



**FOKUS**

*på tidlig innsats*

# Om Fokus



## Bakgrunn og formål

Det foregår med jevne mellomrom debatter omkring screening, kartlegging og diagnostisering av barn i tidlig alder. Ogden(2009) påpeker på sin side at diagnoser kan virke negativt for barn i form av at de kan være stigmatiserende, selvopplyllende, og videre gi barnet en rolle som det kan være vanskelig å komme seg ut av. Ogden (2004) peker i tillegg på en annen utfordring med diagnoser. Med et for stort fokus på den individuelle problemforståelsen, står en i fare for å flytte ansvaret for tilpasset opplæring fra alle lærere til spesialpedagogen og deres støtteapparat. Samtidig påpekes det i NOU 2009:18 at frykten for at elever med særskilte behov skal bli stigmatisert, har medført at tiltak for elever har blitt utsatt med håp om at det skulle gå over av seg selv. Nyere forskning påpeker imidlertid viktigheten av at det blir satt inn tiltak på et tidlig tidspunkt. I en doktoravhandling fra 2011, fant en at voksne med ADHD, som ikke fikk behandling som barn, hadde tre ganger større sannsynlighet for å være utenfor arbeid som voksne, uavhengig av behandlingstilbudet de mottok senere i livet ([Halmøy and Universitetet i 2011](#)). Avhandlingen underbygger derfor bekymringen som kommer til uttrykk i NOU 2009:18, ved å synliggjøre at «vent og se» holdningen faktisk kan hindre individets muligheter til deltakelse også på sikt. Tidlig innsats vies særlig oppmerksomhet i de utdanningspolitiske dokumentene. Det å avdekke vansker så tidlig som mulig for å kunne sette inn tiltak av både kompensierende og forebyggende karakter, er sentralt. Meld. St. 18 (2010-2011) fokuserer i den forbindelse på viktigheten av at barnehager og skoler skal bli bedre til å **fange opp og følge opp** de som trenger hjelp.

I barnehagen møter personalet med jevne mellomrom barn som viser atferd som gir grunn til bekymring([Haugland and Tangen 2012](#)). Noen av barna framstår som uvanlig urolige, viser manglende oppmerksomhet, er impulsstyrte og har et uvanlig høyt aktivitetsnivå. De første tegn på hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD viser seg ofte allerede ved 3-4 års alderen ([Barkley 1990](#)). I en rapport fra Sintef (Andersson 2004) kommer det også frem at gjennomsnittsalder da barnet første gang var i kontakt med en hjelper i forhold til ADHD- problematikken var 4,6 år. Likevel var gjennomsnittsalder da diagnose ble stilt 8.4 år. Disse resultatene indikerer at det tar om lag 4 år fra problemet blir identifisert av foreldre, til tjenesteapparatet får stilt diagnose (Ibid). Dette er en stor utfordring da barnehager og skoler har en tendens til å avvente nødvendig pedagogisk støtte i påvente av en endelig diagnose. En kan også i den forbindelse spørre seg om en del barn i for stor grad blir møtt med nettopp et ønske om at det skal gå over av seg selv. Erfaringsmessig uttrykker barnehager ofte at de har hatt mistanke om en AD/HD problematikk hos et barn, som de senere har fått bekreftet ved at vanskene i større grad har kommet til uttrykk i skolen, noe som har medført utredning og fastsettelse av diagnosen.

Til tross for at «tidlig innsats» er et sentralt satsningsområde i følge Meld. St. 18 (2010-2011) er det likevel en del utfordringer i forhold til gjennomføring av dette i barnehagen og skolen. Barnehagepedagogikken har et gjennomgående positivt syn på barns utvikling. Selv om dette i utgangspunktet er bra for barnet, kan dette også være til hinder for tidlig å fange opp barn som trenger ekstra støtte, gjennom at «vent og se» holdningen i for stor grad preger kulturen. I tillegg uttrykker barnehager at de i for liten grad har kompetanse til å identifisere barn med AD/HD- relaterte vansker på en god måte. De har ofte en mistanke om at barnet har slike vansker, men mangler verktøy og redskap for å kartlegge dette på en systematisk måte.

Det er utarbeidet ulike kartleggingsrutiner for hvordan man skal avdekke vansker i barnehagealder, men det mangler kartleggingsverktøy *for tidlig identifisering* som fokuserer på vansker knyttet til AD/HD sett i lys av *barnehagens organisering og kontekst*. For skolealder finnes det ulike screening-verktøy. Disse kan ikke automatisk overføres til bruk i barnehagen siden normalatferd for barn i skolealder og barnehagealder er ulike. Kontekstene er ulike og vanskene viser seg på en annen måte i barnehagen enn i skolen. På bakgrunn av dette har Statped utarbeidet et kartleggingsverktøy for bruk i barnehagen.

Målgruppen for verktøyet er barnehagelærere som arbeider i barnehager, og *verktøyet har en tredelt målsetning:*

- *Identifisere barn i tidlig alder som viser AD/HD relaterte vansker. Det er likevel viktig å understreke at dette ikke er tenkt som ledd i et diagnostisk arbeid.*
- *Kartleggingsverktøyet bidrar til en enklere, raskere, konkret og faglig kontakt med fagpersoner i PPT og foresatte.*
- *Kartleggingen bidrar til at barnehagen raskere kommer i gang med pedagogiske tiltak for barnet*

#### **«Kartleggings skjemaet som del av prosjektet «Fokus på tidlig innsats»».**

«Fokus på tidlig innsats» startet opp i 2008. I den første fasen gikk prosjektet ut på å utarbeide et kartleggingsverktøy for barn og unge med AD/HD-relaterte vansker i barnehagen. Første fase var et samarbeid med 6 barnehager i Tysvær kommune der hovedmålsettingen var å utarbeide spørsmål som var tilpasset barnehagens språk og barnehagens kontekst.

Fase 2 ble gjennomført i 3 kommuner i Hordaland og 1 kommune i Rogaland med til sammen 72 barn, henholdsvis 36 risikobarn og 36 kontrollbarn. Utgangspunktet for pro-

sjektet var å undersøke om spørsmålene fra fase 1 «tappet» den problematikken vi var ute etter. Resultatene fra fase 2, viste at det var store utslag på de fleste av de 83 spørsmålene. Risikogruppen hadde en signifikant høyere score på 68 av spørsmålene. Etter analysen ble de spørsmålene som gav minst utslag valgt bort, og vi satt igjen med 50 spørsmål som alle «tapper» vansker i forhold til AD/HD- relaterte vansker i barneha-gen.

## Gjennomføring og skåring

Kartleggings skjemaet inneholder 43 spørsmål. Spørsmålene omhandler barnets fungering på områdene konsentrasjon/oppmerksomhet, impulsivitet/aktivitetsnivå, språk og kommunikasjon og sosial kompetanse. Selv om kartleggings skjemaet inneholder spørsmål om eksempelvis «språk og kommunikasjon», kan dette ikke erstatte annet kartleggingsverktøy som er utviklet for en bred og generell kartlegging av barnets språk- og kommunikasjonsferdigheter. Alle spørsmålene er utsagn som uttrykker at barnet har problemer/vansker med en oppgave eller situasjon sammenlignet med andre barn på samme alder. Alle spørsmålene har fire svaralternativer. Alternativene beskriver hvor godt et utsagn passer som en beskrivelse av det aktuelle barnet, og det skal merkes av et svaralternativ på hvert spørsmål.

**Passer ikke**



**Passer i blant**



**Passer bra**



**Passer svært  
bra**



Svaralternativene er lagt opp slik at de to første kategoriene er tenkt som «normal atferd». Om vi eksempelvis tar for oss spørsmålet «Barnet klarer ikke å følge med på felles instruksjoner», er det ganske normalt med både **passer ikke** og **passer i blant** for de aller fleste. Hvis det derimot **passer bra** eller **passer svært bra** for barnet, tenker vi at dette barnet skiller seg vesentlig fra andre barn på samme alder. I dette kartleggingsverktøyet er hensikten å finne det som skiller seg ut, og vi vil ikke differensiere innenfor normalgruppen. Svaralternativene **passer ikke** og **passer i blant**, vil derfor gi verdien 0 poeng ved beregning av sumskåre. Alternativet **passer bra** gir 1 poeng, mens **passer svært bra** gir 2 poeng. Skåringen blir gjort automatisk, men det er ikke muligheter for å lagre barnets profil. Dette innebærer at en må ta utskrift at resultatet der og da for at dataene ikke skal gå tapt.

## Krav til brukeren

Utfyllingen av kartleggings skjemaet skal gjøres av en utdannet barnehagelærer. Det er videre et krav om at denne personen skal kjenne barnet godt, og har hatt daglig kontakt med det i minimum de siste 6 mnd. Selv om ansvaret skal ligge hos en utdannet barnehagelærer, kan det likevel være fornuftig at kartleggings skjemaet utfylles i samråd med annet personell i barnehagen som kjenner barnet godt.

## Normeringsgrunnlag – Fase 3

I forbindelse med innsamling av normdata, ble prosjektet «Tidlig identifisering av barn med AD/HD-relaterte vansker», gjennomført i 2013. Dette var en stratifisert randomisert studie der det ble samlet inn data fra barn i alderen 4-6 år. Barna var tilfeldig utvalg på bakgrunn av fødselsdato. Utvalget bestod av i alt 217 barn fordelt på 47 ulike barnehager fra 11 kommuner i Hordaland. Stratifiseringen ble gjort med utgangspunkt i geografi og størrelse på barnehagen. Fordelingen var som følger:

2,9 % av barna kom fra små barnehager (<50) i bystrøk (Bergen)

25,5 % av barna kom fra middels store barnehager (51- 90) i bystrøk (Bergen)

13,2 % av barna kom fra store barnehager (91+) i bystrøk (Bergen)

9,5 % av barna kom fra små barnehager (<50) utenfor bystrøk

36,2 % av barna kom fra middels store barnehager (51- 90) utenfor bystrøk

12,7 % av barna kom fra store barnehager (91+) utenfor bystrøk

Sammenlignet med populasjonen hadde utvalget noe høy representasjon fra middels store barnehager utenfor bystrøk, mens det hadde noe lav representasjon fra små barnehager i bystrøk.

Studien hadde en svarprosent på 71 %, noe som vurderes som meget bra for denne type studie.

Antall barn per alderstrinn var:

<4år: n=20; 4 åringer: n= 59; 5 åringer: n=55 ; 6 åringer: n=17

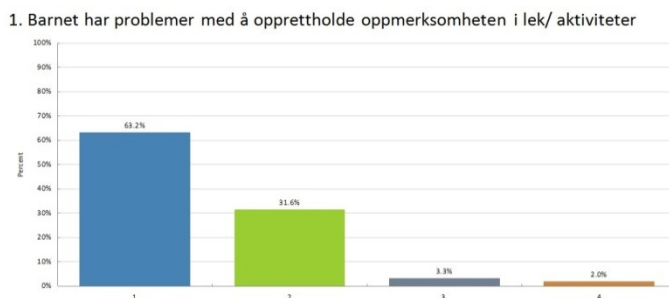
Kjønnfordelingen var 54% gutter og 46 % jenter.

Innsamling av data ble gjennomført gjennom en digitalisert utgave av kartleggingsskjemaet i Questback. Dataene ble deretter overført til blant annet SPSS og analysert. I denne prosessen ble antall spørsmål redusert fra opprinnelig 50 i normeringsfasen, til 43 spørsmål i versjonene som i dag er tilgjengelig. Årsaken til denne reduksjonen var først og fremst et ønske om så få spørsmål som mulig slik at kartleggingen skal bli rask og enkel å anvende. De 7 spørsmålene som ble tatt vekk i denne fasen hadde en kombinasjon av lav intern korrelasjon ( $\rho$ ), og «få treff» under normering. Med «få treff» mener vi at det var få barnehagelærere som rapporterte om vansker på disse spørsmålene til tross for at barna hadde uttalte vansker. Et spørsmål ble også fjernet da det ble vurdert å overlape et annet spørsmål i for stor grad. Når disse spørsmålene ble satt opp mot hverandre hadde de en korrelasjon ( $\rho$ ) på 0,98, noe som kunne tyde på at barnehagelærerne har vurdert de 2 spørsmålene til å omhandle det samme.

## Normdata

I normdataene var fordelingen på scoren for hvert av de 43 spørsmålene positivt skjev. Dette var en gjennomgående tendens på alle spørsmålene, og var i samsvar med hypotesen. Tendensen sier likevel lite om hvorvidt det er de samme barna som går igjen på de ulike spørsmålene.

(eksempel fra spørsmål nummer 1)



For å vurdere dette i normdataene, ble det benyttet Spearmans rangkorrelasjon ( $\rho$ ). Korrelasjonene mellom de 43 ulike spørsmålene og totalskåren varierte mellom 0,61 som lavest og 0,75 som det høyest. Dette vurderes som forholdsvis sterk korrelasjon tatt i betraktning av antall spørsmål. Det vurderes også som en styrke av det er en forholdsvis jevn korrelasjon på de ulike spørsmålene.

(Spearmans rangkorrelasjon  $\rho$ )

1.	Barnet har problemer med å opprettholde oppmerksomheten i lek/ aktiviteter	0.64093778
2.	Barnet synes å ikke høre etter ved direkte henvendelse	0.67052382
3.	Barnet viser ikke oppmerksomhet for detaljer i aktiviteter	0.63281853
4.	Barnet klarer ikke å følge med på felles instruksjoner	0.68598576
5.	Barnet greier ikke å opprettholde leken når en voksen trekker seg tilbake	0.72227462
6.	Barnet har vansker med å avslutte aktivitet på en god måte	0.64052088
7.	Barnet greier ikke å holde fast på rollen sin i lek	0.66415759
8.	Barnet greier ikke å ta innspill fra andre i lek	0.68351342
9.	Barnet har vansker med å holde orden på egne ting som leker og klær, eller på ting de har laget i barnehagen	0.65298936
10.	Barnet blir ofte distraert	0.74724745
11.	Barnet er ofte glemsk i forbindelse med daglige rutinesituasjoner	0.66078483
12.	Barnet er ofte overfokusert i aktiviteter som fenger	0.66679823
13.	Barnet viser liten fantasi/forestillingsevne i lek	0.64036711
14.	Barnet har vansker med å oppfatte signaler som ansiktsuttrykk, fakter eller tonefall	0.64268738
15.	Barnet tar ikke hensyn til andre	0.63348916
16.	Barnet har vansker med å uttrykke følelser med ord	0.66355531
17.	Barnet synes ikke å vite hvordan man skal oppføre seg i ulike situasjoner som måltid, aktiviteter ved bordet, samlingsstund eller garderobe	0.65122096
18.	Barnet har vansker i gruppeaktiviteter	0.66680763
19.	Barnet strever med samarbeid/lagarbeid	0.68956441
20.	Barnet har vansker med å oppfatte /følge regler	0.66213889
21.	Barnet utelukkes ofte fra andre barns lek	0.63708148
22.	Barnet blir lett forstyrret av små forandringer i daglige rutiner	0.67636209
23.	Barnet har vansker med å etablere felles fokus i sosiale situasjoner	0.68426435
24.	Barnet tar ofte kontakt på en negativ eller upassende måte	0.66505632
25.	Barnet har vansker med å be om hjelp	0.60824551
26.	Barnet kommer lett i konflikt med andre	0.66110946
27.	Barnet misforstår ofte	0.65703617
28.	Barnet snakker utydelig	0.6292544
29.	Barnet strever ofte med å finne ord når det skal fortelle noe	0.64091557
30.	Barnet strever med å uttrykke følelser på en nyansert måte	0.71153012
31.	Barnet har vansker med å holde en rød tråd når det forteller	0.62064137
32.	Barnet snakker ofte "i et kjøp"	0.67551805
33.	Barnet har vansker med å avslutte en fortelling	0.63417858
34.	Barnet strever ofte med å holde seg til det som er relevant for samtalen	0.6446198
35.	Barnet kan ikke vente på tur	0.67857472
36.	Barnet er ofte urolig i hender og føtter, sitter urolig	0.68304441
37.	Barnet forlater ofte plassen sin når det er forventet at det skal sitte i ro (i garderoben/ved bordet)	0.69993644
38.	Barnet løper, klatrer eller farer omkring på en upassende måte	0.67844658
39.	Barnet har støyende atferd under lek/aktivitet	0.68724328
40.	Barnet har motorisk uro som ikke lar seg styre (snur og vender på seg, plukker på ting)	0.66773881
41.	Barnet har vansker med å starte på en oppgave	0.64687344
42.	Det er ofte problematisk for barnet å gjøre seg ferdig i ulike situasjoner som for eksempel påklædning/rydding	0.71969549
43.	Barnet har vansker med å stå i ro rett opp og ned	0.65578035

## Konvertering av råskårer

I forbindelse med utviklingen av dette kartleggingsverktøyet, har det vært en klar og viktig målsetning å sette inn noen grenseskårer (cut-off) for å se om et barn oppnår skåre over de kritiske verdiene. Vi har med utgangspunkt i normgrunnlaget valg å gruppere i tre ulike grupper, og disse angir hvilke råskårer som svarer til et visst persentilnivå i normeringsutvalget.

<15 poeng	< 92,11 %	Normal variasjonsgruppe
15-34	92,11 % - 97,37 %	Risikogruppen
>34	> 97,37 %	Fokusgruppen

Når et barn oppnår mindre enn 15 poeng, betyr dette at barnehagelærer rapporterer om få eller ingen vansker. **Poengskåre under 15 poeng har vi derfor kalt for normal variasjonsgruppe.** Som tabellen over indikerer, har vi valgt å ha to grenseskårer i dette kartleggingsverktøyet. Den første kritiske verdien ligger på 15 poeng. Når et barn oppnår 15 poeng eller mer (92. persentil), innebærer det at barnehagelæreren rapporterer om at barnet er blant de 8 % prosent av barna med mest vansker. **Poengskåren 15-34 poeng har vi kalt for risikogruppen.** Med dette mener vi barn som har så pass uttalte vansker at det er grunn til å både følge ekstra med og ekstra opp. Det er også grunn til å tro at en del av barna i denne gruppe står i fare for en videre negativ utvikling dersom de ikke får tilrettelegging og oppfølging. De vil også stå i fare for å utvikle tilleggsvansker.

Den andre kritiske verdien ligger på 35 poeng. Når et barn oppnår 35 poeng eller mer (97. persentil), innebærer det at barnehagelæreren rapporterer om at barnet er blant de ca. 3 % prosent av barna med mest vansker. **Poengskåre på 35 poeng eller mer, har vi kalt for fokusgruppen.** Dersom barn kommer inn i denne gruppen er det rimelig å anta at barnet har betydelige vansker på flere områder. For disse barna er det avgjørende å få hjelp og støtte for å mestre hverdagen i barnehagen. Dette er barn en må ha et ekstra fokus på gjennom tett samarbeid med foresatte og eventuelle andre som eksempelvis PPT.

## Litteratur

Andersson, H. W., M. Ådnanes, et al. (2004). Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Trondheim, SINTEF Helse.

Barkley, R. A. (1990). Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment. New York, Guilford.

Barkley, R. A. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment. New York, Guilford Press.

Befring, E. (2007). Forsningsmetode med etikk og statistikk. Oslo, Samlaget.

Fladby, T., S. Andersson, et al. (2012). Nevropsykiatri : metoder og kliniske perspektiver. Oslo, Gyldendal akademisk.

Halmøy, A. and B. Universitetet i (2011). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults : clinical characteristics and pre- and perinatal risk factors. [Bergen], University of Bergen: 1 b. (flere pag), ill.



Haugland, Y. and R. Tangen (2012). Barn med ADHD i barnehagen : tilrettelegging for trivsel, lek og læring. Oslo, Kommuneforl.

Norge (2011). Læring og fellesskap : tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov. [Oslo], Departementet.

NOU 2009: 18 Rett til læring : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. juni 2007 : avgitt til Kunnskapsdepartementet 2. juli 2009. Oslo, Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Ogden, T. (2001). Sosial kompetanse og problematferd i skolen : kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen. Oslo, Gyldendal akademisk.

Ogden, T. (2004). Kvalitetsskolen. Oslo, Gyldendal akademisk.

Sitter, M. (2012). Barn og unge i det psykiske helsevernet 2009-2010 : kjennetegn og behandlingstid for utvalgte pasientgrupper. Oslo, Helsedirektoratet.

Øgrim, G., G. Strand, et al. (2009). AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi : en grunnbok. Bergen, Fagbokforl.