP-tjenesten har informantene en oppfatning av at fokuset på *tidlig innsats* i forhold til de yngste barna ikke har vært tilstrekkelig. Satsning på elever i skolen tar mye av ressursene i PPT. Dersom en skal oppnå endring må det være en helt egen satsning på barn i førskolealder.

Informantene har tro på at økt satsning i forhold til tverrfaglig arbeid vil være en styrke. Da har en større mulighet til å oppdage barn i risiko og gjennomføre tiltak. Informantene nevner spesielt barneverntjenesten og helsestasjon som aktuelle samarbeidspartnere. Helsestasjon er en viktig instans for å komme i kontakt med de yngste barna og barn som ikke går i barnehage.

Flere av informantene mener at det vil være positivt å styrke samarbeidet mellom PPT og barnehagene. PPT bør satse på mer systemarbeid knyttet til kompetanseheving i forhold til barn i risiko. En kan da oppnå at barna blir fanget opp tidligere og at barnehagen iverksetter forebyggende tiltak. Dersom barnehagene får økt kompetanse på dette fagområdet kan veiledninger også være mer effektiv.

For å sikre at PPT setter av tid til systemarbeid bør det være egne stillinger som har dette som hovedoppgave. Da har PPT mulighet til å drive forebyggende arbeid både i forhold til foreldre, barnehagene og tverrfaglig samarbeid.

Konklusjon.

Studiens formål var å øke kunnskapen om hvilken kompetanse og erfaring ansatte i PP-tjenesten har i forhold til psykisk helse hos barn og barn i risiko. Det var også ønske om at studien kunne bidra til å sette fokus på små barns psykisk helse og tilføre ny kunnskap knyttet til spesialpedagogisk hjelp for barn i førskolealder

Resultat fra studien gir et grunnlag for å vurdere hvilken erfaring og praksis ansatte i PP-tjenesten har i forhold til barn i risiko. Funnene tyder på at det har skjedd en positiv utvikling i forhold til kompetansen i PP-tjenesten. De ansatte har god kjennskap til forhold hos barnet, hos foreldrene og sosiale forhold som påvirker barnets utvikling.

Studien tyder på at praksis er forskjellig i de ulike PP-tjenestene. Hvordan arbeidet blir utført i forhold til utredning og tiltak påvirkes av ulike forhold. I de kommunene som har iverksatt tiltak i forhold til psykisk helse og barn i risiko har de ansatte i PP-tjenesten fått økt innen dette fagfeltet. Den enkelte PP-tjenestens faglige profil og satsning påvirker også kompetansen hos de ansatte. I tillegg har de ansattes egne interesser og utdanninger betydning for kompetansen hos den enkelte. Studien tyder på det er stor variasjon i praksis og kompetanse i PP-tjenesten.

5.2. Kritikk av egen forskning.

I følge Kvale og Brinkmann (2010) er den beste måten å lære intervjuhåndverket på, å bli kastet ut i intervju praksis. Med denne henstillingen som støtte, ser jeg som fersk forsker og ny i intervjuhåndverket, at undersøkelsen har svakheter som får innvirkning på forskningens kvalitet.

Jeg har valgt å gjøre en undersøkelse i et tema som favner over et stort fagområde. Dette førte til at undersøkelsen bærer preg av å berøre mange områder, og jeg kunne i liten grad gå i dybden. I starten av undersøkelsen var jeg ikke oppmerksom på denne svakheten, men det ble klart for meg da intervjuene allerede var påbegynt. Dersom jeg hadde sett dette tidligere ville jeg gjort en annen avgrensing og hatt et smalere område. Forskingens bredde kan likevel være en styrke da den kan gi introduksjon til et nytt tema. Dette kan gi leseren et innblikk i et nytt fagfelt og inspirasjon til å fordype seg videre.

I intervjuguiden valgte jeg å ha en inndeling med fem kategorier og bruke åpne intervju spørsmål. Da intervjuene ble gjennomført som faglige samtaler, ble ikke

intervjuspørsmålene benyttet i den form som var i intervjuguiden. Dette førte til at innholdet i undersøkelsen og spørsmålene kunne oppleves som uklart for informanten. I intervjuene kom jeg inn på tema som var litt på siden av forskningsspørsmålet. Dette førte til at jeg fikk data som ikke var relevant å ta med i presentasjon. Jeg har så langt som mulig prøvd å behandle innsamlet empiri på en forsvarlig måte, og foretatt utvalg med hensikt å belyse forskningsspørsmålets tema.

I presentasjon av forskningen har utforming av forskningsrapporten vært en lærerik, men også krevende prosess. Jeg har vært opptatt av at forskningsrapportens struktur og innhold skulle ha "en rød tråd". Det skal være lett for leseren å se sammenhengen mellom forskningsspørsmålet, teorigrunnlaget og presentasjon av funn. I hvilken grad jeg har klart å innfri dette målet er det opp til leseren å vurdere. I en skriveprosess er det lett for at en blir "blind" på det en formidler og formuleringer kan bli uttydelige. Det å skulle skrive et vitenskapelig dokument krever trening, og som ny i faget er dette en ferdighet som må utvikles.

5.3. Veien videre.

Med kjennskap til forskning og teori viser dokumentasjon at det er mulig å fange opp barn i risiko for skjevutvikling på et tidlig tidspunkt, slik at en kan forebygge at barn utvikler psykiske lidelser og psykiske vansker.

Til tross for dette viser undersøkelser at vi kun klarer å fange opp en liten andel av de barna som er i risikozonen. Det antas at en bare oppdager tredjeparten av 2-3 åringene som vil ha utviklet alvorlige vansker som 4-5 åringer (Helsedepartementet 2004).

I intervjuundersøkelsen framkom det at både ansatte i PP-tjenesten og ansatte i barnehagene burde styrke kompetansen om barns psykiske helse og barn i risiko. I St.meld. 16 (2006-2007) s. 11, fremheves det følgende;

"For å kunne sette inn tiltak tidlig må det på alle nivåer i utdanningssystemet legges vekt på å identifisere barn og unge som ikke har tilfredsstillende læringsutvikling".

Dersom intensjonen om tidlig innsats for barn i førskolealder skal bli en realitet vurderer jeg at kunnskap om psykisk helse og barn i risiko må styrkes i det kommunale hjelpeapparatet og i barnehagene.

I tillegg til å heve kompetansen må det være gode metoder slik at en kan identifisere barn i risiko på et tidlig tidspunkt. Tidlig identifisering er viktig for å kunne oppnå tidlig innsats. For å kunne nå dette målet må det iverksettes konkrete tiltak. I NOU 2010:8, Med forsker trang og lekelyst, s. 30, ble det gitt følgende anbefaling for å fange opp barn i førskolealder:

”Hvis tidlig intervensjon overfor sårbare barn eller barn i risikozonen skal bli en realitet, forutsettes det gode og kvalitetssikrede framgangsmåter for å identifisere hvem disse barna er. Tidlig identifisering bør handle om å kartlegge barn i deres omgivelser, og må dekke barns fysiske og kognitive, så vel som sosiale og emosjonelle, funksjonsnivå og vansker”.

Dette beskriver en helhetlig tilnærming i utredning av barnets vansker og behov, noe som jeg mener er nødvendig for å oppdage barn i risiko. I tillegg må de som jobber nærmest barna i barnehagen, i PP-tjenesten og i det øvrige kommunale hjelpeapparatet tilføres kunnskap slik at en kan forebygge vansker og iverksette tiltak når det er behov for det.

Litteraturliste

Aarts, M. (1996) *Marte Meo Guide*. Harderwijk: Aarts Productions.

Atferdssenteret (2013) Tidlig innsats for barn i risiko = TIBIR. Lastet ned 22.4.2013.

<http://www.atferdssenteret.no/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir/category162.html>

Brean G. V (2007) Tidlige erfaringers betydning for barnets senere utvikling.

Spesialpedagogikk 2007/3.

Befring, E. (2002) *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Det Norske Samlaget. Oslo.

Borge, A.I.H. (2010) Resiliens og sped-og småbarns psykiske helse. I Moe V. K. Slinning og

M.B. Hansen. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Oslo.

Bowlby, J. (1998) *En sikker base*. DET lille FORLAG. Frederiksberg.

Braarud H.C. (2012) Oppdatert kunnskap om tidlig utvikling med tanke på kompenserende

tiltak, inkludert å hente barnet. I NOU 2012:5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Barne-,

likestilings- og inkluderingsdepartementet.

Brandtzæg, I, L. Smith og S. Torsteinson (2011) *Mikroseparatorer. Tilknytning og*

behandling. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Bricker, D. & Squires, B. (1999) *Ages og stages Questionnaires: A parent-completed, child*

monitoring system. Copyright by Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.

Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode*. Universitetsforlaget. Oslo.

Espenakk, U. (2003) *TRAS-håndbok*. Tras-gruppen.

Folkehelseinstituttet (2011) *Bedre føre var..Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende*

tiltak og anbefalinger. Rapport nr. 1. Oslo. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Folkehelseinstituttet (2009) *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo.

Fuglseth, K. Vitskapsteori og hermeneutikk. I Fuglseth og Skogen (red) (2007),

Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. J.W. Cappelens Forlag as. Oslo.

- Fylling, I og T. L Handgård (2009). *Kompetanse i krysspress? Kartlegging og evaluering av PP-tjenesten*. Nordlandsforskning.
- Hagström, B. (2010) *Kompletterande anknytningsperson på förskola*. Holmbergs, Malmö.
- Halvorsen, K. (1989). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Bedriftsøkonomisk Forlag A/S.
- Hansen M. B og H. Jacobsen (2008). *Sped – og småbarn i Risiko*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør.
- Hart S. og R. Schwartz (2009). *Fra interaksjon til relasjon*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.
- Helsedirektoratet (2009). *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo.
- Helsedepartementet (2004). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse...sammen om psykisk helse*. Lastet ned 29.04.2013.
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2003/---sammen-om-psykisk-helse---.html?id=87979.
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidskrift for Norsk Psykologiforening*. 2012/49.
- Holmberg, J. B. og S.A.H. Lyster (1998) *Spesialpedagogiske arbeidsmåter*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Haarklou (2013). *Tilknytnings fremmende aktiviteter = TIFA*. Lastet ned 11.4.2013 fra: <http://www.haarklou.no>
- ICDP Norge (2013) *Child Development Programme = ICDP*. Lastet ned 20.4.2013 fra. <http://www.icdp.no/om-icdp>.
- Johnsen. G. (2007). Intervjuet – en forskningsamtale i møtet mellom mennesker. I Fuglseth og Skogen (red), *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. J.W. Cappelens Forlag as. Oslo.
- Johnsen, G (2010) Spesialpedagogisk kartlegging, de fire søyler. Utdelt på forelesning høst 2011). Upublisert materiale. Universitetet i Nordland.

- Killén, K. (2012). *Forebyggende arbeid i barnehagen. Samspill og tilknytning*. Kommuneforlaget A.S. Oslo.
- Kvale, S og S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag A.S. Oslo.
- Kvillo, Ø. (2011). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag. A.S. Oslo.
- Kvillo, Ø. (2010). *Tidlig innsats i barnehagen – Kvillo-modellen 1,2,3*. Utdelt på forelesning høst 2010. Upublisert materiale. NTNU.
- Lassen, L. M (2009). *Rådgivning. Kunsten å hjelpe*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Løge, I. K., Leidland, K., Mellegaard, M., Olsen, A. H. S., Waldeland, T., & Myklebust, R. (2006). *Alle med: veiledningshefte*. Info vest Forlag. Bryne.
- Læringscenteret (2001). *Håndbok for PP-tjenesten*. GAN Grafisk as.
- Mathisen, K,S og H. Janson (2010). *Temperamentsprofiler i barnealderen. Utvikling og sammenhenger med problematferd*. I Moe V. K. Slinning og M.B. Hansen. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo
- NOU 2009:18. *Retten til læring*. Oslo. Kunnskapsdepartementet.
- NOU 2009:22. *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo. Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 2010: 8. *Med forsker trang og lekelyst. Systematisk pedagogisk tilbud til alle førskolebarn*. Oslo. Kunnskapsdepartementet
- Patterson, G.R. (2005) *The next generation of PMTO models*, *Behavior Therapist*, vol.28,no 2
- R-Bup (2013) *Achenbach System of Empirically Based Assessment = ASEBA*. Lastet ned 20.4.2013 fra:
[http://www.rbup.no/CMS/cmspublish.nsf/\\$all/C0B88CD039DA49BEC1257068002D97F8](http://www.rbup.no/CMS/cmspublish.nsf/$all/C0B88CD039DA49BEC1257068002D97F8).
- Regionsenter for barn og ungs psykiske helse, Vest (2008) *Funn fra Barn i Bergen*. Bergen. Lastet ned 12.5.2013 fra. helse.uni.no › [Uni helse](#) › [RKBU Vest - Barn i Bergen](#) › [Barn i Bergen](#)

- Rostad, A. M. & Martinsen, H. & Aas, S & Germstad, E. (1996) *Tidlig intervensjon i Nord-Trøndelag. Målsetting, bakgrunn og metoder, deltagelse og foreløpige resultater*. Utredningsrapport nr. U 1-1996. Avd. for samfunnsmedisinsk forskningscenter, Værdal.
- Schølberg, S (2010) Sped- og småbarn med autismespekterforstyrrelser. I Moe V. K. Slinning og M.B. Hansen. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo
- Skogen K. (2006) Case-forskning. I K. Fuglseth og K. Skogen (red). *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. J.W. Cappelens Forlag as. Oslo.
- Smith, L. (2010) Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. I Moe V. K. Slinning og M.B. Hansen. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.
- Smith, L og S.E. Ulvund (1999) *Spedbarnsalderen*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Sosial – og helsedirektoratet (2004) *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008*. IS 24/2004.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS- 1405.
- Stat.ped. (2013) *Nasjonalt nettverk for tidlig spesialpedagogisk innsats*. Lastet ned 8.5.2013. <http://statped.mystmoon.com/nasjonal.asp>
- Stern D. (2003) *Spedbarnets interpersonlige verden*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.
- Stette Ø. (red) (2012) *Opplæringslova og forskrifter. Med forarbeid og kommentarer*. PEDLEX. Norsk skoleinformasjon. Oslo
- St. meld. 16 (2006-2007) – og ingen stod igjen. *Tidlig innsats for livslang læring*. Oslo. Kunnskapsdepartementet.
- St.meld.18 (2010-2011) *Læring og fellesskap. Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov*. Oslo. Kunnskapsdepartementet.
- Stray, T., L.L. Stray & F.E. Tønnesen (2012) DAT-Kon- et verktøy for differensiering av atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn. *Spesialpedagogikk* 2012/6

UiT (2013) Modellkommuneforsøket. Lastet ned 22.4.2013.
[Modellkommuneforsøket 2007-2014.](http://uit.no/Content/.../Presentasjon_Modellkommuneforsoket_okt_2010.pdf)
uit.no/Content/.../Presentasjon_Modellkommuneforsoket_okt_2010.pdf

Utdanningsdirektoratet (2009) *Spesialundervisning. Veileder til Opplæringsloven om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning.*

Utdanning (2013). *Arbeidsbyrden har økt med 10 prosent.* Utdanning nr. 1/11. januar 2013.

Wallroth, P. (2011). *Mentaliseringsboken.* Arneberg Forlag. Stockholm.

Webster-Stratton, C. (2008). *De utrolige årene. En foreldreveileder.* Gyldendal Norsk forlag. AS. Oslo.

Zachrisson, H.D. (2010) Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn. I Moe V. K. Slinning og M.B. Hansen. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse.* Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Yin K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods.* SAGE. Publications. London.

Øgrim, G. og B. Gjærum, (2004). Urolige, uoppmerksomme og impulsive barn. I Gjærum, B og B. Ellertsen (red). *Hjerne og atferd.* Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Vedlegg nr. 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIETY SCIENCE DATA SERVICES



Havn: Høyfjellsgate 25
N-0407 Skjervøy
Norge
Tel: +47 91 98 11 17
Fax: +47 91 98 15 01
nsd@nsd.no
www.nsd.no
Orgnr: 981 361 957

Anne Marit Valle
Profesjonshøgskolen
Universitetet i Nordland
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 22.02.2012

Vår ref: 29400/13/15A

Deres dato:

Deres ref:

TI-BAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, truttatt 22.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

Z94 50	Psykiske helsearbeid i PP-gesitter
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Nordland, ved institusjonens eneste leder
Daglig ansvarlig	Anne Marit Valle
Sted-til	Kjærst Regina Beddari


Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_sasl/skjema.html.

Venligst følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 56 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kjærst Regina Beddari, Fides 24, 831C KABELVÅG

Vedlegg nr.2

Kabelvåg 19.1.2012

Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre forskningsarbeid.

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Bodø og er i gang med masteroppgave i spesialpedagogikk. Jeg vil gjøre et forskningsarbeid med kvalitativt intervju som metode. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Tema for prosjektet er knyttet til små barns psykiske helse. Mitt forskningsspørsmål er:

Tidlig innsats for barn i risiko.

Hvilken erfaring har ansatte i PP-tjenesten i forhold til arbeid med barn i risiko?

En undersøkelse med fokus på kompetanse i sammenheng med utredning og tiltak.

Formålet med masterprosjektet er å kartlegge eksisterende kompetanse og praksis hos ansatte i PP-tjenesten innenfor fagfeltet psykisk helse hos småbarn i aldersgruppen 1-5 år.

I 2008 kom rapporten ”Sped- og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus. Dette er en kartlegging av systematiske tiltak for sped- og småbarn i risikofamilier. I rapporten refereres det til kvantitative undersøkelser som viser at PP-tjenesten har få erfaringer med små barn. Det fremheves at PP-tjenesten har en viktig funksjon når det gjelder å få flere barn identifisert tidlig både med henblikk på spesialistbehandling og iverksetting av tiltak i barnehagen.

I masterprosjektet har jeg ønske om å innhente empiri som på sikt kan bidra til at kompetansen i PP-tjenesten styrkes. For å belyse mitt forskningsspørsmål ønsker jeg å foreta intervju av 4-5 ansatte i PP-tjenesten. Det er ønske om at informanten har utdanning i forhold til minimum 2.avd. spes.ped eller mastergrad. Det vil videre være viktig at informanten har kompetanse knyttet til barn aldersgruppen 1-6 år og utfører oppgaver knyttet til utredning og tiltak.

Tema i intervjuet vil være rettet mot kompetanse og praksis hos de ansatte i PP-tjenesten i forhold til fagområdet små barn og psykisk helse. Spørsmålene vil være knyttet til identifisering, vurdering og tiltak for vansker hos barn i aldersgruppen 1-5 år.

Jeg vil bruke personlig intervju der jeg møter informantene. Tid og sted avtales nærmere. Jeg ønsker å bruke båndopptaker og skrive notater. Intervjuet vil vare i omtrent en time.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene vil anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig. Dersom du ønsker å være informant ber jeg deg om å fylle ut vedlagte samtykkeerklæring og sende den til meg i vedlagt konvolutt.

Dersom du ønsker mer informasjon kan du kontakte meg på telefon eller e-post.

Med vennlig hilsen

Kjersti R. Beddari

E-mail. kjersti@beddari.no, Telefon: 95 90 96 05.

Vedlegg nr. 3

Kjersti R. Beddari

Eidet 24

8310 Kabelvåg

Samtykke.

I forbindelse med masterstudiet ved Universitetet i Nordland skal Kjersti Beddari gjøre et forskningsarbeid. Prosjektet har følgende problemstilling:

Tidlig innsats for barn i risiko.

Hvilke erfaringer har ansatte i PP-tjenesten i forhold til arbeid med barn i risiko?

En undersøkelse med fokus på kompetanse i sammenheng med utredning og tiltak.

Jeg er forespurt om å delta i undersøkelsen og fått informasjon om hva forskningen går ut på.

Jeg er inneforstått med at deltakelse er frivillig og at jeg har rett til å avbryte samarbeidet på hvilket som helst tidspunkt.

Sted.

Dato

Underskrift.

Vedlegg nr. 4

Intervjuguide

Psykisk helsearbeid i PP-tjenesten

Hvilke erfaringer har ansatte i PP-tjenesten i forhold til arbeid med barn i risiko?

En undersøkelse med fokus på kompetanse i sammenheng med utredning og tiltak.

Tema	Intervjuspørsmål	Stikkord
Kunnskap om Småbarn i risiko.	Hva forbinder du med tema ”Barn i risiko”?	Tilknytningsforstyrrelse Tilbaketrakkethet Risikofaktorer Beskyttelsesfaktorer Resiliens Transaksjonsmodell
Kartlegging	Hva vektlegger du i utredning av barn i aldersgruppen 0-5 år, med fokus på å oppdage barn i risiko? Hvilke kartleggingsverktøy brukes i utredning for å identifisere barn i risiko?	-Bruke opplysninger som allerede er der; fra foreldre, barnehage, helsestasjon. o.a. -Omsorgsmiljøets kvalitet. - Individuell tilnærming og / eller helhetlig tilnærming? - Vurdering og tolking av testresultat, hva vektlegges? Samtaler/anamnese Observasjon. Tester /screeninger
Tiltak	Hvordan tenker du at tiltak kan settes i verk for barn som er i risiko for skjevutvikling og psykiske lidelser.	

<p>Endring av eksisterende praksis.</p>	<p>Hva tenker du vil være viktig for at PP-tjenesten skal bli bedre til å oppdage barn som er i risiko?</p>	<p>-Tverrfaglig samarbeid - Kompetanseheving - Kartleggingsverktøy</p>
<p>Kompetanse og kompetansebehov</p>	<p>Hvordan vurderer du din kompetanse i å identifisere psykiske vansker eller symptomer på vansker hos barn i aldersgruppen 0-5 år?</p> <p>Hvilke type kompetanseheving vurderer du det er behov for i PP-tjenesten?</p>	<p>Hva er lett å identifisere? Hva er vanskelig å identifisere?</p> <p>Kurs innenfor ulike tema. Bruk av ulike kartleggingsverktøy</p>

Masteroppgaver i spesialpedagogikk ved Høgskolen i Bodø, serie ISSN:1504-2863:

1/2004: Svendgård, Karl Jørgen: *Lese-/skrivevansker og henvisninger til PPT. Årsaksforklaringer på omfang henvisninger av lese- og skrivevansker til PPT Indre Salten.*

2/2004: Bakken, Christina: *Å ha et barn med utviklingsforstyrrelse. Foreldres utfordringer, vanskeligheter og mestringsstrategier.*

3/2004: Gaard, Gjertrud: *Tommy og Tigeren og ADHD. Er det mulig at Bill Watterson's tegneseriefigur Tommy har ADHD?*

4/2004: Knutsen, Oddbjørn: *Evaluering av arbeidet mot mobbing i fådeltskolen. Hva kan fremme eller hemme iverksettingen av gjennomføringen av et nasjonalt program mot mobbing ved ei fådelt øyskole?*

5/2004: Schjeldrup, Tove: *Å bo på Trastad Gård. Fortellinger fra dagliglivet på en sentralinstitusjon.*

6/2004: Gunnarsen, Leif Karl: *Matematikkscreening. Om å systematisere undersøkelsen av matematikkvansker i lys av kognitive prosesser eleven kan ha vansker med.*

7/2004: Leiros, Per Jostein: *Differensiering i en inkluderende skole. Hvorfor? Hvordan? Og lykkes de videregående skolene i Narvik.*

1/2005: Pettersen, Kjell Rune: *Jenter med ADHD. Hvordan kan flere jenter med oppmerksomhetsvansker og rastløshet bli oppdaget tidligere og få hjelp?*

2/2005: Lauritzen, Linda: *Arbeid med språk i barnehagen. Hvordan kan førskolelærerne fremme språklig bevissthet hos barna i barnehagen?*

3/2005: Laupstad, Solvi: *Foreldreerfaringer fra deltagelse på Carolyn Webster-Strattons kurs, hvordan påvirker erfaringene foreldrenes mestringsopplevelse? En case-studie av det første foreldrekurs i Lofoten.*

4/2005: Gjerstad, Oddny: *Hørselssimulering; et bidrag til styrking av den tilpassede og inkluderende opplæringen av tunghørte elever i en skole for alle? En spørreundersøkelse blant lærere på grunnskolens mellom- og ungdomstrinn i Nordland.*

5/2005: Holdahl, Randi: *Den første lese- og skriveopplæringa i skolen. Om betydningen av tidlig innsikt og tidlige tiltak*

6/2005: Bergerud, G. og Ringdal, L: *Initiativ i kommunikasjon. En casestudie som belyser initiativ i kommunikasjonen hos barn med Downs syndrom.*

7/2005: Olsen, Helen: *Om samarbeid barnevernsinstitusjon – skole. En intervjuundersøkelse med fokus på tilpasning i skole.*

8/2005: Asphaug, Paul: *Hvordan påvirker det fysiske læringsmiljøet ved Selfors ungdomsskole elevenes trivsel og læring? En studie om i hvilken grad det fysiske miljøet har betydning for hvordan elevene trives på skolen og om de oppfatter skolen som et godt sted å lære.*

9/2005: Valen, Randi Elisabeth: *PPT i møte med minoritetsspråklige elever. Hvordan kan PPT og samarbeidende skoler kartlegge læreforutsetningene hos en minoritetsspråklig elev henvist PPT? Et utviklingsarbeid med utgangspunkt i egen utvikling ved PPT for Nord-Troms, og tilhørende skoler med vektlegging på egen innovatørrolle.*

10/2005: Bratteng, Sylvi: *Læringskultur og atferdsvansker. Økt kompetanse i skolens daglige arbeid. Visjon og virkelighet. En litteraturgjennomgang og et aksjonsrettet kompetanseprosjekt.*

11/2005: Bang, Marit: *Olweus-programmet som pedagogisk redskap for relasjonsbygging.*

1/2006: Larsen, Ingrid Kolvik: *Musikk og sansemotorikk som spesialpedagogisk virkemiddel. Hvordan gi barn med psykisk utviklingshemming en bedre skolehverdag gjennom et strukturert musikk- og sansemotorisk treningsprogram?*

2/2006: Andreassen, Åse Helene: *Elevatferd som problematferd. Hvilken elevatferd opplever lærere som problematferd?*

3/2006: Danielsen, Hilde Kolstad: *Språktrening med Karlstadmodellen. En casestudie av foreldres erfaring med bruk av Karlstadmodellen i språktrening for barn med språkvansker..*

4/2006: Hansen, Paula Magna: *Differensiering og tilrettelegging i klasserommet. Hvordan har prosjektet "Differensiering og tilrettelegging i videregående opplæring" virket inn på klasseromspraksis ved Bodin videregående skole?*

5/2006: Stornes, Lars-Even: *Å skape en god lærings situasjon for elever med samspillsvansker. Et metodisk- og psykologisk/filosofisk fokus.*

6/2006: Rosø, Anne Mette: *Elevopplevelser av tilpasset opplæring i videregående skole*

7/2006: Myhre, Marit: *De nasjonale prøvene i lesing og skriving. Hvordan kunne om mulig de nasjonale prøvene bidra til å kartlegge elevers lese- og skriveferdigheter/-vansker, med tanke på tilpasning av opplæringen?*

8/2006: Efskind, Ragnhild: *Om innføring i tallene for 6- og 7-åringer. En studie med den hensikt å utvikle og forbedre matematikkundervisningen på begynnertrinnet.*

9/2006: Samuelson, Brigit: *Arbeid, produksjon, opplæring og valg av videre utdanning.*

10/2006: Larsen, Liv: *Spesialundervisning og tilpasset opplæring i en videregående skole.*

11/2006: Thrana, Geir: *Veien tilbake til jobb – eller? Effekten av intensive lese- og skrivekurs for voksne med lese- og skrivevansker i attføringsløp.*

12/2006: Halsos, Kristin: *Dysleksi – En gave eller? En studie av voksne som fungerer godt, til tross for dyslektiske vansker.*

13/2006: Iversen, Ingjerd M.: *Evaluering av arbeidet mot frafall i videregående skole. En casestudie ved Melbu videregående skole og Hadsel tekniske fagskole.*

14/2006: Fjærvoll, Espen: *Skolens vektlegging av undervisningen for elever med spesialundervisning. En intervjuundersøkelse ved to Bodø-skoler.*

1/2007: Grepperud, Marit: - "Alene..nei!" *Karlstadmodellen i forhold til voksne med afasi.*

2/2007: Frøberg, Heidi, Jeremiassen, Evy: *STRAKS. Et prosjekt for å utvikle en enhetlig og god skriftspråkopplæring i Bodø kommune. Evaluering av prosjektet*

3/2007: Hansen, Tove, Jacobsen, Siw: *Alle har en psykisk helse. – Et innovasjonsarbeid*

4/2007: Solstrand, Turid: *Kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling i skolen – læreres syn på PPTs rolle*

5/2007: Sundt, Janne: *Premature barn. Hvordan fungerer oppfølgingstilbudet for denne gruppen sett i et foreldreperspektiv?*

6/2007: Kari Eldby: *Skolen og jenter med ADHD. Undertittel: Skravlete, fjollete, vimsete, bråkete jenter blir til skravlekjerringer – akkurat som mora si!*

7/2007: Ann Rigmor Hakstad Navjord og Randi Stranda:
Språket som døråpner - eller et hinder for deltakelse og utvikling? Språkstimulering i to barnehager med få minoritetsspråklige barn.

8/2007: Rakel Magdalene Flaaten:
Samarbeid mellom skole og barnevern i en liten Nordlandskommune
- En intervjuundersøkelse

9/2007: Øvrevoll, Torunn (2007) "Mellom barken og veden". *Særlige utfordringer knyttet til barn og ungdom med Asperger syndrom.*

10/2007: Pettersen, Sissel (2007) *Arbeid mot frafall i videregående skole. Fra plan til tiltak.*

11/2007: Krogtoft, Bjørn-Arne(2007) *Dysleksi: en mirakelkur*

12/2007 Tone Salomonsen: *Utprøving og evaluering av læremidlet Minimatteklubben*

1/2008 Anne Mary H. Cebakk: *Hvordan er livet ditt? En casestudie basert på livshistorien til et fysisk funksjonshemmet barn*

2/2008 Eli Margrethe Ringkjøb: *Frafall i videregående skole. Elevens perspektiv. En single case studie*

3/2008 Lars Gjøviken og Torill Valøy Gjøviken:
Hvordan kan dataprogrammet "Skrive med bilder" brukes til skriftspråkstimulering?

4/2008 Siri Grytøy: *Barnehagen og læring*
En kvalitativ undersøkelse om synet på læring i barnehagen

5/2008 Marit Pettersen: *Fra visjon til virkelighet. Evalueringer fra implementering av individuelle opplæringsplaner i barnehagen.*

6/2008 Hege Dahl Edvardsen: *Screeningstesten Språk 6-16 - Hvordan avgrenses testresultatet i ei elevgruppe i en mindre Nordlandskommune?*

7/2008 Berit Bjørnerud: *Hjelp for stamming med IKT som verktøy.*

8/2008 Karin Elisabeth Bruteig: *Ikke en dag uten! Sangen som verktøy i spesialpedagogisk arbeid.*

9/2008 Nina Røberg: *Læreres problemoppfatning og behov for støtte. Er det behov for supplerende veiledningstjenester?*

10/2008 Marianne Hunstad: *Sansehus - et trygt sted å være, et godt sted å lære*
- Hvordan utvikle en håndbok med aktuelle perspektiv på sansestimulering?

11/2008 Rebekka Hagen Nykmark: *Språklige ferdigheter og vansker hos elever med lette og moderate hørselstap. En kartleggingsundersøkelse med bruk av "Språk 6-16".*

12/2008 Greta Skramstad og Nils Roger R. Mathisen: *Generelle lese-/skrivevansker i grunnskolen med dens oppfølgende henvisninger til PPD Sør-Troms. En tilnærming til skolens grunnlagsdokumentasjon*

13/2008 Heidi Mikalsen: *Én skole for alle? En tematisk livshistorieforskning med fokus på tilrettelagt opplæring.*

14/2008 Harry Mikalsen: *"Ikke gi dem svarene og løsningen først, men vis dem målet..." Hvordan påvirker Læringsplakaten våre arbeidsmåter?*

1/2009 Synnøve Ødegård: *Tilpasset opplæring i grunnskolen tidsrommet 1970 til 2008 - en historisk dokumentanalyse*

2/2009 Tone Bruland: *Særskilt tilrettelegging og tilpasning i LOSA*

3/2009 Merethe Olsen: *Bodø-modellen. Den nye desentraliserte og nettverksbaserte organiseringen av PPT i Bodø kommune*

Masteroppgaver i tilpasset opplæring ved Høgskolen i Bodø, serie ISSN:1890-4998

1/2008 Trond Lekang: *Evalueringer fra oppfølgingsarbeidet av nyutdannede lærere*

1/2009 May Line Tverbakk: *"...men nå er det inni hodet mitt..." En studie av monoritetsspråklige elevers vilkår for utvikling av ordforråd i skolen*

2/2009 Åshild Botolfsen: *Når skal du begynne å undervise? Læringsarbeid i klassemøtet. Med vekt på klasseledelse og elevmedvirkning*

3/2009 Kathrin Olsen: *Erfaringer fra et foreldreveiledningsprogram for foreldre til barn med autismspekterdiagnoser*

4/2009 May-Britt Benjaminsen: *Hvorfor akkurat meg? Erfaringer fra en mangelfull tilpasset opplæring i skolen*

5/2009 Jan-Harald Notgevich: *Vi er i hvert fall best i verden når det gjelder trivsel*

6/2009 Hege Kristin Bang: *- Hvordan tilrettelegges matematikkundervisningen for de faglig sterkeste elevene på småskoletrinnet?*

7/2009 Marita Andreassen, Randi Pettersen: *Et alternativt medikamentfritt treningsprogram for elever med ADHD. Metode utviklet ved Dore-senteret i London*

8/2009 Anne Grete Ellingsen: *Hva skal nå barn med kunst? En casestudie om barns opplevelser og erfaringer med kunsformidling i skolen*

9/2009 Marit Skaret: *Innovasjon i skolen. Samarbeid rundt elever med store funksjonsnedsettelse*

1/2010 Sidsel Boldermo: *Hvordan kan man i barnehage bidra til at barn med innadvendt atferd mestrer sosial samhandling? Et mestringsperspektiv på innadvendt atferd*

2/2010 Lill A. Sørensen; *Kan elever gjennom systematisk og veiledet skriving av begreper utvikle sin forståelse i matematikk? Gjennomføring av en innovasjon med bruk av digitalt verktøy for skriving i matematikk.*

3/2010 Elisabeth Berg; *Lesing i skuddet. Et leseprosjekt i videregående skole*

4/2010 Geir Selnes; *Matematikklærerens sin forståelse og beskrivelse av hvordan tilpassa opplæring bør utføres i klasserommet*

5/2010 Vibeke Øie; *Arbeid med lesestrategier på 7. trinn – nyttig del av læringsarbeidet eller bortkastet tid?*

6/2010 Susan Diana Andreassen; *Tilpasset opplæring – fra begrep til praksis. Med fokus på arbeid med muntlighet i Norskfaget*

7/2010 Sigrun Anne Sandnes; *"Kan vi vente med å se?" Hvordan observerer barnehagen barn som er i risikosonen for å utvikle språkvansker, og hva blir gjort for å forebygge slike vansker?*

8/2010 Lill-Karin Pedersen; *Early Years Literacy Program- en helhetlig undervisningsmetode. En undersøkelse av hvordan "EYLP" kan styrke selvoppfatning, mestring og motivasjon hos elever i lese- og skriveopplæringen, som ikke får den utvikling som forventet.*

9/2010 Trine-Lise Varfjell; *Gutter og lesing*

11/2010 Wenche Helsingeng; *Den voksne CI-bruker og kommunen: Hvordan fungerer dette samfunnet?*

12/2010 Brit Johanne Pedersen; *To mestringshistorier. Livshistorieforskning med fokus på tilpasset opplæring for minoritets elever i norsk skole*

13/2010 Eirin Furre Nilsen; *"Ka gjør æ når alt e borte etter to minutta?". En studie av lærerens rolle i utviklingen av gode, strategiske lesere*

14-2010 Anne-Trine Kristiansen; *...Sånn muntlige høytlesningsfag...En casestudie av arbeid med muntlige tekster i skolen etter kunnskapsløftet*

15/2010 Mona Lisa Strand; *Det ble litt opphøring med ordene. En studie av elever på femte trinnns lesevaner og bruk av lesestrategier*

16/2010 Torill Birkelund og John Berg; *Lærerkompetanse - en viktig faktor i den skriftspråklige begynneropplæringen*

Masteroppgaver i tilpasset opplæring ved Universitetet i Nordland, serie ISSN:1890-4998

1/2011 Nina Krogstad: *Hvilke tiltak benytter skolen seg av når de legger til rette for faglig og sosial utvikling hos elever med diagnosen ADHD? En survey-undersøkelse med bruk av prestrukturert spørreskjema*

2/2011 Ingvild Andreassen: *Hvordan vurderer styrere, helsesøstre og barnevernspedagoger det tverretalige samarbeidet i forhold til førskolebarn med særskilte behov? En intervjuundersøkelse med fokus på barnehagen*

3/2011 Liesl Kristensen og Oddbjørg Mellingen: *Vi må jo kunne det, for at elevene skal lære ...Elever med dysleksi og PC*

4/2011 Hege Ross: *"Du ender jo alltid opp med de snille klassene" - Gode relasjoner i forebygging og reduksjon av samspillsvanser*

5/2011 Tone Dalen: *Rosa og blå. Lesepraksis i barnehagen. En diskursanalyse av leseaktiviteter i et likestillingsperspektiv*

6/2011 Anne Line Bruun: *En analyse av læreverk i matematikk i forhold til Læreplanverket for Kunnskapsløftet*

7/2011 Janne Vik Lossius: *Utvikling av estetisk kompetanse i skolen. "Every learning has a little pain"*

8/2011 Sølvi Solhaug og Britt Inger Wigen: *Om tilpasset opplæring i skolen for elever i utsatte livssituasjoner*

9/2011 Tommy Hanssen: *Hvilke effekter kan intensiv trening med Magnimaster Gold ha på ulike deler av leseprosessen hos elever med dysleksi?*

10/2011 Mia van Rijn-Janssen: *Tilpasset Opplæring ved skoleforberedende aktiviteter Et aksjonsforskningsprosjekt i barnehagen*

11/2011 Hilde Hansen og Kaisa Ludviksen: *Lærernes psykososiale arbeidsmiljø En casestudie med livshistorieintervju som metode*

12/2011 Odd Magne Nicolaisen og Kristin Willassen: *Små barn og psykisk helse. En casestudie med intervju som metode*

13/2011 Bente Forsbakk: *Er 451 større eller mindre enn 541?" Posisjonssystemet – en av de viktige byggesteinene i matematisk kompetanse*

14/2011: Tove Th. Heggedal. *Samhandlingen mellom PP-tjenesten og den videregående skolen. Hva skjer når PP-tjenesten integreres i skolens elevtjeneste? I hvilken grad kan det bidra til utviklingen av en lærende skole?*

15/2011 Evy Janne Jensvoll: *Om gutter og læreplaner. En studie om endringer i læreplanene og mulige konsekvenser for guttenes motivasjon og læring.*

16/2011 Lill-Anita Hamran og Anne Brit Larsen: *Elever med epilepsi i grunnskolen 1.-7.trinn.*

17/2011 Tore Tverbakk: *Rektor, jeg lærer best når jeg har to lærere i matematikk! En studie av rektors bruk av eleverfaringer i arbeidet med kvalitetsutvikling i skolen.*

18/2011 Lillian Egren: *Skolevegring i videregående skole*

19/2011 Natallia Bahdanovich Hanssen: *Ka ska vi gjør i dag? En casestudie om musikkens påvirkning på utvikling av ordforståelse og ordforråd hos 3-4 års barn*

1/2012 Anne-Rita Kolberg: *Ut fra to skolehistorier – hva gjør at noen klarer å gjennomføre videregående skole og andre ikke?*

2/2012 Hanne Marit Kvitting: *Erfaringer med kartleggingsverktøyet DAT-Kon*

3/2012 Berit Opland: *Henvisninger til PP-tjenesten - en studie av hvordan henvisningskategoriene fordeler seg i forhold til alder og kjønn*

4/2012 Helene Myrvoll Pettersen: *Samarbeid mellom hjem og skole. En studie av hvordan to foreldre til barn med diagnose innenfor autismspekteret opplever samarbeidet med skolen*

5/2012 Anne Grete Altermark: *LOSA. Lokal opplæring i samarbeid med arbeidslivet. Elvers erfaring med opplæringsmodellen*

6/2012 Inga Øybekk: *Samarbeid mellom skole og statlige omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkerbarn. En kvalitativ casestudie med fokus på samarbeid om opplæring*

7/2012 Riibe, Margrethe, Madland, Sidsel Eivik: *Hva har rektors ledelse av skolen som organisasjon å si for elevens leseopplæring?*

8/2012 Lien, Heidi og Gerd Valla: *Hvordan har prosjekt "Leselyst" bidratt i arbeidet med å forebygge for lese- og skrivevansker i førskolealder? En intervjuundersøkelse av erfaringer til informanter fra helsestasjoner og barnehager i en nordlandskommune*

9/2012 Tone Fjell Dahl og Kent Nyheim; *Kan bruk av relasjonspedagogikk i klasserommet bidra til å redusere relasjonell aggresjon mellom jenter? En studie i videregående skole, studiespesialiserende linje*

10/2012 Nina Zachariassen; *Hvordan kan Lesefokus bidra til å tilpasse opplæring i lesing og skriving til alle elevene i første klasse? En kvalitativ studie av læreres erfaring med bruk av metoden Lesefokus.*

11/2012 Jan Arne Pettersen; *Læring mellom dilemma og kaos? Bruk av entreprenørskap som arbeidsform i videregående opplæring*

12/2012 Tanja Sandvik: «det er mange melodier i fiolinen – om man bare kan finne dem» – fra sakkyndig vurdering til en praktisk og målrettet IOP

13/2012 Ragnhild Øines Knutstad: *Om tilpasset og strukturert opplæring for elever med autisme i grunnopplæringen. Hvordan gjøre det i praksis?*

14/2012 Sissel Therese Normann Repvik: *Erfaringer og opplevelser fra prosjektet tidlig intervensjon i regi av KoRus-Nord – håndtering og forebygging av atferdsproblematikk i grunnskolen*

15/2012 Gunn-Karin Monsen: *Hvordan kan dårlig læringsmiljø forbedres gjennom god klasseledelse...*

16/2012 Marianne Pettersen: *Tilpasset opplæring for elever med tourettes syndrom...*

17/2012 Rønnaug Benjaminsen: *Om tilpasset opplæring med vektlegging på sosial kompetanse...*

18/2012 Lisa Stien Strand: «Kanskje jeg har lyst på ei utfordring, eller noe sånt?» *Tilpasset opplæring for den faglig sterke eleven med fokus på skjønnlitteraturundervisning*

19/2012 Elin Aaness: *Læraren og eleven. Den komplekse bildeboka og opplevinga*

20/2012 Anne Karin Kvitnes: *Språkstimulering, språkkartlegging og tiltak ved språkvansker i barnehagen*

21/2012 Nina Aaker: "NY START" *en studie av hvordan et utvalg lærere anvender og vurderer metoden "Ny start"*

1/2013 Hans-Jacob Engen: *Religion som didaktisk faktor - en undersøkelse av religionens plass og muligheter i norskopplæringa av voksne flerspråklige*

4/2013 Atle Kristensen og Knut Erik Svendsen: *Hva påvirker lærers handlingsteori til å ta i bruk IKT i undervisningen?*

5/2013 Alf Schei Martinsen og Stian Møller: *Hvilke tiltak bruker skolene for å gi skoleassistentene best mulig forutsetninger til å bedre barnas oppvekst og opplæringsbehov? En intervjuundersøkelse om skoleassistenters vilkår.*

9/2013 Ronny André Olsen: "Opplevelsen av sosial trivsel og dens betydning for faglig mestring og motivasjon hos elever i videregående skole". – *en komparativ undersøkelse i lite og et stort skolemiljø.*

10/2013 Sissel Bakke: *Hvem skal trøste knøttet? En intervjuundersøkelse om kvalitet i barnehagen for de yngste, og hvordan førskolelærerne jobber med å tilrettelegge for trygghet, tilknytning og en god start i barnehagen.*

11/2013 Are Kjellså: *Kartlegging av matematisk språkkompetanse i geometri hos yrkesfaglige elever i videregående skole. Utvikling, utprøving og evaluering av kartleggingsverktøy.*

12/2013 Vanja Holand Hjellbakk: *"Kjempeviktig å bruke litt tid på å snakke om dette". En kvalitativ oppgave om erfaringer lærere har med foreldresamarbeid knyttet til forebygging av lesevansker for lesesvake elever på de laveste trinnene i skolen.*