

# Prosjektrapport: Førskolebarn og ADHD



Et prosjekt gjennomført av Yuliya Haugland og Rita Tangen 2008- 2009

# INNHold

FORORD.....	2
1. PROSJEKTBEskRIVELSE.....	3
2. KUNNSKAPER, ERFARINGER OG HOLDNINGER KNYTTET TIL UROLIGE OG UKONSENTRERTE FØRSKOLEBARN MED MISTANKE OM ADHD	
Innledning.....	5
2.1. PEDAGOGISKE LEDERE	
2.1.1. Innsamlet materiale.....	7
2.1.2. Oppsummering .....	16
2.1.3. Vurdering.....	17
2.2. BARNEHAGELEDERE	
2.2.1. Innsamlet materiale.....	18
2.2.2. Oppsummering.....	21
2.2.3. Vurdering.....	22
2.3. SPESIALPEDAGOGER	
2.3.1. Innsamlet materiale.....	24
2.3.2. Oppsummering.....	28
2.3.3. Vurdering.....	28
2.4. PEDAGOGISK-PSYKOLOGISKE RÅDGIVERE	
2.4.1. Innsamlet materiale.....	29
2.4.2. Oppsummering av funn .....	33
2.4.3. Vurdering.....	33
3. KONKLUSJONER, RESULTATER, ANBEFALINGER	
3.1. Konklusjoner.....	34
3.2. Resultater.....	35
3.3. Anbefalinger.....	36
LITTERATURLISTE.....	38
VEDLEGG : Spørsmål til intervju og kursinnhold for ped. ledere	

## FORORD

I Rundskriv Q-16/2007 "Forebyggende innsats for barn og unge" står det:

*Forebygging er en av de viktigste investeringer et samfunn kan gjøre – først og fremst ut fra menneskelige hensyn, men også ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.*

Å bidra til positiv utvikling gjennom tilbud av høy kvalitet til rett tid, er det overordnede målet med den forebyggende innsatsen.

Forebyggende virksomhet og en helhetlig, kunnskapsbasert og samordnet innsats overfor barn er nedfelt i bl.a. Barnehageloven og Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver.

Barnehagen har ifølge Rammeplanen

*et særlig ansvar for å forebygge vansker og å oppdage barn med særskilte behov. For disse barna kan det være aktuelt å gi et spesielt tilrettelagt tilbud. Tilretteleggingen kan gjelde både sosiale, pedagogiske og/ eller fysiske forhold i barnehagen. Foreldre og eventuelt støtteapparat rundt barna er viktige samarbeidspartnere for barnehagen. (2006:18)*

Planen fremhever betydning av voksnes holdninger, kunnskaper og ferdigheter til å møte, forstå og legge til rette for barn med særskilte behov. Jo tidligere man kan oppdage barn som kan ha behov for særskilt hjelp og sette inn eventuelle tiltak, desto større vil den forebyggende effekten være.

Vi vet at det gjøres mye bra arbeid i mange kommuner når det gjelder barn med særskilte behov. Det legges stor vekt på å etablere systemer, rutiner og modeller for samarbeid og samordning av tjenester rundt disse barna. Samtidig finnes det utfordringer og barrierer som kan være til hinder for at barn får den hjelpen de har behov for.

I vårt prosjekt har vi satt fokus på eksisterende praksis i barnehage når det gjelder tidlig intervensjon som et viktig prinsipp for god forebygging.

En stor takk til de tre kommunene som har deltatt i prosjektet. Takk for at de pedagogiske lederne, barnehagestyrerne, spesialpedagogene og PP-rådgiverne har villet delta i intervju. Takk til PP-rådgiverne for at dere har brukt av deres tid til å hjelpe oss med å få kontakt med interesserte barnehager, hjelp oss å analysere data, deltatt på planleggingsmøter og på kurs for barnehageansatte. Takk igjen til spesialpedagogene som både har deltatt på planleggingsmøte og i gjennomføringen av kurs for barnehageansatte.

En takk til psykolog Grete Hummelvoll ved Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger, som i utgangspunktet inspirerte oss til å bruke fokusgruppeintervju som metode i prosjektet og gav nyttige tilbakemeldinger på deler av rapporten.

Takk også til Torshov kompetansesenters ledelse og en spesiell takk til avdelingsleder Arild Berglund som veiledet oss underveis. Takk for at ledelsen har tilrettelagt slik at prosjektet har latt seg gjennomføre. Sist, men ikke minst en stor takk til vår fordypningsgruppe som tålmodig har gitt oss tilbakemeldinger på vårt arbeid med prosjektet.

Torshov kompetansesenter, desember 2008

Yuliya Haugland og Rita Tangen, prosjektledere

## 1. PROSJEKTBESKRIVELSE

### Bakgrunn

Torshov kompetansesenter arbeider med store sammensatte vansker. Et av områdene senteret har spesiell kompetanse på er: sammensatte lære- og atferdsvansker som ADHD, Tourette syndrom, søvnvansker m.m.

Senterets mest sentrale samarbeidspartner er PP-tjenesten. I tillegg samarbeides det med foreldre/foresatte, skoleadministrasjoner, barnehager, skoler og voksenopplæring.

I senterets strategiske føringer for 2008-2010 er tidlig innsats et prioritert område. Det er imidlertid sjelden at Torshov kompetansesenter får henvist førskolebarn.

Gjennom vårt prosjekt ville vi samle erfaringer knyttet til henvisningspraksis av urolige og ukonsentrerte førskolebarn med mistanke om ADHD (videre: urolige og ukonsentrerte barn, eller førskolebarn med mistanke om ADHD).

I fag- og forskningslitteratur regner man at 3-5 % av barnebefolkningen har ADHD. (Taylor 2004, Sosial- og helsedirektoratet 2005) Av disse har 50-80 % en eller flere tilleggsvansker. (Sosial- og helsedirektoratet 2005) ca.50 % har psykiatriske tilleggsvansker. (Biederman mfl.1992) Den norske lægeforening. (2006) Pål Zeiner (2004) hevder at 10-20 % av barn med ADHD har depresjon, 10-25 % angstsymptomer, 20-40 % har språk- og lære vansker og 30-50 % har motoriske problemer, 60-70% av barn med ADHD har atferdsproblemer, 25-30% har autistiske symptomer og 10-15% har tics. En høy prosent av barn med ADHD har også sosiale vansker. Russell A. Barkley (2006) hevder at 50-70% av barn med ADHD har ingen eller få venner. Han hevder også at vanskene øker med økende alder.

Svenny Kopp (1999), hevder at gjennomsnittsalder for henvisning av denne vanskegruppen er 6-10 år hos gutter, 14 år for jenter.

Å kunne oppdage disse barna tidlig og gi dem nødvendig hjelp er av stor forebyggende betydning. Samtidig krever tidlig intervensjon *faglig trygghet, oversikt og tilgang på kunnskap og kompetanse. Gode kartleggingsverktøy og kunnskap om hvilke tiltak som virker overfor den enkelte målgruppe er nødvendig.* (Rundskriv Q-16/2007 "Forebyggende innsats for barn og unge")

Følgende faktorer kan påvirke henvisningspraksis ift disse barna:

1. Kunnskaper, erfaringer og holdninger ift ADHD-problematikk i faggruppene som jobber med førskolebarn.
2. Kjennskap til mulige samarbeidspartnere og henvisningspraksis for å få bistand og hjelp.

### Mål

Finne årsaker til at urolige og ukonsentrerte førskolebarn med mistanke om ADHD sjeldent blir henvist Torshov kompetansesenter.

## Problemstilling

Hvorfor så få førskolebarn med mistanke om ADHD, samt tilleggsvansker blir henvist til Torshov kompetansesenter?

Vi hadde flere *antagelser* som vi ønsket å utforske i vår undersøkelse.

1. Usikkerhet i barnehagen i forhold til når et barn skal henvises.
2. Utredningen av førskolebarn i PPT skjer erfaringsmessig oftest i forbindelse med skolestart.
3. Disse barna blir henvist andre instanser, for eksempel BUP.
4. Mangelfulle kunnskaper om vanskegruppen.
5. Pedagogiske ledere setter likhetstegn mellom utagerende atferd og ADHD problematikk, og oftest hos gutter.
6. Utilstrekkelig kjennskap til Torshov kompetansesenters tjenester.

## Utvalg og metode

Våre målgrupper var pedagogiske ledere (ped.ledere), barnehageledere, spesialpedagoger og pedagogisk-psykologiske rådgivere (PP-rådgivere) som er knyttet til de aktuelle barnehagene.

### Utvalget:

5 grupper med 8 ped.ledere (40 ped.ledere fra 12 barnehager)

2 grupper med 5-6 barnehageledere (11 barnehageledere)

1 gruppe med 5 spesialpedagoger

1 gruppe med 8 PP-rådgivere

For å nå målet ønsket vi å kartlegge hva slags kunnskaper, erfaringer og holdninger pedagogiske ledere, barnehageledere, spesialpedagoger og PP-rådgivere har når det gjelder urolige og ukonsentrerte førskolebarn med mistanke om ADHD, og hvilke instanser de samarbeider med.

1. Hvilke kunnskaper har de om barn med ADHD og hvilke erfaringer har de med å jobbe med barn med mistanke om ADHD? (Symptomer, årsaker, forekomst, tilleggsvansker, kjønnsforskjeller, rettigheter o.a.)
2. Hvilke utredningsmetoder/kartleggingsredskaper bruker de ift disse barna?
3. Hvilke tiltak iverksetter de i praksis?  
(Pedagogiske, organisatoriske, terapeutiske, medisinske, foreldreveiledning o.a.)
4. Hvilke instanser viderehenviser de til for å få bistand i utredning, veiledning og tiltaksutprøving?

Vi brukte fokusgruppeintervju som metode. Denne datainnsamlingsmetoden og deltakerne til undersøkelsen ble valgt med utgangspunkt i at det var ønskelig å kartlegge så mange erfaringer som mulig hos de forskjellige gruppene som direkte jobber med førskolebarn. Fokusgruppeintervju som metode har vist seg å være godt egnet for denne undersøkelsen siden vi ville fokusere på *gruppens* kunnskaper, erfaringer og holdninger. Undersøkelsens intensjon om bredde og variasjon i kunnskap og erfaringer var oppnådd.

En annen årsak til valg av datainnsamlingsmetode var forsøket på å unngå opplevelser hos de intervjuede av å bli forhørt i forhold til egne kunnskaper og holdninger. Det var viktig å få til en åpen diskusjon i intervjuene. Planlegging omfattet derfor utforming av intervjuguide, uforstyrrende noteringsmåter og utvelgelse av en kjent og hyggelig omgivelse for intervjuet.

Referatene fra alle intervjuene var godkjent av deltakerne. Analyse av innsamlet materiale var utført i samarbeid med PP-rådgiverne.

Etter at dataene var samlet og analysert ville vi lage en rapport og sammen med PPT skreddersy og holde kurs for de 12 barnehagene. Hensikten var å spre kunnskaper om urolige og ukonsentrerte barn i førskolealder, og bidra til at de blir oppdaget tidligere og får nødvendig hjelp.

## **2. KUNNSKAPER, ERFARINGER OG HOLDNINGER KNYTTET TIL UROLIGE OG UKONSENTRERTE FØRSKOLEBARN MED MISTANKE OM ADHD**

### **Innledning**

I dette kapitlet vil vi presentere innsamlet materiale fra våre 4 målgrupper. De er alle fagpersoner som jobber direkte eller indirekte med førskolebarn: ped.ledere, barnehageledere, spesialpedagoger og PP-rådgivere. Vi utarbeidet en intervjuguide for å kartlegge deres kunnskaper, erfaringer og holdninger knyttet til urolige og ukonsentrerte førskolebarn. Vi laget hovedspørsmål:

1. Erfaringer som målgruppen har ift førskolebarn med mistanke om ADHD.
2. Utredningsmetoder/kartleggingsredskaper som målgruppen bruker ift førskolebarn med mistanke om ADHD.
3. Tiltak som målgruppen iverksetter i praksis ift førskolebarn med mistanke om ADHD.
4. Samarbeid med andre instanser ved videre henvisning av førskolebarn med mistanke om ADHD.

Vi valgte å ha et tilleggsspørsmål for intervjuet med spes.pedagogene. De tre kommunene som var med i prosjektet hadde ulik praksis knyttet til spesialpedagogens arbeidsoppgaver, organisering og ansettelsesforhold. Vi erfarte at spesialpedagogisk hjelp var svært etterspurt av ped. lederne. Det virket som om ped.lederne var svært fornøyd med ordningen hvor spesialpedagogene var organisert i et team, hvor de gav veiledning til ped.ledere, men også gjennomførte tiltak, ofte i egen regi. Vi ønsket derfor å spørre spesialpedagogene om deres erfaringer knyttet til etterspørsel av deres tjenester.

I dette kapitlet har vi mange referanser til, og sitater fra, fokusgruppene. Konfidensialitet er ivaretatt både underveis og i presentasjon av resultater. Alle sitater i rapporten gjengis i standard bokmål, og alle navn og annen identifiserende informasjon uten innholdsmessig betydning er anonymisert. I en del sitater er mindre justeringer gjort av hensyn til forståelighet, uten at dette på noen måte har endret innholdet i budskapet.

På slutten av datapresentasjonen fra hver målgruppe kommer vi med korte oppsummeringer og våre vurderinger. Vi vil gjøre leserne oppmerksomme på at disse oppsummeringene og vurderingene gjelder bare fokusgruppene i vår undersøkelse og *kan på ingen måte* generaliseres pga. begrenset og ikke representativt utvalg av deltakerne. Vi vil imidlertid understreke at deltakerne i vårt prosjekt var spesielle på den måten at de selv har valgt å delta. De var alle interesserte og ønsket å lære mer om temaet førskolebarn med mistanke om

ADHD. Vi mener at god kunnskap og ønske om hele tiden å lære mer, gir grobunn for gode holdninger. Vårt inntrykk er at flertallet i vårt utvalg ser ut til å være et eksempel på dette.

## **2.1.PEDAGOGISKE LEDERE: KUNNSKAPER, ERFARINGER OG HOLDNINGER KNYTTET TIL UROLIGE OG UKONSENTRERTE BARN I FØRSKOLEALDEREN**

### **2.1.1. Innsamlet materiale**

#### **1. Erfaringer som pedagogiske ledere har ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

##### **Symptomer**

Ped. lederne kommer med mange beskrivelser av atferdsvansker generelt, deriblant også ADHD symptomer.

De ser symptomene i ulike situasjoner, som lek, samlingsstund, overganger, rutinesituasjoner, samhandling med andre barn og voksne, i strukturerte og i ustrukturerte situasjoner.

Flere har erfart at disse barna i sterk grad skiller seg ut fra de andre barna, spesielt når det gjelder de barna som har ”utagerende ADHD” symptomer. En sier: ” Normale barn kan være aktive på en positiv måte.” En annen sier: ” Man tenker at i barnehagen er alle barn urolige og forskjellige. Men disse barna er mye synligere, alt er mye mer: fortere løping og høyere skriking.”

De har også erfart at disse barna kan være mer variable, ha problemer med motivasjon. De har sett ulike varianter, som med og uten hyperaktivitet og impulsivitet.

De har erfart at barn med denne problematikken har normal intelligens, en tror at de kanskje har høyre enn vanlig. Hun sier:”De har ofte høyere, jeg har erfaring med en gutt som var utrolig smart. Vi hadde nok ikke nok utfordringer for han i barnehagen.” ”De er faglige sterke, men sliter sosialt,” sier en annen.

Ped. lederne i vårt materiale vet at det er normalt å være aktiv i førskolealder. Det trenger ikke å være noe galt, en sier: ”Kan være vanskelig å se hva som er aldersadekvat, førskolebarn kan være viltre og ha problemer med å få venner.” En annen sier: ”Mange førskolebarn har lopper i blodet.” En annen: ”Mange løper istedenfor å gå når de er små.”

De synes at det kan være vanskelig å skille mellom hva som er typisk vs atypisk atferd hos førskolebarn. En sier ”det kan være lettere å se etter 3-4 års alderen.” Flere har erfart at for mye eller for sterk uro kan ha mange årsaker.

Flere understreker at de er redde for å ”stemple” disse barna. De fleste mener at de prøver å finne positive sider ved barna, at de prøver å finne årsaker og ikke legge skylden på barnet.

Mange sier at de ”kan få en magefølelse på at noe er galt, men at det kan være vanskelig å forstå atferden.” De er ofte bekymret for disse barna.

Flere mener at de har for liten kunnskap om temaet. En sier ”Jeg ønsker å lære mer om ADHD, lite fokus i utdanningen, et viktig tema.”

### **Årsaker**

Noen vet at ADHD kan være arvelig. Eksempel: ”Arvelig, men ikke alle barna i familien behøver nødvendigvis å få det.” Miljøfaktorer kan spille inn på alvorlighetsgraden, mener en ped. leder. Noen ser andre årsaker, for eksempel at tragiske hendelser kan medføre symptomer på atferdsvansker.

### **Forekomst**

Etter at det ble full barnehagedekning, har man fått et bredere utvalg av barn i gruppene. Tidligere måtte man prioritere de barna med de største behovene for barnehageplass og derfor ble det mange barn med atferdsvansker.

Noen har lite, andre har ingen erfaring med barn med diagnosen ADHD. ”De får ikke diagnose før i skolealder,” sier mange, derfor er noen usikre på om de har sett førskolebarn med ADHD symptomer.

Flere ped. ledere i vårt materiale stiller seg også spørsmål om de kan være med på å kamuflere vanskene til barna ved å overfokusere på det positive og ved å legge så godt til rette at vanskene nærmest blir borte.

### **Tilleggsversker**

Ped.lederne har erfaring med at disse barna kan ha både internaliserte (for tilbaketrukket) og eksterne ( utagerende) vansker. Eksempel: ”Disse barna sliter ofte psykisk med f. eks. angst og tvangshandlinger,” ”Han var aggressiv.”

De ser også at barna kan ha språkvansker, motoriske-, sosiale- syn- og hørsels problemer, samt problemer knyttet til empati og innlevelse.

### **Kjønnsforskjeller**

Mange ped. ledere har sett kjønnsforskjeller, hos barn med mistanke om ADHD. De mener at det er mest fokus på gutter med ADHD. Mange har erfart at ”gutter med ADHD ofte er bråkete, løser konflikter fysisk, jenter mer stille, ukritiske, snille, usynlige, i sin egen verden, blir ”borte.”

Noen ped.ledere i vårt materiale hadde gode refleksjoner rundt temaet kjønnsroller. Noen mente at det kanskje ikke var så stor forskjell på jenter med og uten ADHD. Det samme med gutter med og uten ADHD. ”Vi tenker ikke om gutter og jenter på samme måte. Kanskje jenter blir pressa inn i flink pike rolla?”



## **Minoritetsspråklige**

Få ped.ledere hadde erfaring med minoritetsspråklige barn med ADHD lignende symptomer. De som hadde erfaring mente at det var viktig å kartlegge språkkunnskapene til barna, fordi språkproblemer kan gi ADHD lignende symptomer. En sa ”det er viktig å finne ut hvor frustrasjonen (hos barnet) ligger.”

Ped.ledere hadde erfart at barn med minoritetsspråklig bakgrunn ofte blir stemplet som problembarn. En mente at det er lettere for minoritetsspråklige barn å få ADHD diagnosen, enn for norsk språklige barn. Noen mente at mangelfull grensesetting hjemme var et stort problem i forhold til disse barna. Det kan være vanskelig å samarbeide med disse foreldrene. De har problemer med å forstå viktigheten av å følge vanlige barnehage rutiner. ”Disse barna begynner ofte senere i barnehage, enn norske barn gjør,” sier en. ”De får derfor liten språktrening.” De aktuelle ped.lederne ønsker å hjelpe, men vet ikke helt hvordan. Det var stor usikkerhet rundt dette temaet, både i forhold til hvilke rettigheter foreldre har, barnet har og barnehagen har. En ped.leder sa ”Jeg lurer på om foreldre (til barn med ADHD) vet hvor lite ressurser disse barna får?”

Det er det ulik praksis fra kommune til kommune når man får ekstra ressurser for barna eller for gruppen.

## **2. Utredningsmetoder/kartleggingsredskaper som pedagogiske ledere bruker ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

### **Observasjoner, kartleggingskjemaer, tester**

Ped. ledere har unik mulighet til observasjon fordi de ”ser barnet i gruppa”, ”kan sammenligne barn”.

Ped. ledere formidler at de bør starte å observere så tidlig som mulig.

Ped. ledere bruker ulike observasjonsskjemaer. Mange påpeker at de bruker det de har funnet eller laget selv; ”bruker timevis på å lage egne verktøy”.

Mange understreker betydning av systematiske observasjoner.

Noen beskriver alt som skjer og legger det i mappen, men mener at de ikke er kvalifiserte nok til å tolke det. ”Skriver ned alt han har gjort en hel dag”. Noen bruker observasjonsbøker og skriver litt om forskjellige situasjoner hver dag. Hele personalet er med om det og skriver om noen episoder: Hva skjer? Når? Med hvem? osv. Andre kaller denne metoden for ”løpende protokoll om hva som skjer”. Eller ”loggbokføring i ulike situasjoner”.

Ped. ledere foretar observasjoner i forkant av henvisningen i forskjellige varianter; resultatene beskrives i ped. rapport.

Noen får veiledning fra PPT om hva som skal observeres. Andre ønsker også at ”PPT skal observere anonymt for å se om det er noe vi bør gå videre på”. Noen tar kontakt med kontaktperson fra PPT for å vurdere bekymringer. ”PPT kommer til å kikke” uten registrering og ”gir en pekepinn på hvor problemet kan ligge”.

Noen barnehager sier at PPT foretar slike anonyme observasjoner i forkant av henvisning; ”men de gjør det kanskje en time, og barnet merker at det blir observert og endrer atferd”.

Noen nevner at de bruker sosiogram; med hvem og hvordan barnet leker? Det brukes til foreldresamtaler.

En nevnte at de observerer barnet når det er slitent; ”da ser vi mer”.

En annen observerte for ”å se hva må til for at han kan være stille”.  
”En mor skrev en dagbok selv og kom med masse nyttig informasjon.”

De mest brukte verktøyene er TRAS ( registrering av språkutvikling) og ALLE MED, (observasjonsskjemaer knyttet til seks utviklingsområder.) Noen bruker Askeladden, (vurdering av barnets språkkompetanse.) Noen påpeker at det er enklere eller lettere med språkkartlegging, enn å registrere atferd.

En bhg nevnte aktivitetsskjema; ”Hvor ofte hun skifter aktivitet i løpet av en viss periode. Hvor viser uroen seg sterkest.”

En bhg bruker fargekartlegging; ”Kartlegging av hvordan barna påvirker de voksne med sin atferd”.

En barnehage sier at de ikke har erfaring med gode skjemaer. ”Ikke alltid lett å finne riktig redskap”.

Det foretas også registrering av motorisk utvikling, men det nevnes ikke materiell som kan benyttes.

De fleste erfarer at det er ”lettere å skille problemer etter at barnet har fylt 3-4 år”.

Noen sier at det er mye større krav på skolen; ”flere av disse barna blir synligere på skolen”.

Av tester brukes Eva-testen av Boe Ege (kartlegging av språkforståelse) i noen barnehager.

Noen uttrykker frustrasjon ift tid; ”når skal vi få gjort det?”

Har ofte ”magefølelse” at det er noe med dette barnet.

”Alle bøker vi leser handler om hva å gjøre med disse barna, ikke om hvordan å kartlegge”.

”På høyskolen er det bare ”Innføring i spesialpedagogikk” med 3 sider om ADHD”.

Mange påpeker at det er PPT som utreder; ”får god hjelp fra PPT i slike tilfeller”.

Det er også mulighet for å drøfte bekymringer og observasjoner anonymt på faste møter med PPT i noen kommuner. De som ikke har det, savner det sterkt.

Anonyme konsultasjoner med PPT fungerer bra.

”For 10-20 år siden skulle en se etter ”feil” ved barnet, nå skal en se etter det positive, løfte det fram; blir mer positivt ut av hva som er galt. Vanskeligere å se hva som er feil”.

Kan positiv vinkling av observasjoner overskygge ADHD symptomer?

Noen påpeker at når et barn får ADHD-diagnosen, så blir det lettere; ”det blir større forståelse, mer aksept blant foreldre og personale”.

De fleste er enige om at det ”ikke er godt nok system i barnehagen, savner kartlegging og dokumentasjon”. ”Ark som skrives fra episoder legges i journal; savner datasystem”. De fleste er usikre om hva de skal bruke og hvordan de skal tolke resultater; ” det tar lang tid å definere hva det er”. Usikkerhet på egen kompetanse. Hva er gode skjemaer?

### **Samtaler med foreldre**

De fleste sier at de har generelle samtaler med alle foreldre; og har ekstrasamtaler ved problemer.

”Vi har ofte lange samtaler med foreldre, blir enige om mål”.

Generelt mye samarbeid med foreldre. Men ”savner prosedyrer” for det arbeidet.

Foreldre ser mye hjemme. ”Barnet kan oppføre seg annerledes hjemme”. En ped.leder uttrykte at hun ”skulle gjerne ha vært en flue på veggen hjemme der”.

”Mye kan gå på miljø, grensesetting, konsekvenser”.

Mange erfarer at ”det ofte er foreldre som sier ifra om sine bekymringer og tar kontakt”; ”foreldre har ofte magesfølelse av at noe er galt”. Mange foreldre ”ønsker en diagnose for barnet og pusher på barnehagen”; ”kan bruke den som unnskyldning”.

Noen opplever at ”det kan være et hovedproblem å få foreldre med seg”. Noen foreldre ønsker ikke at barnet blir utredet.

Alle er enige om at det er ”viktig å få med seg foreldre i prosessen”.

Noen sier at det er greit å ha styreren med på samtalen.

En påpeker at ”når det er minoritetsspråklige foreldre må vi passe på å bruke ordentlig tolk”.

Noen formidler at ”foreldre ofte sier at de er slitne”.

En har opplevd at ”mor er ofte mer bekymret enn far”.

Noen sier at ”far ofte har høyere toleranse for uro”.

En uttrykker at ”mor er et psykisk problem”.

Mange erfarer at de er ”redd for å si noe galt til foreldre”. En sier: ”Hvem er jeg som kommer her og sier at det er noe galt med barnet?”

### **Samtaler med andre ansatte i barnehage**

De fleste har gode og innarbeidede systemer for å drøfte saker med kollegaer og styreren, hvor de kan søke råd hos hverandre, utveksle informasjon og sikre informasjonsflyt.

Eksempelvis faste møter med gjennomgang av hvert enkelt barn og drøfting av bekymringer, på personalmøter, avdelingsmøter hvor problemet tas opp og diskuteres, felles plantid til ped.ledere. Ped. lederne mener at styreren har en viktig rolle.

”Mye informasjon spres muntlig,” sier en. ”Det er opp til ped.leder å få tak i data og dokumentere; ikke alle får dokumentert ting”.

### **Kontakt med Helsestasjon**

Ped.lederne mener at disse barna burde fanges opp på helsestasjon.

Noen sier at helsestasjon ser disse barna for sjelden.

Noen erfarer at de kan spørre helsestasjon om ekstrasjekk av syn/hørsel.

Noen kommuner har nettverk for barnehager med bl.a. helsesøster. Fungerer bra.

Mange ønsker en større støtte fra helsestasjonen og et bredere tverrfaglig samarbeid.

## **3. Tiltak som pedagogiske ledere iverksetter i praksis ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

### **Pedagogiske tiltak**

Ped. lederne hadde mange gode ideer, tiltak både i forkant og i etterkant av atferd for det aktuelle barnet. Noen eksempler: ”Være i forkant, skjerming, belønning, håndledelse, time out, 1:1 i oversituasjoner.”

Flere ped. ledere hadde erfart at gruppetiltak også var virksomt, ikke bare i forhold til det

aktuelle barnet, men også for gruppa. Eksempel: ”Skoggrupper og organiserte lekegrupper.”

Mange hadde erfart at å vise holdning er et godt tiltak rettet mot ansatte og mot foreldre. Noen eksempler: ”Det er forskjellige holdninger til ADHD. Det er viktig å jobbe med holdninger i barnehagen. Alle i personalet får samme informasjon, det er viktig å ha få og samme regler. Greit å gi beskjed til foresatte om det aktuelle barnets vansker, det fremmer forståelse og mer aksept. Vi i personalet må jobbe med at vi ikke behøver å være så rigide, må prøve å være mer fleksible, prøve å fri oss fra at alle *må* det og *sånn* skal det være”

En ped. leder sa ”Tenker ikke hvorfor, men hvordan. Hva kan jeg gjøre for at barnet skal trives? Hvordan lage gode situasjoner?” En annen stilte spørsmålet: ”Vi er flinke til å legge til rette, klarer vi å skjule uro? En sa: ”Disse barna er flinke til å finne løsninger selv.” En annen sa: ”Jeg legger vekk ordet ”diagnose” når jeg går i barnehagen og møter barn.

### **Organisatoriske tiltak**

Ped.lederne hadde også mye erfaring med organisatoriske tiltak knyttet til disse barna, både individretta og grupperetta tiltak. Mye av diskusjonen rundt dette temaet ble fokusert på ekstra ressurser, dvs ekstra bemanning. Ved ekstra bemanning mener mange ped. ledere at de kan iverksette mer målretta tiltak knyttet til det aktuelle barnet.

Det var ulik praksis i de ulike kommunene for hvem som får ekstrahjelp, om man må ha en diagnose eller ikke og om man kan søke på individ eller på gruppe.

Flere av ped.lederne ga uttrykk for at de hadde dårlig samvittighet fordi de mente at de ikke hadde nok ressurser til å gi barnet god nok hjelp.

### **Terapeutiske tiltak**

Flere av ped. lederne er opptatt av at disse barna ofte har lav selvfølelse. Barnehagen skal ikke drive terapi, men mange ped. ledere er opptatt av å gi barna ”trygghet” og positiv oppmerksomhet, eksempel: ”Disse barna har behov for mye oppmerksomhet. Det er lett å komme inn i onde sirkler, med kjefting på disse barna. Vi må snu (negative) holdninger til disse barna.”

### **Medisinske tiltak**

Flere av ped. lederne har erfaring med barn som er medisinerert med sentralstimulerende medisiner. I intervjuene kom det fram nyanserte syn på temaet, eksempel ”Ritalin roer ned det indre ”sirkuset,” Medisinske tiltak er viktig. Mange barn spør om det, viktig at vi forklarer. ADHD medisiner er ille, passe på så det ikke blir feilmedisinert. Medisiner er ikke nok.”

Noen hadde også hørt om en diett for barn med ADHD.

### **Overgang barnehage/skole**

Ped. lederne var opptatt av temaet. Mange av barnehagene hadde overgangsmøter både på våren og på høsten. Noen barnehager fyller ut ”overgangsskjemaer,” men de var usikre på om de ble fulgt opp fra skolens side. Det er også vanlig prosedyre at 5-6 åringene går på skolebesøk. Ved skolestart har ped. lederne møte med de ulike inspektørene på skoler barna skal starte på. Målsettingen med møtene er at skolen skal kunne legge best mulig til rette for barna. Ped. lederne vil gjerne formidle hva slags tiltak som er utprøvd i forhold til barn med spesielle behov. De understreker viktigheten av møtene.

Noen savner samtaler knyttet til forventninger fra skolen til barnehagen og omvendt.

Her er noen eksempler: ”Det kunne vært fint å ha en erfaringsutveksling med skolen for å lære, hvordan gikk det egentlig med det barnet som jeg var bekymret for i barnehagen? (var det grunn til den bekymringen?) Det er vanlig å legge saken litt på vent (ikke viderehenvise) og se hvordan det går på skolen.”

### **Veiledning til ansatte**

I noen kommuner har de (som tidligere nevnt) faste prosedyrer for samarbeid med ulike etater. På disse møtene kan også tiltak drøftes. Noen sier også at de får god veiledning fra PP-tjenesten, Spesialpedagogisk team og Barne- og ungdomspsykiatrien.

### **Veiledning til foresatte**

Det er også på dette området noe ulik praksis i de ulike kommunene. Foreldre kan gå på foreldre kurs i regi av BUP eller BVT. Noen ped. ledere mener at det er for liten oppfølging av foreldre; ”de går på kurset, men når de er ferdige der står de alene.”

Noen ped. ledere trekker fram ”hente og bringesituasjonen” som viktig tema å gi foreldre veiledning i forhold til. Det er ped. lederne som gir denne veiledningen.

En sier at: ”Vi oppfordrer også foreldre selv til å ta kontakt med PPT for å få psykologhjelp.” De trekker fram at det er viktig å jobbe helhetlig og i samarbeid med foreldre. ”Foreldrene ønsker ofte hjelp, men det er vanskelig i de tilfellene hvor vi er uenige.”

## **4. Samarbeid med andre instanser ved viderehenvisning av førskolebarn med mistanke om ADHD**

### **Henvisningsprosedyrer**

Barnehage skriver alltid pedagogisk rapport før henvisningen. ”En skal få fram problematikken; presentere resultater fra observasjoner, evt. også fra TRAS, ALLE MED, andre kartlegginger.” Styreren og foresatte underskriver den. ”Alle parter må bli enig om grunnlaget for henvisningen.”

Noen har en positiv erfaring med å skrive ped.rapport i samarbeid med foreldre. En sier: ”Det blir lettere for foreldre å akseptere problemet og skrive under.”

De fleste er enig om at ”man skal ikke vente og se”. En ser i etterkant at hun burde ha henvist et av barna tidligere; ”jeg var kjempebekymra, men da viste jeg ikke det jeg vet nå”. ”Vi bør henvise så tidlig som mulig”, sier en annen.

En barnehage sier at de aldri har gått så langt som å henvise et barn; ”prøver alt vi kan på avdelingen”. ”Det er et stort apparat å sette i gang”.

Mange påpeker at henvisningsprosess og utredningsprosess kan ta lang tid.; ”ofte får ikke barnet diagnose før etter skolestart”.

Noen uttrykker ønske om en mal for hvordan barnehagen skal skrive pedagogisk rapport.

## **Foresatte**

”Foreldre kan også henvise selv,” påpeker en ped. leder Hvis foreldre ikke skriver under, kan ikke barnehagen henvise. En har erfart at foreldre ”blånekta å henvise”. ”Alt blir vanskeligere da. Skolen får ikke vite om problemet. Det er bekymringsfullt.”

Andre har også opplevd at foreldre ”skylder på utenforliggende ting”

”Viktig å samarbeide med foreldre. Det er viktig hvordan barnehagen legger fram sin bekymring for foreldrene.” Ped.ledere forteller at; ”Barnehagen veileder foreldre i henvisningsprosessen.” En sier: ”Så lenge PPT og foreldre er med, går det bra. Gode rutiner for oppfølgingsmøter er viktig.”

”Jeg vil jo at barna skal få den beste hjelpen”. Synd hvis foreldre ikke vil bli med på henvisningen.

## **Styrer/barnehageleder**

Ped.ledere drøfter alltid med styrere før henvisningen. Noen opplever å få kompetent veiledning fra styrere. Noen erfarer nær kontakt med styreren i denne prosessen.

## **Kollegaveiledning**

De fleste ped.ledere har mye samarbeid, ber hverandre om råd, gir veiledning, blir enige om felles regler og regler for enkeltbarn. Mange snakker om problemet på felles møte.

Barnehager setter i gang tiltak umiddelbart. En sier: ”uansett om barnet får diagnose eller ikke, er det vi som gjør all jobben”.

## **Tverrfaglig team.**

I noen kommuner finnes det et tverrfaglig team, der barnehage får en kontaktperson. Det finnes Handlingsplan for tverrfaglig samarbeid. Alle opplever at det er et fint tilbud, ”man føler seg ikke alene”. Det foretas anonyme drøftinger der. Terskelen er lav, og foreldre føler seg tryggere der. ”Det blir lettere å be om hjelp. Barnhagen legger på bordet at det er et kjempeproblem med barnet. Tverrfaglig team drøfter saken og vurderer videre henvisninger.”

## **Samarbeid med PPT**

De aller fleste sier at de får god hjelp fra PPT. Barnehage har en kontaktperson i PPT; ”kan ringe og tømme seg”. Noen kommuner har faste rutinemøter med PPT og opplever det positivt. I andre kommuner kommer PPT etter behov. Ved bekymringer drøftes saker med PPT først anonymt. PPT kommer i barnehagen, kartlegger, observerer og gir forslag til tiltak. Noen barnehager spør PPT om råd og hvilke tester de bør bruke i konkrete tilfeller. Noen formidler at de prøver å ta kontakt med PPT hele veien. Barnehagen kan uttrykke ønske overfor PPT om samarbeid med kompetansesentra. PPT hjelper med søknader til BVT og BUP. Det tar lang tid til å henvise videre. Noen erfarer at de må pushe på PPT for å få framgang i henvisningen. Det hjelper også ”når foreldre ringer og maser”, sier en. ”Har vi samarbeid med PPT, så går det vanligvis bra,” sier en ped.leder. ”Når saken er henvist, får vi en PP-kontakt som vi kan forholde oss til, og da får vi veiledning, men uansett må vi gjøre jobben selv fra dag en,” forteller en ped. leder.

## **Spesialpedagogtjenesten**

De fleste er fornøyd med den spes.ped hjelp de får, ”veldig positivt samarbeid”. ”De er gode rådgivere”, ”de gir gode råd og tips”; ”kan låne materiell av dem”. I noen kommuner får barnehagene bare veiledning fra spes. pedagoger. I andre kommuner jobber spes.pedagoger direkte med barn. De mener at det er en fordel. Spes. pedagoger kan se ”smarte organisatoriske løsninger” Noen få ped.ledere har aldri hatt noe hjelp/besøk/kontakt med spes.pedagoger. En kommune har et helt spes.ped.team, som både gir veiledning, observerer, jobber direkte med barnet eller smågrupper og holder kurs for barnehageansatte. Andre kommuner savner et slikt tilbud. I noen kommuner er det en ressurs en får tildelt etter henvisning; i andre kommuner kan man søke om ekstraressurser uten å henvise. Spesialpedagoger ser at barnehagen må få større hjelp; ”timeantallet strekker ikke til”.

De aller fleste ped.ledere ser stor nytte av spesialpedagogisk kunnskap og hjelp. Mange ser at andre barn drar nytte av spes.ped.tiltak ved smågruppertiltak.

## **Andre hjelpeinstanser**

Noen har aldri samarbeidet med andre instanser, bare med PPT.

En kan søke kommunen om ekstraressurser mange opplever at det tildeles lite.

De som har hatt samarbeid med indre hjelpeinstanser opplever det som nyttig.

”Veldig positivt at det er mer fokus på barnehagen nå enn før, ”sier en. ”Skulle ønske at alle hjelpeinstanser kunne samarbeide; til barnas beste og tenke forebyggende.”

## **BUP**

De fleste har god erfaring med BUP; ”et flott tilbud”. Foreldre får en kjempegod veiledning på BUP, mye hjelp. Familiesamtaler. Foreldrekurs i noen kommuner (Webster Stratton). Noen har erfart god veiledning til barnehagen og avlastning for foreldre i samarbeid med BVT. Barnet kan få ekstratimer på BUP. En reflekterte rundt den hjelpen foreldre får i BUP. ”Hva opplever foreldre?” ”Hva er det de egentlig trenger?” ”De får veiledning, men ikke råd.” PPT anbefaler å henvise barnet til BUP ved mistanke om ADHD. Foreldre henviser med underskrift fra lege. Mange opplever at det er veldig lang prosess før BUP kommer inn. ”BUP er vanskelig å nå fram til; lange ventelister”. Når barnet er tatt inn i BUP, skulle noen barnehager ønsket seg veiledning og bedre informasjon om videre arbeid. En sier: ”BUP kan observere hjemme og noen ganger blir vi bedt om å fylle ut skjemaer, men opplever det som vanskelig, siden skjemaene var beregnet for skolebarn. Vi får ikke hjelp til hvordan vi skal tilpasse det og vi vet ikke hva BUP gjør videre med skjemaene.” I en kommune mener barnehageansatte at barn ikke kan henvises til BUP før barnet er 3 år; og hjelpen kommer først når de er 5-6 år, forteller de. Noen har fått beskjed om at ADHD diagnosen ikke stilles før i skolealder. I noen kommuner fungerer det et tverrfaglig team der barnehagene kan drøfte saker anonymt. Der er også representanter fra BUP med i teamet. Teamet oppleves som positivt. ”Barn med mistanke om ADHD trenger hjelp. Viktig å henvise til BUP.” sier en. BUP ønskes sterkere inn i samarbeid med barnehage. Det kan være preventivt ift skolen. Det er ikke nok med medisiner. ”Barna har ofte psykiske problemer; angst og tvangshandlinger kan også forekomme hos små barn”.

## **Barneverntjeneste**

I den kommunen det er et tverrfaglig team, deltar representanter fra BUP i anonyme drøftinger. Det oppleves som positivt. De som ikke har et slikt team, ønsker rutinemøter mellom BVT, PPT, barnehage og helse.

Noen få sier at de har samarbeidet med BVT rundt enkelte barn; ”god erfaring”. Men ”burde kunne dele mer på informasjon”. ”Noen ganger forhindrer taushetsløftet barnets beste, blir bare ”bruddstykker”.

### **Torshov kompetansesenter** (hvilke erfaringer har de med Tk? Hva vet de om oss?)

De aller fleste vet lite eller ingenting om Tk, ”aner ikke”. ”Jobber dere med barn?” ”Er dere en ressurs for oss?” ”Kan vi kontakte dere direkte? Noen antar at ”Tk jobber med barn og finner ut av ting”, ”tester barn”, ”spesialister på noen områder, men hvilke?”, ”det er for barn som trenger spesiell hjelp”, ”jobber med sosiale og emosjonelle vansker”. En sier at ”dere jobber med atferdsvansker, utredning og tiltak”. En har vært på kurs på Tk, om tema ADHD . En har hatt kontakt i forbindelse med en individsak; ”jeg har en positiv erfaring”. Flere sier at Tk har masse kompetanse, ”spisskompetanse”. Hun sier det er en ”samlet elite” (som jobber der).

### **2.1.2 Oppsummering**

Vårt materiale antyder at ped.ledere kan mye om atferdsvansker generelt. Mange ped. ledere i vårt utvalg har liten jobberfaring knyttet til urolige og uoppmerksomme minoritetspråklige barn. Noen ped. ledere i vårt materiale er usikre på om dårlig grensesetting kan føre til ADHD problematikk.

Ped. lederne i vår undersøkelse gir uttrykk for at de bruker mye tid på observasjon og kartlegging, men de sier at de savner et godt system for systematisk kartlegging, tolkning av atferd og miljøfaktorer knyttet til disse barna. De mener at de kan mye om tiltak og i intervjuene viser de til mange gode eksempler.

Ped. ledere i vårt materiale stiller spørsmål som ”Klarer barnehagen å skjule ADHD problemer ved god tilrettelegging, som for eksempel forutsigbarhet og god struktur? Burde vi henvist før og fått ekstra hjelp?”

Mange ped. ledere var opptatt av at barnehagen manglet ressurser slik at de ikke kunne iverksette gode nok tiltak for barna.

Kommunene i vår undersøkelse hadde ulik praksis i forhold til tildeling av ekstra ressurser til barnehagene.

Barnehagene i vårt materiale antyder at de har gode innarbeidede systemer for drøfting av saker med kollegaer og styrere. Mange ped. ledere og barnehageledere i vår undersøkelse kan drøfte saker anonymt med PPT og sier at det fungerer godt. Ped. lederne i de kommunene som har spesialpedagoger, er fornøyd med ordningen. Ped. ledere i vår undersøkelse sier at de har stor nytte av spesialpedagogisk kunnskap og hjelp.



Ped. lederne i vår undersøkelse gir uttrykk for at de har generelle samtaler med alle foreldre og ekstrasamtaler ved problemer. Mange sier de er redde for å si noe galt til foreldrene med urolige og ukonsentrerte barn.

Alle ped.lederne i vår undersøkelse sier at de skriver pedagogisk rapport før de henviser et barn til PPT. Mange gir uttrykk for at de kvier seg for å henvise fordi det er et stort apparat å sette i gang og at det tar lang tid.

De har et uttrykt ønske om å få mer veiledning, samt å lære mer om temaet, urolige og ukonsentrerte barn. De har hatt samarbeid med både Barneverntjenesten og Barne- og ungdomspsykiatrien. De er nysgjerrig på hva Torshov kompetansesenter arbeider med og hvordan vi kan hjelpe barn.

### **2.1.3. Vurdering**

Vår vurdering er at ped. lederne i vår undersøkelse i liten grad differensierer mellom ADHD symptomer, tilleggsvaner og andre atferdsvaner. De kan mye om tilrettelegging, men vår vurdering er at mangelfull kunnskap om kjernesymptomene på ADHD, vil gjøre tiltakene mindre effektive.

Vårt inntrykk er at ped.lederne i vår undersøkelse har liten erfaring med systematisk opplæring av sosiale ferdigheter.

Vår vurdering er at tiltakene blir mindre treffsikre når man ikke har gode kartleggings- og evalueringsverktøy.

Vi tror at mangelfull kunnskap om systematisk kartlegging/observasjon og opplæring av sosiale ferdigheter, er med på å vanskeliggjøre foreldresamtalene.

Vårt inntrykk er at noen ped. ledere i vår undersøkelse mente at problemer knyttet til barn med ADHD problematikk ikke kunne løses uten tilleggsressurser. Vår vurdering er at det ikke alltid er nødvendig med ekstra ressurser for å sette i gang gode tiltak. Tiltak for urolige og ukonsentrerte barn er også tiltak som passer for alle barn. Vår oppfatning er at gruppetiltak ofte er gode tiltak for alle barn. På den annen side mener vi selvsagt at et sted går det en smertegrense for hva barnehagen klarer med knappe ressurser.

Vi tror at ped .ledere kan redusere en del av problematikken hos barn med mistanke om ADHD ved å lage gode strukturer og forutsigbarhet i barnehagen. Ikke alle barn med ADHD problematikk behøver å få en diagnose. På spørsmål om de burde ha henvist disse barna tidligere, er vår oppfatning ja, vel å merke dersom alle parter er bekymret og problemene er av en slik art at de gir store funksjonsforstyrrelser for barnet.

Vårt inntrykk er også at ped. ledere i vår undersøkelse har et vidt normalitetsbegrep, er tolerante, men at de er usikre på når man bør henvise barnet til PPT. Det virker som om de fleste mener at de bør henvise raskere enn de vanligvis gjør.

## **2.2. BARNEHAGELEDERE: KUNNSKAPER, ERFARINGER OG HOLDNINGER KNYTTET TIL UROLIGE OG UKONSENTRERTE BARN I FØRSKOLEALDEREN**

### **2.2.1. Innsamlet materiale**

#### **1. Erfaringer som barnehageledere har ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

Samlet sett nevner barnehagelederne alle *kjernesymptomer på ADHD*: oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker, impulsivitet og høyt aktivitetsnivå. De merker at atferden synes mest i

– samlingsstund og organiserte aktiviteter: disse barna kan for eksempel ”ikke sitte i ro over tid med en bordaktivitet”, ”får ikke med seg felles beskjeder”, ”har vansker med å ta imot informasjon; kan bli sittende igjen”;

- overganger og rutinesituasjoner når det forventes at alle barn gjør det samme; ”disse barna fikser ikke det”, de har ”problemer med å følge regler og rutiner”, ”viser rekkefølgeproblemer”;

- lek med andre barn. Atferden fører ofte til ”problemer med samspill og konflikter”. Disse barna ødelegger en del lek for andre; ”går inn og river ned”. De kan ikke leke over tid, ”de faller ut” og har ”kort oppmerksomhetspenn”. Disse barna ”klarer ikke helt lekekoden og sosiale koder”, de ”feiltolker andres reaksjoner og er sårbare”. Som resultat blir ”de andre barna litt redde dem”; når de nærmer seg leken så trekker andre barn seg unna.

Barnehagelederne merker at det går utover de andre ungene.

Barnehagelederne sier også at disse barna er ”for ivrige, for engasjerte, for mye ”barn”, for mye til stede”; ”de fyller rommet, blant annet med lyder og støy”. De har problemer med å ha oversikt og er uforutsigbare i reaksjoner både ift voksne og barn.

Barnehagelederne ser også at det finnes ”mange varianter av urolige og ukonsentrerte barn”; et barn ”behøver ikke å være utagerende og være inne i konflikter”. Men da er det ”vanskelig å finne ut hva det dreier seg om hvis barnet ikke har utagerende atferd”.

Mange av disse barna har dårlig selvbilde. De ”får skylda for det de gjør og det de ikke gjør. De blir lett syndebukker og får masse negative tilbakemeldinger”.

Det er lagt merke til barnas ”variabilitet i dagsform og humør, de kan overraske begge veier; positivt og negativt”.

Barnehagelederne erfarer at det er krevende å være sammen med urolige og ukonsentrerte barn. De er ”kontaktsøkende ift voksne”, men de oppfører seg enda verre ved konfrontasjoner: ”hyler, skriker”, ”tåler dårlig grensesetting”. En må være ”brannslukker og megler med slike barn”.

Mange barnehageledere uttrykker usikkerhet i forhold til denne rollen; ”vet ikke som pedagog hvordan å håndtere det”.

Når det gjelder *årsaker* sier barnehagelederne at det er ”vanskelig å forstå: Hvorfor gjør han det? Hva er grunnen til det?” De sier at det kan ha sammenheng med ”foreldrerolle” og ”grensesetting”.

De merker at ”foreldre kommer ofte til kort og er oppgitte”.

Blant *tilleggsvansker* nevnes det: sen blære- og tarmkontroll hos noen, dårlig selvbilde, problemer med koordinasjon (”klumsete, klønete; alt går så fort”), dårlig finmotorikk, sen språkutvikling, problemer med søvn; ”har vansker med å koble av”. Mange av disse barna er følsomme for ting (lapper på klær, strømpebukser, sokker og lignende). Barnehagelederne mener at det i tillegg bør sjekkes syn og hørsel.

Barnehagelederne legger merke til *kjønnsforskjeller* hos urolige og ukonsentrerte barn. De merker høyt konfliktnivå spesielt hos gutter; ”gutter er ofte problem for alle, de påvirker miljøet i stor grad, de får ofte andre imot seg”. Men det er ”vanskelig å få øye på jentene”; ”det kan til og med være godt å ha dem der, de sitter der og perler, de er langt borte, bare sitter og sitter. De er stille, snille med omtanke for andre”. Det nevnes at ”jenter med ADHD kan av og til se ut som om de har autistiske trekk”.

Det er ikke mange som har hatt erfaringer med *minoritetspråklige barn med mistanke om ADHD*. Derfor var det ”vanskelig å diskutere det”. Disse barna blir først og fremst ”frustrerte over å ikke ha ord for følelser”; og ”de trenger mer tid til tilvenning; personer, hus og systemer”. En hadde erfaring med en gutt med slike symptomer; ”han var ikke noe annerledes enn norske barn”.

Barnehagelederne vet at de barna som har diagnose har *rettigheter* knyttet til ressurser.

## **2. Utredningsmetoder/kartleggingsredskaper som brukes i deres barnehage ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

Barnehageledere erfarer at det brukes mye forskjellige typer **observasjoner** i barnehagen. Noen har f.eks. ”førsamtale” med foresatte før barnet starter i barnehagen; ”allerede der starter jeg observasjonen”, observasjon ved tilvenningsdager, løpende observasjoner og tilrettelegging, observasjoner over lengre tid, observasjoner av barnet i samhandling. Alle observasjoner drøftes i etterkant; ”Har flere opplevd samme situasjoner? Hva som funker og ikke funker? Hva gjør vi nå?” På grunnlag av dette settes det fokus på felles tiltak.

Av kartleggingsskjemaer er TRAS og Alle Med er mest brukt. Noen nevner at de fylles ut sammen med foreldre. Det nevnes også Askeladden.

Barnehageledere understreker at det er viktig med ”kartlegging av sterke og svake sider”. Praksisen er at ved kartleggingen ”settes det i gang tiltak ganske fort”.

Samtidig påpeker barnehageledere at det finnes mange kartlegginger som går på språk, men mindre på atferd. De sier at det er ”vanskelig å vite hva en skal bruke når det er en mistanke om ADHD”. Det uttrykkes et ønske om klarere rutiner på ”hva som skal brukes i barnehagen” og ”hvordan analysere innsamlet materiale”.

*Samtaler med foreldre* anses av barnehageledere som en viktig kilde til informasjon om barnet. ”Det er viktig å lytte til foreldrene, de kjenner barnet best”; ”vi må drøfte alle spørsmål vi har med foreldre”. Barnehageledere erfarer at barnehagen ”må tørre å stille de spørsmålene” til foreldre som de går og tenker; ”Hva ser foreldrene? Er atferden

gjenkjennbar? Er det sånn hjemme? Ser de det samme som barnehagen ser?” Barnehageledere ser viktigheten av å handle likt hjemme og i barnehagen i de samme situasjonene. De erfarer at ”mange foreldre vil ikke innrømme problematikken; mens andre vil det og blir lettet”. Barnehageledere er enig i konklusjonen om at ”å få foreldre med på banen er alfa og omega. Da blir arbeidet så mye lettere”.

Alle barnehagene bruker *samtaler med andre ansatte* for å innsamle informasjon og drøfte problemer. ”Praksisfortelling om barn på personalmøte/avdelingsmøte gjør at nye øyne og ører kommer inn med råd”, sier styrere.

Noen barnehager har erfart *samarbeid med helsestasjon* som nyttig; ”helsesøster kan innkalle til en ekstratime, foreta en undersøkelse på helsestasjonen (syn, hørsel, andre ting).”

*Rutinemøter med PPT* og anonyme drøftinger brukes til å vurdere ”hva kan brukes til kartlegging og hvordan gå videre?” PPT kan komme og foreta anonyme observasjoner og drøfte med ped.personalet i etterkant. Barnehagelederne opplever at dette fungerer bra og at ”dette er trygt for barnehagen”.

### **3. Tiltak som iverksettes i praksis i deres barnehage ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

Av *pedagogiske tiltak* mener barnehagelederne at forutsigbarhet er utrolig viktig for disse barna. Det er viktig å være i forkant; ”gi beskjed i god tid, snakke med barna på forhånd”, ”sikre oss at barnet har forstått beskjeden”; ha en dagsplan/dagstavle og gå gjennom den; visualisering og konkreter er gode hjelpemidler. Struktur og rutiner må være på plass.

Barnehagelederne erfarer at det er av stor betydning å jobbe med holdninger hos personalet; ”jobbe med å snu det negative synet på barnet”, ”samkjøre de voksne og gi informasjon til hele personalet”. I denne forbindelsen er det viktig ”å finne de positive ressursene i ungen og vise dem til andre”, ” få dem i lek og skape populariteten”. Noen ganger vet barnet selv hva han trenger. Den ”utstrålingen” personalet har er viktig.

Ved reaksjoner på atferd og irettesettelser skal man ”sortere hva som er viktig og mindre viktig”, opplever barnehagelederne.

Barnehagelederne erfarer at disse barna profitterer på voksen tetthet. De får ofte en voksen som veileder dem gjennom dagen eller gjennom turen. Barna trives bedre i smågrupper. De trenger litt ekstra hjelp i garderoben, matsituasjonen osv.

Barnehagelederne er opptatt av fleksibel organisering av ressurser. De opplever at det er viktig å ”tenke både på trivsel hos barnet, hele gruppen og de voksne”. De sier for eksempel at ”en voksen som ikke har dette barnet i dag er også et tiltak”. Løsningen kan være ”å hospitere barnet på andre grupper/avdelinger; der har ikke barn de holdningene til det barnet, barnet er ikke dømt på forhånd”. Barnehagelederne erfarer at når de har fått en ekstra ressurs må de være flinkere til å bruke den på en bedre måte; ”vi må bruke den målrettet”. Barnehagelederne innser at det er positivt for hele gruppa at *det* barnet får hjelp eller tiltak (positive ringvirkninger).

Når det gjelder *medisinske tiltak* sier barnehagelederne at det ikke er ”noe fasitsvar på om det er riktig eller uriktig å gi medisiner”.

*Veiledning til ansatte i barnehagen* er et viktig tiltak, sier barnehagelederne; ”barnehagelederen og de ped.lederne må gi veiledning”, ”fint med veiledning fra PPT og spes.ped.team.” Anonyme drøftinger med tverrfaglig team 1 gang i måneden gir trygghet; ”personalet får bekreftelse på det de gjør”.

*Samarbeid med foreldre* og veiledning til foreldre har også stor betydning. Barnehagelederne opplever at de ikke alltid har gode rutiner på det. De ser et problem i det at andre foreldre reagerer på barnets atferd og mener at det er ”viktig å skape forståelse hos andre foreldre”. Samtidig erfarer det at ikke alle foreldre vil ”offentliggjøre” problemet; ”det er en ekstrabelastning” for dem. Barnehagelederne er klare over at ”dette er en prosess som tar tid, og foreldre trenger tid”. ”Vi må respektere det”, mener barnehageledere.

Alle barnehagelederne understreker at det er viktig med *dokumentasjon og evaluering av tiltak*. Barnehageledere mener at de må være realistiske på tiltak. De erfarer at de noen ganger ”tar seg vann over hodet og skaper urealistiske forventninger”.

#### **4. Samarbeid med andre instanser ved videre henvisning av førskolebarn med mistanke om ADHD**

Barnehagelederne erfarer at generelt sett oppdager barnehagen disse barna tidlig, lurer mye på hva atferden kan skyldes, men er veldig tolerante og tør sjeldent å henwise. De er usikre ift: ”Hva er normalt ift alder? ”, ”Hvordan skille hva som er hva? Er det ADHD? Asperger? ADD? Andre diagnoser? - symptomene kan være like”. Det er få med diagnosen ADHD i barnehagen og det er ”en omstridt diagnose”, mener barnehageledere. Barnehagen prøver å legge forholdene til rette. Dyktige voksne ”undergraver” problemer. Vanskene blir tydeligere på skolen.

På den andre siden ønsker ped.personalet tidlig hjelp. Barnehagelederne er enige i at det er lurt ”å melde tidlig til PPT”. Det er viktig å endre holdninger som ”vente og se” eller ”han roer seg når han blir større”.

Barnehagelederne sier at barnehagen alltid må skrive *pedagogisk rapport* om ”hva vi gjør, hva vi har gjort og hvordan det har virket”. Dette er en viktig dokumentasjon.

I forkant av henvisningen er det vanlig med interne *drøftinger på ped.ledermøter* og drøftinger på tvers av avdelinger.

Barnehagelederne opplever at det ofte er barnehagen som ”setter i gang en prosess hos foreldre på at noe er galt med barnet”. Barnehagen erfarer at de må være vare for sårbarheten; ”hvis vi kommer skjevt ut, får vi dem ikke med oss. Vi har et kjempeansvar til å møte dem der de er”. Barnehagelederne sier at barnehagen kan begynne med ”å diskutere tiltak med foreldre og hvilke muligheter barnehagen har; ”viktig å komme med forslag til løsninger”. Som regel bes foreldrene gå til fastlegen samtidig som barnehagen går til PPT.

Barnehagelederne forteller at for å få støtte i en problematisk sak ”drøfter vi det ofte med *andre barnehageledere*”.

I en av kommunene foregår det regelmessige *tverrfaglige drøftinger*. Der er det mulig å melde saker for drøftinger når barnehagen er i tvil. Barnehagene opplever det som positivt at de nå jobber sammen med andre instanser i større grad enn før.

I en annen kommune er det inget slikt system; ”bare først når barnet har fått en diagnose, da blir det en ansvarsgruppe rundt barnet”.

Hvis det er atferdsvansker som dominerer er det vanlig å henvise saken til *PPT*. *PPT* kommer i forkant av henvisningen med observasjoner, drøftinger og veiledning. Noen har opplevd at det ”ikke alltid er så lett å få den hjelpen man ønsker”. Ped. personalet har store forventninger til *PPT*, men ”får ofte mer bekreftelse på at det som barnehagen gjør er bra”. Det erfares at ”det tar lang tid å få en diagnose”.

Barnehagelederne skulle ønsket at de ”hadde hatt en større *samhandling med skole*”. De mener at det er viktig å samarbeide med skolen og ”formidle om hvilke tiltak som virker”. Samtidig er det fint å vite: ”Hva forventer skolen av det barnehagen gjør og omvendt?”. Av positiv praksis nevnes det et stort prosjekt ”Barnehage- og skoleutvikling”: erfaringsutveksling, og foreldreskole.

Barnehagelederne nevner *samarbeid med helsestasjon*, men understreker at det skjer altfor sjelden. Av positiv erfaring nevnes en helsestasjon som har foreldregrupper for foreldre som ønsker veiledning knyttet til utfordrende atferd.

Når det gjelder *BUP* er det ikke vanlig at *BUP* samarbeider med barnehagen; ”vi fyller av og til ut et skjema, eller de observerer i barnehagen”. ”Barnet, eventuelt foreldrene går dit, men vi hører ikke noe fra dem”. Det ønskes bedre samarbeid fordi ”de er gode”.

Noen ganger samarbeider barnehagen med *BVT*, ”men da må det være flere ting i tillegg til atferdsvansker”.

### **Torshov kompetansesenter (hvilke erfaringer har de med Tk? Hva vet de om oss?)**

Mange barnehageledere vet at Tk er et statlig kompetansesenter ”på lik linje med andre sånne sentra”. Det er *PPT* som henviser til Tk og andre sentra. De nevner stort kompetansespenn; ”eksperter som kan hjelpe foreldre og barnehagen”.

Generelt sier barnehagelederne at de vet lite om Tk, det oppleves som ”VIP-tjeneste”. De samarbeider mest med Habiliteringstjenesten, og lurte på ”hvor ligger Tk i linja i forhold til kommunen?”

### **2.2.2. Oppsummering**

Undersøkelsen antyder at barnehagelederne som har deltatt i intervjuene har gode kunnskaper om kjernesymptomer på ADHD og klarer å differensiere ADHD fra atferdsforstyrrelser. Barnehageledere i vårt utvalg har solide erfaringer med barn med mistanke om ADHD, og beskriver hvordan kjernesymptomene på ADHD viser seg i ulike situasjoner i barnehagen, og hvordan denne atferden påvirker barnet selv, gruppen og ped.personalet. De har observert en god del tilleggs vansker og de har lagt merke til kjønnsforskjeller hos denne gruppen. De fleste har lite eller ingen erfaring med minoritetspråklige barn med ADHD-problematikk. Barnehageledere i vår studie har kunnskaper om rettigheter knyttet til ekstraressurser for barn med nedsatt funksjonsevne.

Barnehageledernes besvarelser tilsier at de har mye erfaring med å bruke forskjellige metoder for innsamling av informasjon og registrering av barnets atferd. Samtidig uttrykker de usikkerhet ift hvilke metoder som egner seg best når det er mistanke om ADHD. Mange får veiledning fra PPT ift hva man kan bruke og hvordan tolke resultater, og finner det som nyttig og trygt.

Slik barnehagelederne vurderer det, er barnehagepersonalet i deres barnehager generelt sett veldig dyktig på tiltak. På linje med ped.lederne i vår undersøkelse lurer barnehagelederne på om dette kan skjule alvorlig atferdsproblematikk. De ser utfordringen i hvordan de raskere kan oppdage vanskene og få viderehenvist barnet. Alle er enige om at det er viktig å melde i fra om problemene tidlig og få tidlig hjelp.

Barnehagelederne i vårt prosjekt erfarer å få gode veiledninger fra PPT og spesialpedagogene angående tiltak. De ser stor nytte av å kunne drøfte saker anonymt på tverrfaglige møter. Når det gjelder tildeling og organisering av ressurser har flere barnehageledere i våre intervjuer påpekt betydning av å kunne bruke dem på en mer målrettet og fleksibel måte, slik at både barnet, gruppen og personalet vil dra nytte av det.

Alle barnehagelederne som har deltatt på intervjuene er enige i at det er av avgjørende betydning å få foreldre med i et samarbeid, men samtidig erfarer de at det ikke er gode nok rutiner knyttet til foreldresamarbeid i deres barnehager.

Innsamlet materiale peker mot at barnehagelederne som har deltatt i vårt prosjekt, samarbeider på tvers av instanser i større grad enn tidligere og vurderer det som svært nyttig. De mener at faste interne og eksterne tverrfaglige drøftinger av problemer gir større trygghet og pekepinn på hvordan en kan jobbe videre. De fleste barnehagelederne er fornøyd med den jobben PPT gjør, men påpeker at henvisningsprosessen tar lang tid. Noen barnehageledere har erfaringer med samarbeid med BUP og BVT.

Undersøkelsen antyder at alle barnehagelederne i vårt utvalg vet svært lite om Torshov kompetansesenter, og hvor i systemet Torshov kompetansesenter er plassert.

### **2.2.3. Vurdering**

Etter vår mening har barnehagelederne i våre fokusgrupper positive holdninger og gode kunnskaper om ADHD-problematikken. Det gjør det lettere å oppdage urolige og ukonsentrerte barn og sette inn eventuelle tiltak.

Vårt inntrykk er at barnehagelederne har lite kunnskaper om årsaker til ADHD. Det kan hemme forståelse for hvorfor disse barna oppfører seg som de gjør.

Slik vi ser det, er det positivt at barnehagene i vårt prosjekt ser *hele* barnet og at de retter søkelyset mot de positive egenskapene til barnet. Slik virker det som om de også tenker ved innsamling av informasjon og ved atferdsregistrering av barna. Samtidig ser vi behov for bedre kjennskap til de redskapene som brukes og særlig ift hvordan tolke og bruke resultatene på en mer nyansert måte. Vi tenker at PPT kunne spille en viktig rolle ift slik opplæring.

Etter vår mening gjøres det mye bra ift tilrettelegging for urolige og ukonsentrerte barn i de barnehagene som har deltatt i prosjektet. Vi har imidlertid registrert usikkerhet hos barnehagelederne når det gjelder hensiktsmessige måter å håndtere en ADHD-relatert atferd

på. Bedre kunnskap om evidensbasert praksis ift hvilke tiltak som virker overfor denne gruppe barn ville være ønskelig.

Besvarelsene i våre intervjuer peker mot positiv tenkning hos barnehagelederne ift bruk av tildelte ekstraressurser. Fleksibel organisering av ressurser gjør det mulig å ivareta barnets behov så vel som andre barns og personalets perspektiv. Barnehagelederne innser at det er positivt for hele gruppa at *det* barnet får hjelp eller tiltak.

Etter vår vurdering oppleves samarbeid med foreldre til barn med mistanke om ADHD som en stor utfordring i barnehagen. Felles målsetting, bedre rutiner for samarbeid, valg av den samarbeidsformen som passer foresatte best, riktige holdninger og kontinuitet i samarbeidet ville antakelig påvirke foreldresamarbeid i positiv retning.

Vårt inntrykk er at barnehagen ikke sitter alene med problemer som oppstår. Barnehagelederne i vårt utvalg ser stor nytte av tverrfaglig samarbeid med forskjellige hjelpeinstanser. Samtidig vil de vite mer detaljert om hva de forskjellige instansene kan hjelpe barnehagene med.

## **2.3. SPESIALPEDAGOGER: KUNNSKAPER, ERFARINGER OG HOLDNINGER KNYTTET TIL UROLIGE OG UKONSENTRERTE BARN I FØRSKOLEALDEREN**

### **2.3.1. Innsamlet materiale**

#### **1. Erfaringer som spesialpedagogene har ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

##### **Symptomer**

Spesialpedagogene i vår undersøkelse setter størst fokus på uro hos disse barna: ”uro i mange situasjoner”, ”verbal uro, plutselig skriking og høy stemme”, ”kroppslig uro”, ”flytting på ting”. Samtidig bemerker de at barna ”melder veldig mange behov ved å vise uro”, uro er en måte å uttrykke seg på”. Det er viktig å kunne tolke og se årsaker til barnets uro.

Spesialpedagogene ser tydelig hvordan symptomene viser seg i lek. Disse barna ”ødelegger lek” men ”ser ikke sin egen skyld eller sin egen rolle i samspill”, ”leker ofte alene”, ”har det travelt i leken”. Mange av dem er beskrevet som ”dårlige lekere som havner på sidelinje”; ”de har ikke gode venner, de slutter seg mer til andre leker, og de blir heller ikke spurt om å delta i leken”.

Det er observert kommunikasjonssvikt hos disse barna. Det oppstår ofte misforståelser; barna har ” vansker med å forstå og gjøre seg forstått”. De viser ofte frustrasjon og sinne. De ”overtolker, alt blir forsterket”.

Barna beskrives som uforutsigbare.

Samtidig påpeker spesialpedagogene at disse barna er flinke til å legge merke til sin tilstand og beskrive den: ”Det er vanskelig å være meg inni meg!”, ”Hjertet dunker så hardt!”, ”Benken klør”, ”Jeg klarer ikke å vente!”, ”Har vondt i magen”.



Spesialpedagogene ser en fare for at disse barna ” tilskrives dårlige handlinger; og det smitter fra de voksne til unge og motsatt”. Mange får bajas-stempel, og man kan ofte tenke: Er dette barnet dårlig oppdratt?

Spesialpedagogene har erfart at ”hos rigid og slitent personale er problemene synligere”. De mener at fokus skal rettes mot forståelse av barnas atferd: ”Hva slags behov har disse barna? - Behov for ro. Disse barna må ha full oversikt og kontroll”.

### **Tilleggsversker**

Spesialpedagogene ser at disse barna ofte har tilleggsversker. De nevner klossethet, klønete motorikk, ofte dårlig språk (men ikke nødvendigvis). De har opplevd at disse barna kan være vare for lyder, berøring, veldig følsomme.

### **Kjønnsforskjeller**

Spesialpedagogene i vårt utvalg ser forskjellige karakteristika ved gutter og jenter, hvor man har mistanke om ADHD. Samtidig påpeker de at jenter innenfor denne gruppen kan være forskjellige. Innesluttede jenter er sjelden i kontakt med andre barn; da ”begynner man å psykologisere, tenker emosjonelle versker, tenker ikke ADHD”. Men de kan også være veldig utagerende, slå, havne i konflikter, leke veldig dårlig – ”mer som gutter med atferdsversker”. Noen har sett bare gutter og erfart at ”gutter har ofte fysiske konflikter, tar mer plass og bruker mer lyd og stemme”. ”Gutter er verbalt urolige, snakker som en foss, klarer ikke å stoppe”.

### **Minoritetsspråklige**

Spesialpedagogene har ikke så stor erfaring med minoritetsspråklige. De påpeker at ”språklige misforståelser kan føre til uro og utagerende atferd”. Disse barna er veldig verbale og noen av dem henvises i forhold til språk. Trengs litt lengre tid til å avklare hva verskene skyldes av.

## **2. Utredningsmetoder/kartleggingsredskaper som spesialpedagogene bruker ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

Generelt sier spesialpedagogene som vi har intervjuet at de ” får ikke gjort det så mye”. Det mest naturlige for dem er å bruke *observasjoner*. De observerer i forskjellige situasjoner, får mye informasjon av observasjon i lek, foretar videoobservasjoner. Det ønskes å bruke mer film og ”få små nyanser fram”. Noen bruker Marte Meo metoden, ”fryser situasjoner og analyserer dem”. De påpeker nytte av å føre en skrivebok (hos en spesialpedagog), loggføring: ”nyttig med å skrive ned med fortløpende observasjoner. Fint å bruke i foreldresamtaler”.

Av *kartleggingsskjemaer* brukes det KALA (lek og atferd), kartlegging av systemet, aktivitetsskjema, kartlegging ved bruk av fargekoder - gir et tydelig bilde, TRAS og ALLE MED. Sosiogram er også nevnt.

Av *tester* er Reynell og andre språktester i bruk.

I tillegg foretas det *samtaler med foreldre*.

Spesialpedagogene opplever at *pedagogisk rapport* fra barnehagen gir mye informasjon om hva barnet strever med.

Det ble nevnt *samarbeid med helsestasjon* i denne forbindelsen; ”fint å hente anamneseopplysninger der”.

### **3. Tiltak som spesialpedagogene iverksetter i praksis ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

#### **Pedagogiske tiltak**

Spesialpedagogene i denne undersøkelsen er overbevist om at ”holdninger og kunnskaper om ADHD er punkt 1”; ”det viktigste – bevisstgjøring om holdninger”. En må ha forståelse for problemet og kunnskap om hva konsentrasjonsvansker er. Det er viktig å gi ”opplæring i forståelsen av problematikken barnet har” til alle som er rundt det barnet.

Spesialpedagogene mener at det er ”de voksne som skal legge til rette” og sørge for en god dialog med disse barna. For det er det viktig ”å kunne samarbeide på ungens premisser” og ”vite hvordan en selv påvirker barnet”.

Spesialpedagogene understreker viktigheten av ”kjærlighetstiltak”. Disse barna trenger mye kjærlighet. De får alt for mye kjeft. Viktig at barnet opplever å bli likt og støttet. En må være glad i barnet slik det er. De har erfart at ved å oppleve kjærlighet, anerkjennelse og støtte, blir disse barna snudd. Det er viktig å bruke tid på disse barna; finne fram det positive og bygge opp på det og få gode systemer rundt barnet.

Spesialpedagogene sørger i sin jobb for å ”lage et brukervennlig miljø, rydde”. De ser at disse barna må ha full oversikt og kontroll. Planlegging, struktur og forutsigbarhet, minne på ting, tydelighet, klare miljøregler, visualisering, bruk av fotografier og tegning av ”sosiale historier”, dagsplan på tavla bidrar til at barnets verden blir snudd ”fra KAOS til KOS”.

Spesialpedagogene ser nytte av å lage avtaler med disse barna.

De ser også at barna proffiterer på mindre grupper: for eksempel spise i en mindre gruppe, skoggruppe med en klar plan - ”mer læring – færre konflikter”, ”gutta på tur”. Det gir gode erfaringer og barnet blir inkludert. Spesialpedagogene ser at disse barna trives veldig godt ute, de ”får bruke kroppen sin der”.

Samtidig erfarer spesialpedagogene at ”man kan ikke få alt på en gang”. Men man kan begynne med en ting, så ”blir det en overføringseffekt”. Det er viktig å si ”Stopp!”, men det er også lurt å ”sortere hva man reagerer på”.

Ett av viktige tiltakene er å jobbe *med foreldre*, ”hjem og barnehagen henger sammen”. Spesialpedagogene bruker for eksempel en kontaktbok (Hva som skjer?); den kan også brukes i samtaler om gode ting. Andre ting å drøfte med foreldre er: Hva kan gjøres rett før barnet går i affekt? Hva kan gjøres forebyggende?

Spesialpedagogene har gode erfaringer med *samtaler med unger*.

Spesialpedagogene ser stor nytte av å ha både formelle og uformelle *drøftinger med PPT* når det gjelder tiltak.

Det oppleves at god *overgang til skolen* krever ekstra tiltak. Spesialpedagogene ser viktigheten av overføringsmøter med skole og IOP. De erfarer at ”skolen er opptatt av hvilke tiltak som fungerer bra”.

#### **4. Samarbeid med andre instanser ved videre henvisning av førskolebarn med mistanke om ADHD**

Spesialpedagogene i vårt utvalg samarbeider først og fremst med *PPT*. De erfarer at *PPT* er gode til å ta signaler fra spesialpedagogisk team (*SPT*) og gir god faglig støtte. *PPT* henviser videre til *BUP*.

Spesialpedagogene samarbeider med *barnehage*, og mer og mer med *barnehageledere*.

Spesialpedagogene samarbeider mye *med hverandre*. De har interne drøftinger og kollegaveiledning.

*SPT* ser *foreldre* som de nærmeste i samarbeidet. De vurderer problemet sammen, foretar telefonsamtaler med foreldre: Skal vi gå videre?, har foreldresamtaler: Hvordan går det hjemme? Det oppleves som viktig og nyttig.

Når det gjelder *Tk*, har noen vært på kurs her, noen har hatt unger til utredning. Spesialpedagogene har erfart god støtte og konkret hjelp til tiltak. De synes at det er bra at foreldre er med i prosessen. Generelt sett er de veldig fornøyd med hjelp fra *Tk*. De vet at *Tk* jobber mye med ADHD-problematikken, men de lurer på ”hva er forskjell på *BUP* og *Tk* i denne sammenheng?”

#### **Begrunnelse for valg av tilleggsspørsmål**

De tre kommunene som var med i prosjektet hadde ulike praksis knyttet til pedagogens spesial arbeidsoppgaver, organisering og ansettelsesforhold. Vi erfarte at spesialpedagogisk hjelp var svært etterspurt av ped. lederne. Det virket som om ped. lederne var svært fornøyd med ordningen hvor spesialpedagogene var organisert i et team, hvor de både gav veiledning til ped. ledere, men også gjennomførte tiltak. Vi ønsker derfor å spørre *SPT* om deres erfaringer knyttet til etterspørsel av deres tjenester.

#### **5. I hvilken grad erfarer dere at jobben dere gjør, knyttet til barn med ADHD problematikk er etterspurt av de ulike samarbeidspartene?**

Spesialpedagogene opplever at de er veldig **mye etterspurt i barnehagene**. De holder bl.a. kurs til barnehager om kommunikasjon, visualisering, konsentrasjon.

En fikk en gang innkallelse fra *BUP* for å dele erfaringer om ungen, og setter stor pris på det. Men dette er veldig uvanlig. Spesialpedagogene erfarer at de ”må nesten spørre selv om å få gi en uttalelse om et barn”.

Spesialpedagogene opplever at de er *etterspurt i skolen og SFO* i forbindelse med overføringsmøter med skolen. De deltar på fagmøter og ved felles drøftinger.

### **2.3.2. Oppsummering**

Innsamlet materiale antyder at spesialpedagogene i vår undersøkelse har solide kunnskaper om og erfaringer med barn med mistanke om ADHD. Selv om de ikke nevner kjernesymptomer (hyperaktivitet, impulsivitet, uoppmerksomhet) eksplisitt, beskriver de typiske atferdstrekk hos disse barna og hvordan de arter seg i kommunikasjon og samspill med andre barn. Spesialpedagogene registrerer også tilleggsvanskene og kjønnsforskjellene hos disse barna. Spesialpedagogenes kunnskap om mulige årsaker til ADHD kom ikke tydelig fram.

Spesialpedagogene i vår fokusgruppe uttrykker veldig positive holdninger ift barn med mulig ADHD. De vil gjerne finne årsaker til barnets atferd og skape forståelse for behovene som disse barna har. I sin praksis setter de fokus på å oppdage de positive sidene ved barnet og bygge opp gode systemer rundt barnet.

Spesialpedagogene som har deltatt i vår studie utfører ikke så mye utredningsarbeid selv, men de kjenner godt til de metodene/redskapene som barnehagen eller PPT pleier å bruke.

Besvarelsene fra spesialpedagogene antyder at de har gode kunnskaper om og mange erfaringer med spesielle pedagogiske og organisatoriske tiltak som urolige og ukonsentrerte barn har nytte av. Spesialpedagogene beskriver hva hvert tiltak er rettet mot og hvilken begrunnelse de har for valg av det ene eller det andre tiltaket.

Spesialpedagogene i vårt utvalg samarbeider mye med andre instanser. De formidler i tillegg at de drar stor nytte av å være et team og ha samarbeid seg i mellom.

Når det gjelder kjennskap til Tk har flere av spesialpedagogene i fokusgruppen hatt samarbeid med Tk. De har erfart å få god støtte og hjelp til tiltak. De vet at Tk bl.a. jobber med barn med ADHD-problematikk, men de kan ikke forskjell på Tk og BUP i denne sammenhengen.

### **2.3.3. Vurdering**

Vårt inntrykk er at disse 5 spesialpedagogene har mange kunnskaper og særlig gode praksiserfaringer når det gjelder urolige og ukonsentrerte barn. Ivrige diskusjoner, positiv tenkning og løsningsorienterte forslag preget denne fokusgruppen under intervjuet.

Vår vurdering er at spesialpedagogenes innsats har stor nytteverdi for barnehagene de samarbeider med. De jobber med individsaker så vel som på systemnivå. Både barn med mistanke om ADHD og hele gruppen profitterer på de tiltakene som spesialpedagogene setter i gang.

Både vår mening og tilbakemeldinger fra barnehagene som har deltatt i prosjektet tilsier at disse spesialpedagogene tilføyer mange positive holdninger og mye spesialpedagogisk

kunnskap og kompetanse til ped.personalet. Denne kompetansen vurderer vi som viktig og mye etterspurt i feltet. Det hjelper barnehagene med til å forebygge vansker, oppdage og imøtekomme barn med særskilte behov.

Vår analyse tilsier at denne kommunale ordningen med et spesialpedagogisk team organisert under Barnehagesjefen, som har mye internt og eksternt samarbeid, fungerer veldig effektivt.

## **2.4. PP-RÅDGIVERE: KUNNSKAPER, ERFARINGER OG HOLDNINGER KNYTTET TIL UROLIGE OG UKONSENTRERTE BARN I FØRSKOLEALDEREN**

### **2.4.1. Innsamlet materiale**

#### **1. Erfaringer som pp-rådgiverne har ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

##### **Symptomer**

PP- rådgiverne (PPR) i vår undersøkelse har erfart at det er få som får diagnosen i førskolealder. De fleste som får diagnosen er rundt 5 år. PPR kjenner til kjernesymptomene på ADHD. De kommer med noen eksempler på situasjoner hvor symptomene er mest fremtredene. Eks. ”de har ofte problemer i samlingsstund; det kan ofte være vanskelig for dem å sitte rolig. De er ofte så impulsive.” De sier også at: ” Det å holde fokus f.eks i lek er ofte vanskelig over tid” De skiller også mellom selvvalgte og ikke selvvalgte aktiviteter. De vet at motivasjon ofte er avgjørende. De snakker også om reguleringsvansker, eks ”førskolebarn med ADHD har reguleringsproblemer, foreldre forteller at disse barna sover dårlig.” De har også erfart at barn med ADHD problematikk kan ha ulik atferd hjemme og i barnehagen. Eks. ”De kan fungere ganske bra i barnehagen, men være oppe halve natta hjemme.” De har et nyansert syn på symptomene, Eks. ”Disse symptomene kan ha andre årsaker enn ADHD, for eksempel miljøfaktorer som spiller inn, eller det kan være omsorgssvikt.”

##### **Årsaker**

PP-rådgiverne i vårt utvalg, vet at ADHD ofte er arvelig.

##### **Tilleggsvansker**

PP-rådgiverne har erfart at barn med ADHD kan ha ulike tilleggsvansker. De nevner motoriske vansker, forsinket språkutvikling, angst og depresjon.

##### **Foreldrenes rolle**

Dette var et tema som PPR snakket mye rundt. De hadde erfart at ”foreldrene sier at de ser symptomer på ADHD- problematikk veldig tidlig. Der hvor problemene er størst, ser foreldrene dette først. Foreldre er ofte mer bekymret enn barnehagen. Mange foreldre tar initiativ og melder sine bekymringer til barnehagen,” sier de. De sier også at:” foreldre

aksepterer forklaringene fra barnehagen om at atferden er en del av en normal tilpasningsprosess.” De har også erfart at foreldre kan oppleve å ikke bli tatt på alvor av barnehagen og at de ikke synes at barnehagen legger godt nok til rette for barnet sitt. De sier også ” Det kan gå den andre veien; Barnehagen er bekymret for barnets atferd, men foreldrene går i forsvar.”

## **2. Utredningsmetoder/kartleggingsredskaper som pp-rådgiverne bruker ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

PPR i vår undersøkelse synes det er vanskelig å utrede og vurdere atferden til disse barna når de er så små. De er usikre på hva aktivitetsnivået skyldes. ”Er det uttrykk for umodenhet, tilpasningsvansker eller kan det være symptomer på ADHD?” PPR sier derfor at: ”Det er viktig å kartlegge atferden til barnet, på ulike arenaer, å se på historien.” ”En del av utredningen er også utprøving av tiltak,” sier de.

### **Observasjon**

Når barnet er henvist til PPT, er første ledd i utredningen alltid observasjon. Det er PPR som foretar observasjonen. De synes at det er viktig å observere fordi observasjon gir god mulighet til både å se enkelt barn, barnet i samspill, samt å se på miljøfaktorer. De sier det er et dilemma at barnet endrer atferd ved observasjon: ”Ungen har aldri vært sånn som i dag,” sier ofte ped. ledere til PPR etter at hun har observert. PPR som arbeider i kommuner hvor det er spesialpedagogisk team er fornøyd med ordningen og kan fortelle at spesialped. har mulighet for å foreta mer systematiske observasjoner.

### **Kartleggings skjemaer, tester og samtaler**

PPR forteller at når barnet henvises til PPT har de et grunnlagsdokument i barnehagens rapport. Rapporten bygger på TRAS som er et registreringsskjema for språkutvikling på ulike områder, for førskolebarn. Noen PPR krever at ped.leder gjør sine vurderinger i rapporten. I tillegg bruker PPR noen ganger kartleggingsmaterialet til Kari Lamer som er knyttet til sosial kompetanse (f.eks selvkontroll) hos førskolebarn, samt Achenbach, manual for Children Behavior Checklist 1 ½ -5 år. Tester velger de ut fra problemstilling, men de tar alltid evneprøver, ofte minneprøver og språktester.

PPR har alltid inntakssamtale med foresatte før utredningen starter og de tar alltid et anamnese opptak med foresatte. I dette intervjuet sier de at de er spesielt opptatt av hvordan ”barnet skilte seg ut helt fra begynnelsen.”

De forteller at en sjelden gang er det helsestasjonen som melder sin bekymring om et barn til PPT.

## **3. Tiltak som pp-rådgiverne iverksetter i praksis ift førskolebarn med mistanke om ADHD**

## **Pedagogiske tiltak**

PPR vi intervjuet understreker at man raskt bør komme i gang med utprøving av tiltak, men har også erfaring med at mye har vært prøvd før henvisning, ofte ikke systematisk. De vet at for barn som har problemer knyttet til uro og uoppmerksomhet er det viktig med en god og fast struktur; ”det er forutsetningen, ” sier en PPR . Tydelig og anerkjennende kommunikasjon, har de jobbet mye med i en kommune. De snakker også om at det er viktig med planlegging og gjennomføring av planene, men at man bør kunne avvike fra planene når man ser at det er nødvendig. Visuell støtte trekkes også fram som et viktig hjelpemiddel for disse barna. En har erfart at kroppskontakt var svært viktig for ett barn.

## **Organisatoriske tiltak**

PPR i vår undersøkelse vet mye om organisatoriske tiltak som for eksempel styrket voksentetthet, små lekegrupper, små turgrupper og små språkgrupper. De snakker om viktigheten av at barnehagen har en god arealløsning. De har også erfart at barn med mistanke om ADHD har måttet bytte barnehage på grunn av organisatoriske faktorer. De mener at barnehagepersonalet er gode ift struktur og organisering og sier at alle barn profiterer på det. De understreker også at det er viktig at de ansatte i barnehagen er ”samkjørte.”

## **Medisinske tiltak**

PPR har liten erfaring med barn med ADHD i barnehagen som har blitt medisinert, men har noe erfaring.

## **Veiledning til ansatte i barnehagen og til foresatte**

PPR mener at de gir systematisk veiledning til barnehagepersonalet. De sier også at de gir konkrete forslag til løsninger. De mener også at holdningsarbeid i barnehagene er viktig, en PPR sier ” Disse barna gjør ikke ting med vilje alltid.” I de kommunene hvor de har SPT gir de veiledning til barnehagen og til foreldre. PPR mener at de ikke gir foreldrene systematisk veiledning, slik andre etater kan gjøre. De trekker fram ”De utrolige årene, ” som et godt eksempel på noe som foreldre har vært fornøyd med. En sier: ” I slike tilfeller hvor jeg ser at dette er aktuelt, anbefaler jeg dette veldig raskt, fordi jeg vet at det ofte virker bra. Det er konkret, systematisk og tydelig.”

## **Gode tiltak gjennomført av spesialpedagoger**

Språkstimulering, sosial støtte ved for eksempel ”Steg for Steg” gjennomføres av spesialpedagogisk team eller spesialpedagog ansatt i PPT. Disse tiltakene blir trukket fram som nyttige tiltak for disse barna.

## **4. Samarbeid med andre instanser ved videre henvisning av førskolebarn med mistanke om ADHD**

## **Samarbeid med BUP, helsesøster og lege**

Det er ulik praksis både innenfor en enkelt kommune, men også mellom de ulike kommunene, som vi har hatt kontakt med. En PPR sier at ” av og til samarbeider vi med Helsesøster om utprøving av tiltak, før vi viderehenviser.” En annen sier: ”Det starter alltid med at vi ser på den pedagogiske rapporten fra barnehagen. Vi ser hvordan har tiltakene virket, deretter snakker vi med foreldrene og anbefaler en videre henvisning.” I saker hvor det er snakk om urolige og uoppmerksomme barn er ofte BUP den primære samarbeidspartneren. En sier: ”Det er viktig med tanke på en eventuell diagnose og medisintprøving. Vi legger ved en uttalelse som foreldrene tar med seg til fastlegen. Det er 3-6 måneder ventetid i vår kommune.” fastlegen er viktig mener de ” med tanke på alle anamnesticke opplysninger han allerede har, om barnet.” Det er både et kapasitetsspørsmål og det er personavhengig hvor mye BUP ønsker å samarbeide med PPT, mener de. En sier: ”av og til gjør BUP sin utredning og så får vi bare vite at nå skal han begynne med medisiner. Hvor mye skal du ringe å mase og spørre? Det kan ta lang tid før vi vet hva som skjer. Ikke så veldig ofte blir vi heller innkalt på tilbakemeldingsmøter. Ofte forholder de seg bare til foreldrene.” En har erfart at det lønner seg å skrive i sin uttalelse til BUP at hun bant annet ønsker å samarbeide i saken. Det oppleves at BUP noen ganger er overfokuset på ADHD og ser ikke tilleggsproblematikken. PPT ønsker ofte bredere utredning med tanke på komorbiditet.

I de tilfellene som det er snakk om for eksempel angst og depresjon, er det viktig at fastlegen er informert og kan følge opp, mener de. Etter tilbakemeldingsmøte har de erfart at BUP ofte avslutter saken. De har erfart at fastlegen vet lite om ADHD. De savner at BUP står for videre oppfølging og evaluering av tiltak. De har også erfart at i de tilfeller hvor foresatte får veiledning fra BUP i etterkant, blir PPT ofte trukket inn i et samarbeid. PPR fra en kommune har erfart at de kan ringe BUP i etterkant av en sak for å drøfte tiltak. BUP deltar av og til på ansvarsgruppemøter.

En PPR sier: ”Vi opplever av og til at det ikke er lege på BUP. I de tilfellene får BUP hjelp fra et privat firma. Det har vi opplevd positivt. De er egentlig flinkere til å gi tilbakemeldinger til PPT. Vi kan få ukentlige brev fra dem”

## **Samarbeid med skolen**

PPR er enige om at skolen er en viktig samarbeidspartner ved overgangen fra barnehage til skole.

## **Samarbeid med Torshov kompetansesenter**

En sier ”Ved sammensatt problematikk, har det hendt at vi har henvist til Torshov.” En annen sier: ”Jeg har ikke vært flink nok til å bruke Torshov. Jeg ser nå at ved sammensatt problematikk burde jeg ha henvist dit” En sier ”Jeg er veldig fornøyd med Torshov. De gjør en grundig utredning, skriver gode rapporter, ikke minst anbefaler gode tiltak og kommer med nyttige tilbakemeldinger.” De av PPR som har benyttet Torshov kompetansesenter er fornøyd, ”men vi savner legebiter,” sier de. Andre sier at de forbinder Torshov kompetansesenter først og fremst med hjelp knyttet til sammensatte vansker og utviklingshemming i skolealder, eksempel: ”Jeg tenker ikke Torshov når det gjelder førskolebarn og når det gjelder ADHD.”



## **Samarbeid mellom etatene**

PPR i vår undersøkelse, har erfart at få førskolebarn med ADHD har fått IP, til tross for at mange etater har vært inne i saken. En sier ”Jeg har en følelse av at instanser jobber hver for seg og har lite samarbeid. Det er trist med tanke på brukeren.”

### **2.4.2. Oppsummering**

Våre funn peker i retning av at de pedagogisk psykologiske rådgiverne (PPR) i vår undersøkelse er kjent med kjernesymptomene for ADHD og de nevner dem eksplisitt. De kjenner også til undergrupper av ADHD, samt tilleggsvansker.

PPR i vår undersøkelse har erfart at det kan være mange grunner til at barn er urolig og ukonsentrerte. De antyder at det ikke behøver å være ADHD.

PPR i vår undersøkelse viser til eksempler på foreldres bekymring for sine urolige og ukonsentrerte barn.

I vårt materiale ser vi at PPR som er med i vår undersøkelse har mye teoretisk kunnskap om virkningsfulle tiltak for urolige og ukonsentrerte barn.

PPR i vårt materiale har mye erfaring knyttet til innsamling av informasjon om barn med mistanke om ADHD. De vet at atferden må kartlegges på ulike arenaer.

PPR i vår undersøkelse har erfart at utrednings- og viderehenvisningsprosessen tar lang tid og de mener at de fleste som får diagnosen er rundt 5 år.

PPR har veiledning med barnehagepersonalet. PPR sier de er opptatt av å utvikle gode holdninger knyttet til barn med ADHD problematikk. De nevner ikke konkrete eksempler på hvordan de arbeider med dette.

PPR henviser barn med mistanke om ADHD til Barne- og ungdomspsykiatrien.

Av vårt materiale går det fram at de som har henvist til Torshov kompetansesenter har vært fornøyd med arbeidet som er gjort.

Flere av PPR som var med i vår undersøkelse var ikke klar over at Torshov kompetansesenter arbeider med denne vanskegruppen.

### **2.4.3. Vurdering**

Vårt inntrykk er at PPR i vår undersøkelse har et nyansert syn på ADHD symptomene. De vet at symptomene er en del av normalutviklingen, men at de også kan være uttrykk for spesifikke vansker.

Resultatene fra intervjuene med PPR viser at de vet at oppmerksomhetsvansker og uro, kan ha andre årsaker enn ADHD, men også at det kan være ADHD i tillegg til noe mer.

Vårt materiale viser i retning av at PPR har et reflektert og analytisk forhold til hvordan man bør innhente informasjon om at barn med mistanke om ADHD. De vet mye om

observasjon, kartlegging og testing av disse barna. De kan også mye om differensial diagnostikk.

Vårt inntrykk er at i de kommunene som har spesialpedagoger, er det ofte spes.ped. som gjennomfører og implementerer tiltakene i barnehagene. I de kommunene hvor det ikke er spesialpedagoger, er det ped. lederne som gjennomfører tiltakene, da med veiledning fra PPT.

Vårt inntrykk er at PPR i vår undersøkelse har mye teoretisk kunnskap om tilrettelegging, men selv har liten erfaring med å gjennomføre tiltakene.

Slik vi ser det, har PPR i vårt materiale et reflektert forhold til foreldrenes bekymringer, for sine urolige og ukonsentrerte barn. De viser til mange ulike eksempler.

Vårt inntrykk er at PPR i vår undersøkelse ikke har noen tradisjon for å henvise førskolebarn barn med sammensatte vansker til Torshov kompetansesenter.

### **3. KONKLUSJONER, RESULTATER, ANBEFALINGER**

#### **3.1.KONKLUSJONER**

Våre konklusjoner bygger på besvarelsene fra fokusgrupper som har deltatt i prosjektet. Vi understreker derfor at man ikke uten videre kan generalisere funn, tolkningene og konklusjonene.

Vi er klar over at vårt utvalg er spesielt på den måten at alle, både PPR, SPT, barnehagelederne og ped. lederne selv har valgt å delta. De er alle interesserte og ønsker å lære mer om temaet førskolebarn med mistanke om ADHD. Vi mener at god kunnskap og ønske om hele tiden å lære mer, gir grobunn for gode holdninger. Vårt inntrykk er at flertallet i vårt utvalg ser ut til å være et eksempel på dette.

I vår undersøkelse ønsket vi å finne ut hvorfor så få førskolebarn med mistanke om ADHD, samt tilleggsvansker blir henvist til Torshov ks. For å kunne besvare denne problemstillingen valgte vi å kartlegge:

- Hva slags kunnskaper, erfaringer og holdninger PP-rådgivere, barnehageledere, ped.ledere og spesialpedagoger har når det gjelder førskolebarn som er urolige og ukonsentrerte.
- Hva er henvisningspraksis for førskolebarn med mistanke om ADHD.

Analyse av innsamlet materiale viser at det er ulike årsaker til at Torshov ks får henvist få førskolebarn som er urolige og ukonsentrerte.

1. Pedagogisk personale ser ut til å ha mangelfulle kunnskaper om kjernesymptomer og årsaker til ADHD-problematikken. I tråd med vår antakelse setter de likhetstegn mellom utagerende atferd og ADHD problematikk, og da helst hos gutter.
2. Barnehagene (alle faggruppene) har lite erfaring med systematisk kartlegging og registrering av atferd og særlig med tolkning av resultater.

3. Barnehagene holder seg til et vidt normalitetsbegrep, er tolerante og usikre på når de skal henvise barnet til PPT.
4. Barn med ADHD problematikk blir som oftest henvist ved skolestart.
5. Vanskelig samarbeidsrelasjoner mellom barnehage og foreldre kan i en del tilfeller forsinke eller forhindre henvisningsprosessen.
6. Barnehagen vet svært lite om Torshov ks som en del av Det statlige spesialpedagogiske støttesystemet og hvilken bistand det gir.
7. Mange PP-rådgivere i vår undersøkelse kjenner ikke til Torshovs fagområder og har ikke hatt samarbeid med oss.
8. PPR pleier å anbefale henvisning til BUP når det er mistanke om at et barn har ADHD.

### **3.2.RESULTATER**

1. I samarbeid med PPT og spesialpedagogene har vi skreddersydd kurs for alle barnehagene som har deltatt i prosjektet. I løpet av våren 2009 vil alle kursene være avholdt. Hensikten var å øke deres kompetanse knyttet til tema førskolebarn med mistanke om ADHD samt tilleggsversker. Vi håper med dette å bidra til at vansker hos barn blir oppdaget tidligere og at forebyggingstiltak dermed kan settes inn for å redusere utvikling av for eksempel store atferdsvansker.
2. En av kommunene ønsker i etterkant av prosjektet, at Torshov ks skal holde tilsvarende kurs for alle barnehage- ansatte i kommunen. Vi vil gjerne spre vår kompetanse på et kommunalt nivå samt profilere Torshov ks virksomhet.
3. Både prosjektlederne og PP-rådgiverne har prøvd en utvelgelsesmetode for å finne informanter som begge parter har funnet brukbar.
4. Vi har benyttet en intervjuform som har vært velegnet og som alle yrkesgruppene som har deltatt i prosjektet kan bruke i andre sammenhenger.
5. PP-rådgiverne og spesialpedagogene har fått bedre kjennskap til kompetanse og pedagogisk praksis i de barnehagene de samarbeider med. Vi tror at dette kan bidra til mer målrettet og systematisk samarbeid mellom PPT, spesialpedagogene og barnehagene.
6. De fleste PP-rådgiverne har utarbeidet et informasjonsskriv om støtteapparatet i kommunen og henvisningsprosedyrer. Dette blir presentert på kurset i de aktuelle barnehagene.

7. Alle deltakerne har fått en detaljert informasjon om Torshov kompetansesenter: plass i systemet, fagområder, arbeidsoppgaver og arbeidsformer, samarbeidspartnere, henvisningsprosedyrer.  
Som resultat av dette profileringsarbeidet har vi allerede fått henvisninger og gjennomført anonyme konsultasjoner ift førskolebarn med flere prosjektdeltakere. 2 barnehager som har deltatt i prosjektet, ønsker å ha kurs i Torshov sine lokaler og i tillegg få mulighet for omvisning i "Læringslandskapet." (Læringslandskapet er utviklet som en idebank og drøftingsarena for god praksis. Målgruppen er ped. personalet i barnehager/skoler som arbeider med mennesker med store sammensatte funksjonsvansker.)
8. Prosjektet ble presentert på Torshov ks jubileums konferanse i oktober 2008.
9. Gjennomføring av prosjektet, oppsummeringer og konklusjoner ble gjennomgått på fagmøter på Torshov ks og rapporten blir sendt til alle deltakerne.
10. Rapporten blir lagt ut på Torshov ks nettsider.

### **3.3.ANBEFALINGER**

1. Barnehageledere bør i større grad sørge for systematisk opplæring av barnehagepersonalet når det gjelder å forebygge vansker, oppdage og legge til rette for barn med særskilte behov. Dette vil øke faglig trygghet, kunnskap og handlingskompetanse og føre til en større forebyggende effekt. PPT og spesialpedagogene blir naturlige samarbeidspartnere i denne sammenheng.
2. Barnehagepersonalet bør få større hjelp og veiledning fra PPT ved målrettet valg og bruk av forskjellige kartleggingsmetoder samt tolkning av resultater.
3. Vi vil anbefale at barnehagepersonalet beholder sitt vide normalitetsbegrep ift barns utvikling, men tenker at ped.ledere bør stole mer på sitt pedagogiske skjønn og ikke nøle med viderehenvisning til PPT ved store bekymringer eller usikkerhet.
4. Når det gjelder foreldresamarbeid anbefaler vi at barnehager har positive og åpne holdninger, utarbeider klare rutiner for samarbeidet, setter felles mål og velger egnet samarbeidsform sammen med foresatte og sørger for positivitet og kontinuitet i foreldresamarbeidet.
5. PPT bør gi klarere informasjon til barnehager om støtteapparatet på kommunalt og statlig nivå og om henvisningskrav og prosedyrer.
6. Torshov ks bør i større grad profilere sine tjenester, fagområder og samarbeidsformer for PPT og andre mulige samarbeidspartnere.
7. Tidlig innsats er et prioritert område på Torshov ks. Vi anbefaler at det i denne forbindelse settes enklere inntakskriterier for henvisning av førskolebarn, tilbys flere anonyme konsultasjoner/minikurs/tjenester, stimulere ansatte til å gjennomføre FOU-arbeid og kursvirksomhet for PPT og barnehager.

8. Vi anbefaler at Torshov ks tar kontakt med HIO v/førskolelærerutdanningen, med ønske om å drøfte temaet; barn med mistanke om ADHD. Målsettingen må være å få temaet inn som en del av pensum i grunnutdanningen. Torshov ks kan bidra med forelesninger.

### **Antakelse**

Torshov ks får generelt sett sjeldent henvist førskolebarn. Vi har en antakelse om at årsakene til dette i hovedsak er de samme som for barn med mistanke om ADHD.

## LITTERATURLISTE

- Barbour R. S. og Kitzinger J.(1999 ). Developing focus group research : politics, theory and practice. London : Sage
- Barkley R. A. (2006) Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook For Diagnosis And Treatment. New York, Guilford Press
- Chenail R.J. (1995) Presenting Qualitative Data: The Qualitative Report, Volume 2, Number 3.
- DC:0-3R : Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood / the DC:0-3R Revision Task ForceDC 0-3R Diagnostic Classification (2005)  
Washington, D.C. Zero To Three Press
- Det kongelige barne- og likestillingsdepartement Q 16(2007) Forebyggende innsats for barn og unge  
Oslo, Departementene
- Diagnostiske kriterier fra DSM-IV / American Psychiatric Association ; [til norsk av Margaret Aagaard og Alv A. Dahl] (1997) American Psychiatric Association
- Drugli B.D. (2008) Atferdsvansker hos barn. Evidensbasert kunnskap i praksis. Oslo, Cappelen akademisk forl.
- Edmunds, Holly (1999) The Focus Group Research Handbook. Lincolnwood, Ill. : NTC Business Books
- Egeberg E. Observasjonsplanlegging. Utfordringer og muligheter: En artikkelsamling om arbeid med barn, unge og voksne med sammensatte lærevansker. Tks, 2008
- Hummelvoll G. (2003) Prosjektrapport: Unike barn – unike erfaringer: - erfaringer hos foreldre til barn med sjeldne kromosomavvik. Siggerud : Frambu, senter for sjeldne funksjonshemninger.
- Kadesjo C. (2002) ADHD in Swedish 3-to 7-year-old children. Sverige Umeå Universitet
- Kopp S. (2005) ADHD hos flickor. En intervensjon av det ventenskaplige underlaget. Stockholm, SBU
- Krueger R.A. og Casey M.A. ( 2000) 3 rd Edition. A practical guide for applied research. Thousand Oaks, Calif.,Sage
- Kunnskapsdepartementet (2006) Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver.
- Kvilhaug G. et al. (1998) AD/HD Et verktøy for kartlegging av barn og ungdom. Oslo, Novus
- Mørland, B. ( 2008) Temahefte om barn med nedsatt funksjonsevne i barnehagen. Oslo, Kunnskapsdepartementet.
- Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi (2002)  
Atferdsforstyrrelser hos barn og unge med ADHD og Tourettes Syndrom. Oslo, Ullevål Universitetssykehus

Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi (2004) Urolige småbarn en veileder. Oslo, Ullevål Universitetssykehus

Nasjonalt Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2005) rapport nr. 10 Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år.

Rønhovde Iglum L. (2005) Kan de ikke bare ta seg sammen. Om barn med ADHD og Tourette syndrom. Oslo, Ad notam Gyldendal

Rønhovde Iglum L. (2006) Sirius i barnehagen. Tomter : Infoliten BOK

Socialstyrelsen (2002) ADHD hos barn och vuxna : en sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt . Stockholm Socialstyrelsen

Stewart D. W., Rook, Dennis W. Shamdasani og P.N. Rook D.W. ( 2007 ) Focus groups. Theory and Practice. Thousand Oaks ,SAGE

Torshov ks. Strategisk plan 2008-2010 med Årsplan for 2008. Oslo Torshov kompetansesenter

Vannebo U.T. (2007) Artikkel om 1. +2.+ 3åringer. Oslo Foreldre og barn

Zeiner P. (2004) Barn og unge med ADHD. Oslo Tell forlag





## Vedlegg

### Kursinnhold og intervju spørsmål for pedagogisk ledere

Kurstemaene er laget på bakgrunn av konklusjoner fra intervjuene med ped. lederne. Temaene var de samme for alle barnehagene, men de ble vektlagt noe forskjellig ut fra hva den enkelte gruppen av ped. ledere har svart.

Temaet: "Om PPT" var det PP-rådgiveren som omtalte på kursene.

Tema: "Lek" ble delt mellom Torshov ks og en representant fra SPT.

#### Innledning

- Om prosjektet

#### **1. Ut fra din erfaring hvordan oppfører barn seg som er urolige og har konsentrasjonsvansker / hvordan viser ADHD problematikken seg i førskolealder?**

#### Kurstemaer:

- Symptomer på ADHD med og uten hyperaktivitet/impulsivitet
- Forekomst og kjønnsfordeling
- Årsaksforklaringer
- Tilleggsvansker
- Atferdsforstyrrelser
- Hvor tidlig kan man sette en ADHD diagnose og hvem kan gjøre det?
- Hvordan kan AD/HD gi seg uttrykk i 2-3 års alder?

#### **2. Hva slags erfaring har dere med innsamling av informasjon, kartlegging/registrering av atferd hos disse barna?**

#### Kurstemaer:

- Hva skal vi ha svar på i en ADHD utredning av førskolebarn?
- Hva må vi tenke på ved mistanke om ADHD hos minoritetsspråklige førskolebarn?
- Innsamling av informasjon, kartlegging/registrering av atferd.
- Målsetting med observasjoner
- Planlegging og gjennomføring av observasjon
- Samarbeid med foreldre
- Samarbeid med helsestasjonen

#### **3. Hvilke erfaringer har dere med ulike typer tiltak ift disse barna?**

#### Kurstemaer:

- Tiltak for førskolebarn med ADHD problematikk
  - Motivasjon og mestring
  - Konsekvenser/tilbakemeldinger
  - Tilrettelegging av lek for urolige og ukonsentrerte førskolebarn
  - Hva kreves for å bli med i sosial lek?
- 4. (Henvisningsprosedyrer;) hva gjør du videre, etter kartlegging og utprøving av tiltak? Hvem samarbeider du med, hva er deres praksis?**

**Kurstemaer:**

- Om statlig spesialpedagogisk støttesystem
- Om PPT

**Vedlegg til kursinnhold for ped.ledere:**

1. Diagnostiske kriterier fra DSM IV
2. Diagnostiske kriterier for Trasslidelse (ODD) fra DSM IV
3. Diagnostiske kriterier for Atferdslidelse (C.D.) fra DSM IV
4. Oversikt over observasjonsmaterieell fra Temahefte om barn med nedsatt funksjonsevne i barnehagen. Kunnskapsdep. 2008