

# ***Dei stille har ikkje bedt om hjelp***

*Å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd  
Førskulelærer og helsesøster sine erfaringar*

**Inger Johanne Lid**



Masteroppgåve i spesialpedagogikk

Det utdanningsvitskaplege fakultet Institutt for spesialpedagogikk

**UNIVERSITETET I OSLO**

06. November 2009

## SAMANDRAG

Psykososiale vanskar ser ut til å vere aukande blant barn og unge. Problema kan ha ulike årsaker, og dei kan gi ulike utslag. Dei synlege uttrykka gjennom barn si åtferd kan vere meir eller mindre tydelege, og blir gjerne kategorisert som utagerande eller innagerande åtferd. Førebygging og tidleg intervensjon er sentrale omgrep i arbeid med psykososiale problem. Denne oppgåva rettar seg mot gruppa barn som vender problema innover og trekker seg tilbake.

Hovudproblemstillinga i undersøkinga er *”Kva gjer barnehagen og helsestasjonen for å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd?”* Gjennom to underspørsmål vert fokuset retta mot førskulelærarar og helsesøstrer sine erfaringar: *”Korleis blir desse barna sett og møtt i barnehage og på helsestasjon?”* og *”I kva grad samarbeider barnehage og helsestasjon om identifisering og tiltak i høve til desse borna?”* Målet med prosjektet var å finne ut noko om kva dei har fanga opp, og kva det eventuelt har ført til. Det var også interessant å sjå på kva samarbeid desse faggruppene hadde, og om det eventuelt hadde innverknad på identifisering og tiltak i høve innagerande born. Undersøkinga har ei kvalitativ tilnærming, der metoden for innsamling av data var semistrukturert forskingsintervju. Utvalet har bestått av tre førskulelærarar og tre helsesøstrer. Alle intervju vart transkribert og materialet vart sortert etter tema i intervjuguiden. Intervjumaterialet frå førskulelærarar og helsesøstrer vart samla og analysert kvar for seg ut frå kategoriane identifisering, tiltak og samarbeid.

Undersøkinga viser at førskulelærarane hadde gode føresetnader for å sjå teikn til innagerande åtferd hos barn, og dei hadde eit variert og beskrivande uttrykk for korleis dei opplevde teikn til innagerande åtferd. Dei hadde sett både emosjonelle problem, sjenanse, vanskar med sjølvhevdning, samspelsvanskar, hemma åtferd, tilbaketrekking og tause barn. Dei hadde ulik grad av merksemd og medvit mot faktorar i omgjevnadane som kunne skape bekymring. Helsesøstrene hadde eit mindre grunnlag for å kunne vurdere åtferda til barna, men hadde til ei viss grad høve til å få informasjon om faktorar som kunne utgjere risiko. Undersøkinga viser at

---

helsesøstrene hadde størst fokus på generelt førebyggende arbeid, og i mindre grad var merksame på risikofaktorar og teikn til innagerande åtferd.

Materialet viser at førskulelærarane nytta tiltak for at desse barna skal fungere betre i leik og samhandling med andre i barnehagen. Helsesøstrene nytta foreldrerettleiing i konsultasjonane, og sjeldan tilvising eller tiltak utover det.

Tendensen i materialet er at det er lite samarbeid mellom barnehage og helsestasjon om å identifisere barn med teikn til innagerande åtferd. Undersøkinga viser ingen tydelege funn av samarbeid om tiltak.

Helsestasjonstenesta er ein viktig arena for tidleg intervensjon, og førebyggande psykososialt arbeid er forskriftsfesta oppgåve. Denne undersøkinga peikar i retning av at barn sine teikn til innagerande åtferd ikkje er tydelege nok til at helsesøster er i stand til å fange dei opp.

## FORORD

Dette har vore ei lang reise.

Takk til dei som gjorde dette mogeleg:

Ei stor takk til veileidar Hanne Marie Høybråten Sigstad. For gode råd, undrande spørsmål, oppmuntrande ord, tidsfristar, overkomelege mål, faglege innspel og for at du alltid var positiv og imøtekomande.

Ei stor takk til dei som betyr mest for meg. Oppmuntringar, oppmuntringar, oppmuntringar. Og tolmod.

Ei takk til informantane som var villig å bruke tid og å dele sine erfaringar med meg. Det var spennande, interessant og lærerikt å få innsyn i observasjonar og refleksjonar.

Dette har vore møtt mange interessante menneske, mykje læring og mange utfordringar

Dette har vore ein etappe med mange interessante menneske, stor læring og mange utfordringar.

---

# Innhold

<b>SAMANDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>4</b>
<b>INNHALD</b> .....	<b>5</b>
<b>1. INNLEIING</b> .....	<b>9</b>
1.1 VAL AV TEMA.....	9
1.2 PROBLEMSTILLING .....	11
1.3 AVKLARING AV OMGREP .....	11
1.3.1 <i>Teikn til innagerande åtferd</i> .....	11
1.3.2 <i>Samarbeid</i> .....	12
1.3.3 <i>Psykososiale omgrep</i> .....	12
1.4 BARNEHAGENS OG HELSESTASJONENS MANDAT.....	14
1.4.1 <i>Barnehagens mandat</i> .....	14
1.4.2 <i>Helsestasjonens mandat</i> .....	15
1.5 AVGRENSING.....	17
1.6 OPPBYGGING AV OPPGÅVA .....	18
<b>2. TEORETISK FORANKRING</b> .....	<b>19</b>
2.1 PSYKOSOSIAL UTVIKLING .....	19
2.1.1 <i>Emosjonell tilknytning</i> .....	20
2.1.2 <i>Meiningsfull kommunikasjon</i> .....	21
2.1.3 <i>Samspelskvalitet</i> .....	23
2.2 INNAGERANDE ÅTFERD .....	24
2.2.1 <i>Kva er innagerande åtferd</i> .....	24

---

2.2.2	<i>Omfang av innagerande åtferd</i> .....	26
2.3	RISIKO- OG BESKYTTANDE FAKTORAR .....	27
2.3.1	<i>Risikofaktorar for innagerande åtferd hos barnet</i> .....	27
2.3.2	<i>Risikofaktorar hos foreldre og familie</i> .....	28
2.3.3	<i>Beskyttande faktorar hos barnet</i> .....	29
2.3.4	<i>Beskyttande faktorar hos foreldre og familie</i> .....	30
2.4	RESILIENS .....	31
2.5	SJØLVOPPFATNING OG MEISTRINGSSTIL .....	32
2.6	SOSIAL KOMPETANSE.....	33
<b>3.</b>	<b>METODE</b> .....	<b>35</b>
3.1	VAL AV METODE.....	35
3.1.1	<i>Design</i> .....	35
3.1.2	<i>Intervju som metode</i> .....	36
3.2	PLANLEGGING AV UNDERSØKINGA .....	37
3.2.1	<i>Kriteri for utval og endeleg utval</i> .....	37
3.2.2	<i>Utarbeiding av intervjuguide</i> .....	38
3.2.3	<i>Prøveintervju</i> .....	39
3.3	GJENNOMFØRING AV UNDERSØKINGA .....	40
3.3.1	<i>Praktisk gjennomføring</i> .....	40
3.3.2	<i>Transkripsjon</i> .....	40
3.4	ANALYSE.....	41
3.4.1	<i>Teoretisk perspektiv og eiga føreforståing</i> .....	41
3.4.2	<i>Metode for analyse</i> .....	42
3.5	FORSKINGSETISKE VURDERINGAR.....	44

---

3.6	RELIABILITET, VALIDITET OG GENERALISERBARHEIT .....	45
3.6.1	<i>Reliabilitet</i> .....	45
3.6.2	<i>Validitet</i> .....	45
3.6.3	<i>Generaliserbarheit</i> .....	46
<b>4.</b>	<b>ANALYSE OG DRØFTING</b> .....	<b>47</b>
4.1	PRESENTASJON AV INFORMANTANE .....	48
4.2	IDENTIFISERING AV INNAGERANDE ÅTFERD .....	48
4.2.1	<i>Informantane si definering av innagerande åtferd</i> .....	48
4.2.2	<i>Førskulelærer sine observasjonar av åtferdsuttrykk</i> .....	51
4.2.3	<i>Førskulelærer si merksemd på risikofaktorar i barnet sine omgjevnader</i> .....	55
4.2.4	<i>Helsesøster sine observasjonar av åtferdsuttrykk</i> .....	56
4.2.5	<i>Helsesøster si merksemd på risikofaktorar</i> .....	58
4.2.6	<i>Samanlikning av førskulelærer og helsesøster sine observasjonar</i> .....	60
4.3	TILTAK I ARBEID MED INNAGERANDE ÅTFERD .....	62
4.3.1	<i>Førskulelærer sine arbeidsmetodar</i> .....	62
4.3.2	<i>Helsesøster sine arbeidsmetodar</i> .....	66
4.3.3	<i>Samanlikning av barnehagen og helsestasjonen sine tiltak</i> .....	69
4.4	TVERRFAGLEG SAMARBEID .....	70
4.4.1	<i>Forståing av eiga og andre si rolle</i> .....	71
4.4.2	<i>Kven samarbeider førskulelærer med?</i> .....	74
4.4.3	<i>Kven samarbeider helsesøster med?</i> .....	78
4.4.4	<i>Oppsummering med drøfting av muligheter og avgrensingar i samarbeidet</i> .....	79
4.5	METODISKE AVGRENSINGAR .....	84
<b>5.</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>85</b>

---

<b>KJELDELISTE</b> .....	<b>88</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>94</b>



---

# 1. Innleiing

## 1.1 Val av tema

Denne oppgåva skal handle om førskulelærar og helsesøster sine erfaringar i å identifisere og hjelpe barn som viser teikn til innagerande åtferd, og i kva grad barnehage og helsestasjon samarbeider om dette arbeidet. Innagerande åtferd kan vere vanskeleg å gripe tak i når barna er i førskulealder. Det har vore lite kunnskap om korleis tilpassingsvanskar kjem til uttrykk hos heilt små barn, og det har vore mangelfull kunnskap om problemåtferd som kan reknast som førestadium til psykiske plager (Mathiesen, 2002). Ny forskning tyder på at det er mogeleg å identifisere slike førestadium allereie når barn er 18 månader gamle (Mathiesen, Sanson, Stoolmiller, & Karevold, 2009). Mathiesen et al.(2009) fann at temperamentstrekk som var identifisert så tidleg har stor stabilitet opp gjennom barneåra. Utvikling av barn og deira psykiske helse er eit resultat av eit komplekst samspel mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorar (Hviding, 2005). Barnet treng erfaring for å lære å mestre, av erfaringane lærer barnet om omverda og forholdet sitt til den (Rye, 2007).

Rye (2007) seier at rapportar frå ulike vestlege land tyder på at det er omlag 20 prosent av barn og unge som har så store psykososiale problem at dei har behov for fagleg hjelp. Av desse er det om lag halvparten som har så alvorlege problem at dei har behov for langvarig behandling og oppfølging. Ein kartleggingsstudie av psykososiale problem i 12 europeiske land viste variasjon frå land til land, men gjennomsnittet var 16,7 prosent i alderen 12-15 år (Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch & Wille, 2008). St.meld. nr.16 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2002-2003) peikar på at psykiske problem er eit stort folkehelseproblem og ei stor utfordring. Det er forholdsvis stor semje om at mellom 10 og 20 prosent av alle barn mellom fire og ti år har så vidt store psykiske plager at det har innverknad på deira funksjonsnivå (Nærde & Neumer, 2003). Talet på barn og unge som mottek behandlingstilbod i det psykiske helsevernet har auka kraftig i perioden 1998 til 2007. Veksten har vore størst for dei

eldste aldersgruppene og lavast for dei yngste. Barn under 6 år vert i liten grad tilvist spesialisthelsetenesta for psykiske vanskar. Dei hyppigaste tilvisingsårsakene til barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007, var hyperaktivitet/konsentrasjonsvanskar, åtferdsvanskar, depresjon og angst. I aldersgruppa 0-6 år utgjorde åtferdsvanskar største tilvisingsårsak (22 per 10 000 innbyggjarar), medan angst og depresjon hadde 4 og 5 pr 10 000 innbyggjarar som tilvisingsårsak i 2007. For ungdom mellom 13 og 18 år var det flest tilvisingar grunna depresjon og sorg. I 2007 fekk 4,5 prosent av befolkninga under 18 år tilbod om behandling innan psykisk helsevern. Tilsvarande tal er 0,9 prosent for dei under 7 år (Bjørngaard et al., 2007).

Ein kan stille spørsmål om talet på tilviste ungdomar kunne vore redusert dersom dei hadde fått hjelp tidlegare. Bak prosjektet ligg ei erkjenning av at grunnlaget for god psykososial utvikling vert lagt i dei tidlege barneåra. Samstundes er psykososiale vanskar eit aukande problem i dag. Spesielt er auken av depresjon, psykiske plager og lidingar utbreidd i ungdomsalder og vaksen alder. Men også i tidleg barnealder er det meir av det enn ein har trudd før. Tanken som dreiv prosjektet fram, var om det er mogeleg å gjere noko tidleg, for at fleire barn kan bli fanga opp og hjelpt til ei betre psykososial fungering i barne- og ungdomsalder. Prosjektet rettar seg mot barn i alderen 0-6 år, og korleis ein kan identifisere tidlege teikn på innagerande åtferd.

Dei fleste barn i Noreg har barnehageplass, og mange byrjar i barnehagen allereie ved eittårsalderen. Kommunen sitt helsefremmande og førebyggjande arbeid er lagt til helsestasjonen, og omfattar også førebyggjande psykososialt arbeid (Sosial- og helsedepartementet, 2004). Dei aller fleste småbarnsfamiliar nyttar seg av dette tilbodet. Førskulelærar og helsesøster er difor sentrale i å kunne fange opp born som til dømes trekker seg unna andre barn og vaksne, som ikkje er deltakande i leik og samtale, og heller ikkje viser glede og spontanitet.

---

## 1.2 Problemstilling

For å konkretisere prosjektet vart problemstillinga formulert slik:

### **Kva gjer barnehagen og helsestasjonen for å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd?**

Problemstillinga var meint å skulle gi svar på korleis dei to ulike institusjonane arbeider kvar for seg med dette temaet, og i kva grad dei samarbeider for å identifisere og eventuelt sette i verk tiltak.

For å svare på hovudproblemstillinga har eg kome fram til desse underspørsmåla:

- **Korleis vert desse barna sett og møtt i barnehage og på helsestasjon?**
- **I kva grad samarbeider barnehage og helsestasjon om identifisering og tiltak i høve til desse borna?**

Målet med oppgåva var å studere korleis ein vanleg førskulelærer og helsesøster er oppteken av temaet. Undersøkinga var meint å finne ut noko om kva dei ser og har muligheit for å fange opp, og kva dei eventuelt gjer med det dei ser.

## 1.3 Avklaring av omgrep

### **1.3.1 Teikn til innagerande åtferd**

Å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd vil seie at problema ikkje er sementerte og vanskane uttalte. Det kan vere i eit forstadium, der risikofaktorar kan gi peikepinn om at det er grunn til å vere merksam. Oppgåva kan gi svar på kva som er mogeleg for førskulelærer og helsesøster å fange opp, og kva tiltak som eventuelt vert nytta for å førebygge utvikling av psykososiale vanskar. Her er kompetanse på tidlege

teikn og risikofaktorar dei ulike instansane innehar sentral. Dette prosjektet kan og kaste lys over rutinar for samarbeid.

### **1.3.2 Samarbeid**

Samarbeid omfattar i denne samanheng både direkte kontakt mellom barnehage og helsestasjon i enkeltsaker, og ved tverrfaglege møter der andre samarbeidspartar inngår. Det kan og vere å søkje råd og konferere anonymt, eller at dei har opne samtalar saman med, eller etter avtale med foreldra.

Tverrfagleg samarbeid er ei arbeidsform, ein metode, der fleire yrkesgrupper arbeider på tvers av faggrenser, saman mot eit felles mål (Glavin & Erdal, 2007). Tverrfagleg samarbeid kan forståast som samarbeid mellom ulike faggrupper og profesjonar. Det finns viktige føresetnader for at tverrfagleg samarbeid skal kunne fungere. Dette kan mellom anna vere at ein er trygg i eige fag, gjennom kompetanse i teoretisk forståing og praktisk erfaring. For at samarbeid skal vere mogeleg, må det vere realistiske forventningar i høve til eksisterande kunnskap. Felles problemforståing er dessutan ein viktig faktor for felles målsetting (Glavin & Erdal, 2007). God samhandling blir kjenneteikna av ei gjensidig utveksling av informasjon og kompetanse, samt at dei ulike instansane veit kva som er deira oppgåver og ansvar (Agledal, 2006).

### **1.3.3 Psykososiale omgrep**

Psykososiale vanskar er eit vidt omgrep og femner om eit svært komplekst problemområde, og vert definert som psykiske plager og lidingar som har si årsak i mellommenneskelege og samfunnsmessige forhold, og dei sosiale belastningane som ein antar heng saman med slike plager (Sosial og helsedepartementet, 2000). Psykiske og sosiale vanskar går ofte hand i hand, sidan psykiske lidingar lett vil føre til sosiale konsekvensar, og at vanskar med å fungere i samspel med andre vil føre til eller forsterke eksisterande psykiske lidingar. Psykososiale vanskar kan graderast frå lette til alvorlige. Moderate til alvorlige grader av emosjonelle vanskar inneber at dei ofte fell inn under psykiatriske diagnosar som psykiske lidingar (Kvelling, 2007b).

---

Tilpassingsvanskar (Mathiesen, 1999 og 2002) er ei fellesnemning på ei opphoping av problemåtferd hos barn under 2-3 år. Vedvarande problemåtferd hos barn over 3 år vert ofte nemnde som åtferdsvanske eller psykiske problem. Rye (2007) tek fram at problemåtferd vert karakterisert som tilpassingsvanskar heile førskulealderen, medan omgrepet psykiske vanskar synes å bli mest brukt når det gjeld eldre barn.

Problemåtferd. Dei første teikna på psykososiale vanskar kjem til uttrykk gjennom barn si åtferd i tidlege barneår. I barnehagen kan ein reagere på åtferd som er annleis enn forventa og beskrive barn som engstelege, urolege, spente, konfliktfylte, ukonsentrerte og passive. Dei drøymmer seg bort, er overdrivne sosiale, aggressive og avvisande, eller generelt vanskelige å få til ein god interaksjon med (Rye, 2007). Omgrepet problemåtferd blir brukt når barn og unge ikkje meistarar samspelet med omgjevnadane, og kan delast inn to hovudgrupper, utagerande og innovervendt åtferd. Det synest vere semje om desse to kategoriane, men dei kan ha litt ulike namn. Utagerande vanskar eller eksternaliserte vanskar (Mathiesen, 2002) er brukt om aggresjon, konsentrasjonsvanskar, problem med sjølvregulering og ulydnad. Medan emosjonelle vanskar eller internaliserte problem, inkluderar depresjon, angst og tilbaketrekking. Nordahl, Sørli, Manger & Tveit, (2007) seier at den vanlegaste måten er å skilje mellom eksternalisert (utagerande) åtferd og internalisert (innagerande) åtferd. Både i faglitteratur og i presse kan ein sjå at det gjerne er utagerande åtferd som er meint i omgrepet åtferdsproblem. Ein del av forskinga (Ogden, 2000; Sørli & Nordahl, 1998) har vore retta mot problemåtferd i skulen. Utagerande åtferd skaper vanskar i høve til medelevar og lærarar, ved at den er utfordrande og konfliktfylt. Det blir likevel trekt fram at åtferdsproblem også kan omfatte passivitet, tilbaketrekkings- og unngåande åtferd (Ogden, 2000). Det som er avgjerande for å definere det som problematisk er åtferda sin frekvens, grad av intensitet, varigheit og omfang (Aasen, Nordtug, Ertesvåg, & Leirvik, 2002).

Åtferdsvanskar vert brukt om utagerande åtferd (Kvelling 2007b). Desse vanskane blir delt inn i tre ulike alvorlighetsgrader og knytt opp mot diagnosekriteri innanfor psykisk helsevern. Åtferdsvanskar viser seg ved at personen ikkje lukkast i å utvikle positive,

gjensidige og smidige relasjonar til andre (Kvello, 2007a). I sin definisjon av åtferdsvanskar kjem det fram at åtferdsvanske vert brukt synonymt med utagerande åtferd.

Nordahl et al. (2007) peika på behovet for ein meir bevisst og konsistent bruk av omgrepa. Han seier dette mellom anna er nødvendig for å kunne identifisere risikobarn så tidlig som mulig, innanfor dei ulike etatar og fagdisiplinar. Det er og behov for ei nyansering, der ein betre kan skilje mellom meir og mindre alvorlige åtferdsproblem. Ein ser at ulike omgrep blir brukt, omgrepa heng saman med kva fagfelt ein høyrer til og kva teoretisk perspektiv ein vel.

## 1.4 Barnehagens og helsestasjonens mandat

### 1.4.1 Barnehagens mandat

Dei overordna vedtekter om barnehagen sitt formål og innhald er fastsett av stortinget i barnehagelova av 17.juni 2005. Her heiter det i §1: *”Barnehagen skal gi barn under opplæringspliktig alder gode utviklings- og aktivitetsmuligheter i nær forståelse og samarbeid med barnas heim”* (Kunnskapsdept 2006:7)

Forskrift om rammeplan for innhald og oppgåver i barnehagen (Rammeplanen), (Kunnskapsdept, 2006) seier at barnehagen skal sikre barn eit tilbod som gir utfordringar som er tilpassa det enkelte barnet ut frå alder og funksjonsnivå, og gi tryggleik mot fysiske og psykiske skadeverknader. Barnehagen må legge til rette for kompenserande tiltak for barn som opplever eigen barndom konfliktfylt og vanskeleg. Her er tverrfagleg samarbeid med andre hjelpeinstansar er viktig. Samarbeid med foreldre er presisert gjennom nær forståing, meint som gjensidig respekt og anerkjening, og regelmessig kontakt og utveksling av informasjon og grunngevingar. Rammeplanen slår fast at barnehagen skal fremje barns trivsel, livsglede, meistring og kjensle av eigenverd. Barnehagen har også eit særleg ansvar for å førebygge vanskar og å oppdage barn med særskilte behov (Kunnskapsdept,

---

2006). Barnehagen er eit tilbod til foreldre, samtidig som staten ut frå lov og rammeplan stiller krav om pedagogisk innhald og kvalitet.

Kommunen har ansvar for at dei ulike tenestene for barnefamiliane er godt koordinert. Det er stilt krav til at barnehagen samarbeidar med andre tenester og institusjonar i kommunen der dette er nødvendig for barns oppvekst og utvikling. I Rammeplanen heiter det at tverrfagleg og heilskapleg tenking bør stå sentralt i dette samarbeidet. Teie- og opplysningsplikt i barnehagelova og anna regelverk må overhaldast ved slikt samarbeid (Kunnskapsdept, 2006).

### **Førskulelærer si rolle**

Ein førskulelærer har som oftast leiaransvar for personalgruppa, og ansvar for det pedagogiske innhaldet på si avdeling. Dette inneber at dei har ansvar for å skape omsorgsfulle relasjonar mellom personale og barn, slik det er formulert i Rammeplanen. Desse vert kjenneteikna av å vere lydhøyr, skape nærleik, innleving og ha evne og vilje til samspel. Personalet må vere tilgjengelege for barn ved å støtte, inspirere og oppmuntre barna i deira leik. Dette vil danne grunnlag for å sikre at alle barn får gode erfaringar og ei oppleving av å meistre samspelet med andre barn i leik. Det er førskulelærer sitt ansvar å syte for at barn som ikkje deltek i leik, som blir haldne utanfor eller øydelegg andre sin leik, må gjevast særleg oppfølging (Kunnskapsdept, 2006). Rammeplanen held fram at læring vil vere prega av kvaliteten i samspelet mellom barn og personale. Personalet sine handlingar og haldningar er avgjerande for barnet sine læringserfaringar, og dei påverkar barnet si sjølvopfatning. Det som er særleg viktig i høve til denne oppgåva er førskulelærarane sitt ansvar for å førebygge vanskar og oppdage barn med særskilde behov.

### **1.4.2 Helsestasjonens mandat**

Forskrifta om helsestasjons- og skolehelsetjensten (2003) er heimla i Kommunehelsetenestelova (1982). Vi finn ei tredeling av formålet til helsestasjons-

og skulehelsetenesta i denne forskrifta (Forskrift om helsestasjons og skulehelseteneste, 2003). I § 1-1 heiter det at formålet er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og førebygge sjukdomar og skadar.

Veileder for denne forskrifta (Sosial- og Helsedirektoratet 2004) tek fram at førebyggjande psykososialt arbeid er ei forskriftsfesta oppgåve i kommunen, og at helsestasjons- og skulehelsehelsetenesta har ei sentral og viktig rolle i dette arbeidet. Under merknad til forskrifta heiter det mellom anna at Helsestasjons- og skulehelsetenesta skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape eit godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldres meistring av foreldrerolla.

Tenesta skal i samarbeid med det psykiske helsevern førebygge psykiske plager og lidingar. Helsestasjonstenesta er ein viktig arena for tidleg intervensjon, og må difor ha kompetanse på å fange opp signal på omsorgssvikt, mistrivsel og utviklingsavvik (Sosial- og Helsedirektoratet 2004). Innanfor helsestasjonen ligg det fleire virkeområde og mange andre oppgåver, men eg har teke fram dei som har størst betyding for dette prosjektet.

### **Helsesøster si rolle**

Helsesøster er sentral som utøvar av oppgåva til kommunen sitt helsefremmande og førebyggjande arbeid. Deira arbeidsoppgåver er konkretisert i "Anbefalt helsestasjonsprogram 0-5 år" (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004), og er delt i tema for foreldrerettleiing og helseopplysning, og punkt for somatiske undersøkingar ved dei ulike konsultasjonane. Samspel og tilknytning er sentrale tema for foreldrerettleiing den første tida etter fødsel, og ved to- og fireårs kontroll er også psykisk helse oppført som tema. Mors fysiske og psykiske helse er anbefalt tema når barnet er 0 – 2 veker og seks veker. Oppseding av barn, sjølvhevding, sjølvbilete, sjølvoppfatning og sjølvstende er anbefalte tema frå 15 månader. I Veilederen er det også sjekkliste for barns utvikling og kontaktevne frå 0-3 år, med konkrete ferdigheiter som skal sjåast



---

etter. Det er også gitt konkret mal for kva som gir grunn til vidare oppfølging og tilvising etter helseundersøkingar. Desse sjekkpunkta går mest på syn, hørsel, motorikk og språk frå barnet er to år og oppover. Mellom eitt og toårs konsultasjonane gir usikkerheit om kontaktevne, manglande evne til sosiale leikar grunn til vidare oppfølging eller tilvising. Ved alle konsultasjonane er det i tillegg sett opp at foreldre si bekymring skal gi grunn til vidare oppfølging eller tilvising.

## 1.5 Avgrensing

Denne oppgåva blir avgrensa til å omfatte den eine av hovudkategoriane innan problemåtferd. Det er den som blir kalla emosjonelle vanskar eller psykiske problem og lidingar innan psykisk helse, og som vert nemnt som sosial isolasjon, internalisert, innovervend eller innagerande åtferd i det pedagogiske fagfeltet. Omgrepet innagerande åtferd vart vald i undersøkinga. Dette omgrepet vart valt fordi eg trudde det ville vere lettare å gje eit innhald, enn emosjonelle og psykiske problem. Vidare i denne oppgåva blir omgrepet innagerande åtferd brukt synonymt med innovervendt åtferd, emosjonelle vanskar og internaliserte vanskar. Den definisjonen som ligg til grunn er henta frå Lund (2004), som seier at åtferda må vere av ein slik art, varigheit og intensitet at den bryt med forventa åtferd, hemmar læring eller utvikling, og hindrar positiv samhandling med andre.

Denne oppgåva tek utgangspunkt i ei interaksjonsorientert forståingsramme for barns psykososiale utvikling. Læring er ein vestleg del av den psykososiale utviklinga, men oppgåva ga ikkje rom teoretisk utdjuping av kognitiv utvikling og læring. Samspelet mellom barn og nære omsorgspersonar er sentralt i barnet si utvikling, og vert lagt vekt på i denne oppgåva. Omsorgsgjevar er brukt om foreldre. Det er sjølvst av stor betydning korleis samspelet mellom personalet i barnehagen og barnet er, men det vart ikkje stilt direkte spørsmål om denne relasjonen i dette prosjektet.

## 1.6 Oppbygging av oppgåva

Teoridelen omhandlar barn si psykososiale utvikling, der tilknytningsteori, modell for sjølvutvikling og dimensjonar i samspel vert presentert (Bowlby, 1996; Stern, 2003; Kvello, 2008). Deretter vert innagerande åtferd utdjupa, både som problem og kva omfang det har. Det er vist til teori og forskning for å peike på faktorar som kan representere ein risiko for, eller å beskytte mot utvikling av problemåtferd. (Rye, 2007; Waaktaar et al., 2007; Kvello, 2007b; Mathiesen & Prior, 2006; Mathiesen et al., 2009). Vidare er tema resiliens, sjølvoppfatning og meistringstil, og sosial kompetanse tatt opp. Desse tema er sentrale i høve til problemstillinga. Gjennom å identifisere tidlege teikn og risikofaktorar er det eit mål at barn kan utvikle resiliens og oppnå god sosial kompetanse, i staden for innagerande problemåtferd.

I kapittel tre vert det gjort greie for forskingsmetode, og dei ulike vala som vart gjort undervegs i førebuing og gjennomføring av undersøkinga. Vidare blir det gitt ei beskriving av analysearbeidet og kva som var styrande for tolking og analyse. Til slutt vert forskningsetiske vurderingar, reliabilitet, validitet og generaliserbarheit drøfta.

I kapittel fem presenterar og drøftar eg innhaldet i datamaterialet. Kapittelet er delt i tre tema; identifisering, tiltak og samarbeid. Førskulelærar og helsesøster sine erfaringar vert presenterte kvar for seg, men samanlikna og drøfta innanfor kvart tema.

Tittelen på oppgåva er eit sitat frå ei helsesøster og kjenneteiknar noko av problemet med innagerande åtferd. På spørsmål og kva tiltak som var brukt for barn med innagerande åtferd, svara ho:

*Dei stille har ikkje bedt om hjelp.*

---

## 2. Teoretisk forankring

Den teoretiske og forskingsbaserte kunnskapen i denne oppgåva er forankra i tilknytningsteori og spedbarnsforskning med vekt på utvikling av kommunikasjon og interaksjonsmønster. Ei trygg tilknytning og positive erfaringar i samspelet med nære omsorgspersonar har stor betydning for korleis barnet møter utfordringar seinare. Sjølv om barnet møter påkjenningar kan det likevel greie seg godt og vise seg å ha motstandskraft til å kome seg gjennom på ein god måte. Bakgrunnen for ein slik ressurs vert presentert gjennom tilknytningsteori, sjølvutvikling og samspelsmønster (Bowlby, 1996; Stern, 2003; Kvello, 2008). Ved å belyse at dette er grunnleggande viktig, kan ein også argumentere for at det nettopp her er grunn til å rette ein førebyggjande innsats i forhold til barn i risiko for å utvikle psykososiale vanskar. Ved å rette ein innsats mot å fremje trygg tilknytning, gode samspelserfaringar og ei positiv sjølvutvikling kan det føre til kommunikasjon og samspelsmønster som beskyttar mot slike vanskar.

Hensikta for masterprosjektet, er å fremje tidleg intervensjon for å førebygge psykososiale vanskar. Det viktig å ha kunnskap om barn si utvikling, og gi barn den beste føresetnaden for ei sunn utvikling. Ein må vite noko om sunn utvikling, og kjenne til kva som kan beskytte og kva som kan skape risiko for å utvikle vanskar eller problem.

### 2.1 Psykososial utvikling

Psykososial utvikling kan seiast å vere uttrykk for kontaktevne, evne til samhandling og evne til å lære. Det finst føresetnader for normal psykososial utvikling hos barn. Ut frå teori og forskning er emosjonell tilknytning, meiningsfull kommunikasjon og rettleiande interaksjon både grunnleggande og sentrale i denne utviklinga (Rye, 2007). Gjennom å oppleve tilstrekkeleg kjensle av tryggleik og erfare meiningsfullt samspel med omsorgsgjevarar, kan barnet utvikle gode sosiale ferdigheiter, høveleg

meistring og evne til læring. Denne grunnleggande, gjensidige emosjonelle utvekslinga blir meir og meir samansett med alderen. Den kan beskrivast som ein spiral med aukande kompleksitet og mangfald i erfaring, og blir sett på som avgjerande viktig for å etablere trygg tilknytning og emosjonell utvikling (Stern, 2003).

Det kjensleprega samspelet mellom barn og omsorgsgjevarar er med å forme vekst og utvikling i hjernen (Siegel, 2001, ref. i Rye, 2007). Barnet er fødd med ei rad individuelle eigenskapar som er genetisk bestemte, men som vert påverka og endra i ulik grad ut frå miljøet (Brean, 2007). Utviklinga skjer ikkje på grunn av anten arv eller miljø, men i eit samspel der genetiske og miljømessige faktorar verkar gjensidig på kvarandre (Rice & Barone, 2000, ref. i Brean, 2007).

Interaksjonen mellom barn og omsorgsgjevar spelar ei avgjerande rolle i barns psykososiale utvikling, og kvaliteten på denne interaksjonen ser ut til å ha samanheng med utvikling av sosial kompetanse, mental utvikling og språk. Trygg emosjonell tilknytning og positive stabile relasjonar mellom omsorgsgjevar og barn, er dei føresetnadane som best sikrar ei positiv psykososial utvikling (Rye, 2007).

### **2.1.1 Emosjonell tilknytning**

Bowlby (1995) forklarar tilknytning ut frå at barn er fødde med eit sett åtferdsmønster som tener til å knyte barnet til mor, og mor til barnet. Tilknytingsåtferd ser ut til å eksistere på tvers av miljø. Åtferdsmønster er tosidige, med ei indre organisering og ein ytre manifestasjon (Bowlby, 1995). Dei indre strukturane endrar seg som resultat av samspelet mellom individ og omgjevnader. Åtferdssystema er retta mot eit mål og er sjølvregulerande, slik at når målet er nådd vil åtferda bli oppheva. Då vil andre viktige åtferdssystem som til dømes utforsking verte aktivert (Hansen, 1991).

Gjennom å erfare ein føreseieleg og trygg relasjon med ein nær omsorgsperson, utviklar spedbarnet det nødvendige grunnlaget for gode relasjonar til andre resten av livet. Barnet sine erfaringar med omsorgspersonane sine, avgjer om det utviklar trygg eller utrygg tilknytning (Ainsworth et al. 1972, ref. i Hansen, 1991). Bowlby (1995) la

---

stor vekt på det emosjonelle, og sa at ingen kommunikasjon er viktigare enn den som vert uttrykt emosjonelt. Informasjon om kva ein føler for kvarandre er det som betyr mest for oppbygging og ombygging av arbeidsmodellar av sjølvopplevinga. Stern (2003) set tryggleik eller tilknytning i samband med oppleving av kjernesjølvvet. Alle hendingar som regulerer følelsen av tilknytning, fysisk nærleik og tryggleik, er opplevingar som vert skapte ved gjensidig samspel. Dei sosiale opplevingane kan ikkje eksistere utan at dei blir forsterka eller vedlikehaldne av ein annan persons handling eller nærvær. Barnet si merksemd, nyfikne og kognitive deltaking i omverda, vert regulert av både barnet sjølv og omsorgspersonen (Stern, 2003). Han meinte at tilknytning har stor betydning som peikepinn på kvaliteten av forholdet mellom foreldre og barn. Tilknytning har likevel fleire sider enn berre den emosjonelle tilknytninga.

### **2.1.2 Meiningsfull kommunikasjon**

Hansen (1991) seier at tilknytningsteorien ikkje gir tilstrekkeleg rom for den kompleksiteten og nyanserikdommen som studiar av tidleg interaksjon har vist. I si doktoravhandling om spedbarnet si merksemd i samspel, fann ho at gode samspelssekvensar såg ut til å vere karakterisert av mødrene sitt oppmerksame nærvær, framfor deira aktivitet. Dette understrekar at merksemd i samspel er ein sentral utviklingsdimensjon. Ho fann elles klare haldepunkt for at den intersubjektive og dialogiske forma er ein grunnstruktur for forankring av sjølvvet og psykisk utvikling. Heilt frå starten av, ser samspelet mellom mor og barn ut til å vere bygt på gjensidig merksemd, kommunikasjon av følelsestilstandar og regulering. Dette ser ut til å vere i tråd med Stern sin teoretiske modell for sjølvvet si utvikling. Stern (2003) deler denne utviklinga inn i fem domene, der ein er avhengig av å ha det første domenet som forstadium for å kunne utvikle det neste. Desse domena handlar om barnet si oppleving av sjølvvet. Utviklinga av denne opplevingane skjer i samspelet med omsorgsgjevar. Stern (2003) sin modell for sjølvvet si utvikling vert presentert kort.

Det gryande sjølvvet er den første organiseringa av å vere eit subjekt. Dette domenet er kjenneteikna av at spedbarnet opplever samanheng mellom å sjå, føle og høyre, og er i

stand til å sanse variasjon i kjensler (Brean 2007). Kjernesjølvet er eit fysisk sjølv, skild frå andre med egne kjensler og handlingar. Barnet har episodisk minne, det er ikkje enkelthendingar som dannar grunnlag for arbeidsmodellar for forventning i relasjonen, men eit gjennomsnitt av hendingar (Brean, 2007). Stern (2003) seier at det må ligge erfaringar til grunn for å kunne forme ei organisert oppfatning av eit kjernesjølv. Dette domenet blir fundamentet for alle dei detaljerte kjenslene som blir lagt til sjølvopplevinga seinare. Det subjektive sjølvet er eit nytt domene der det vert mulig for barnet å dele felles fokus på merksemd, å dele felles intensjonar og emosjonelle tilstandar med andre. Omsorgspersonen si evne til emosjonelt samspel er ein føresetnad. Det er viktig at omsorgsgjevar deler barnet sine opplevingar, intensjonar, kjensler og merksemd. Barnet sine kjensler treng respons, ved at barnet forstår at det blir forstått (Stern, 2003). Det verbale sjølvet gjev evne til refleksjon, evne til å delta i symbolsk handling, samt å tileigne seg språk (Stern, 2003). Språket blir eit nytt medium til samspel og nærleik, men kan samstundes forvrengje, forvirre og manipulere opplevingar og føre til auka oppleving av einsemd (Stern, 2003). Det narrative sjølvet er ei kjensle av eit forteljande sjølv. Den primære funksjonen til den narrative historia er å organisere oppleving og erfaring. Gjennom å skape eit bilete av seg sjølv og si oppleving, påverkar ein sitt eige sjølvbilde. Identiteten vert skapt i forteljinga (Stern, 2003). Som på dei andre sjølvutviklingsområda, er det avgjerande korleis barna blir møtt. Det vil seie i kva grad det er nokon som vil høyre, er interessert, spør, lyttar og utforskar, eller på den andre side, om barnet blir møtt med kritikk og blir stoppa i forteljinga. Barnet får ei oppleving av kven det er i andre sine auge, og skapar seg sjølv, sitt sjølvbilde (Lund, 2004).

Med dette perspektivet forstår ein at barnet er fødd med evne til samhandling og er aktiv i å utvikle seg sjølv og kven det er i forhold til andre menneske. Samstundes er det avgjerande at barnet er omgitt av omsorgspersonar som er i stand til å møte barnets behov, for at ei sunn utvikling av sjølvopplevinga skal finne stad.

---

### 2.1.3 Samspelskvalitet

Kvello (2008) beskriv samspelet i seks dimensjonar, fire dimensjonar omhandlar forholdet omsorgsgjevar har til barnet, og to dimensjonar beskriv barnet sitt forhold til omsorgsgjevaren. Desse dimensjonane vert presentert, og sett i samanheng med anna teori. Dei fire første dimensjonane kan kallast foreldrestil eller oppdragarstil.

Sensitivitet fortel noko om kor kjenslevar omsorgspersonen er overfor barnet, og kan svare på den emosjonelle budskapen i barnet sin kommunikasjon. Sensitiv omsorg er hovuddimensjonen for etablering av trygg tilknytingsstil og god emosjonsregulering. Dette er i samsvar med Stern (2003) sin teori om det subjektive sjølv, som føreset omsorgsgjevar si evne til emosjonelt samspel. Strukturering er ein dimensjon som er delt i fire underpunkt; rutinar, grensesetting, tilsyn og stimulering. Rutinar er viktig for at barn skal utvikle seg og gå frå ei ytre til ei indre regulering. Strukturering handlar om å skape rutinar som bidrar til å skape oversikt og at ting vert føreseielege. Grensesetting ser Kvello (2008) på som viktig for barn si utvikling, og saman med varme fører det til god emosjonsregulering. Tilsyn handlar om å vite korleis barnet har det. Stimulering handlar om korleis omsorgsgjevar stimulerer til barns læring og utvikling gjennom rettleiing og modellering. Involvering fortel noko om kor aktiv omsorgspersonen er i forhold til barnet. Involveringa skal tilpassast barnet sine behov og føresetnader, og handlar også om å bry seg, engasjere seg i og støtte. Denne involveringa bør likevel ikkje overskride grensa til invadering. I fylgje Stern (2003) er det viktig for utvikling av kjernesjølv at barnet opplever å vere eit *sjølv*, skild frå den andre, med eigne kjensler og handlingar. Innstillinga til barnet handlar om den vaksne si grunnleggande merksemd overfor barnet. Dette er den reelle oppfatninga av barnet. Dette kan sjåast i samanheng med Bowlby (1995) si vekt på det emosjonelle, at tilknytninga i hovudsak handlar om kva ein betyr emosjonelt for kvarandre.

Dei to dimensjonane i barn sitt forhold til omsorgsgjevar kjem inn under tilknytingsstil.

Reaksjonar på omsorgspersonen skal i hovudsak vere positive. At barn kjenner seg trygge på at foreldra bryr seg om dei, skaper tillit hos barnet. I motsett fall kan ein oppleve at barnet vil avvise, ignorere eller klamre seg til omsorgsgjevar. Involvering av omsorgspersonen kan vere både til emosjonell stadfesting, praktisk hjelp, problemløysing og evalueringar av eigne meiningar og åtferd.

Zimbardo (1981) meinte at ein autoritativ foreldrestil med høg grad av kontroll og varme var det beste utgangspunktet. Det fremjar ei kjensle av tryggleik og sjølvtilitt. Ein autoritær oppdragarstil gir barnet for lite positiv merksemd, medan ein ettergivande stil gir for lite tryggleik. Begge delar kan bidra til utvikling av innagerande åtferd. Det ser ut til at kvaliteten på samspelet mellom omsorgsgjevar og barn har betyding. Kvello (2007b) meinte at den har betyding for utvikling av åtferdsvanskar. Ein studie av effekten av eit rettleiingsprogram for foreldre, bygt på Webster-Stratton (1990), viste god effekt for internaliserte vanskar (Cartwright-Hatton, McNelly, White & Verduyn, 2005). Studien var gjort blant barn i alderen to til fem år og viste forbetring med ein effektstørrelse (ES) på 0.44 på internalisert åtferd, medan eksterne åtferd hadde ES 0.41 i dette utvalet. Dette kan tyde på at foreldre sin oppdragarstil har betyding for barn sine internaliserte problem, i like stor grad som eksterne.

## 2.2 Innagerande åtferd

### 2.2.1 Kva er innagerande åtferd

I engelskspråkleg litteratur finn ein omgrep som nyanserar denne problemåtferd. Omgrepa *withdrawal*, *inhibition* og *shyness* kan oversettast med sosial tilbaketrekking, hemma åtferd og sjenanse. Eisenberg, Fabes, Guthrie & Reiser (2000) seier at sjenanse, spesielt når det involverar åtferdsmessig hemming i møte med noko ukjent eller framand, blir generelt rekna som internalisert åtferd. Sørli & Nordahl (1998) seier at den innagerande åtferd truleg er meir til plage for eleven



---

sjølv enn for miljøet rundt, og desse plagene er nemnde som einsemd, dårleg sjølvoppfatning, passivitet i undervisninga, depresjon, angst og usikkerheit for nye situasjonar og oppgåver, overdriven bekymring og psykosomatiske plager. Mathiesen et al. (2009) brukar omgrepet internaliserte problem, og nemner depresjon, angst, bekymring og sosial tilbaketrekking. Gresham og Kern (2004) referert i Lind (2005) nemnde i tillegg somatiske vanskar, tvangshandlingar og selektiv mutisme som døme på innagerande åtferd. Iversen, Lønberg & Oskal (2006) beskriv barn med innagerande åtferd som triste og prega av lite glede og spontanitet. Lund (2004) seier at innagerande åtferd kan kjenneteiknast av nervøs og hemma åtferd, som kan vere prega av personlegdomsvanskar, nevrotiske trekk og angst. Denne åtferda viser seg ved at barna gjerne unngår nye situasjonar, at dei ofte kan verke triste, passive og vere prega av overkontroll. Lund (2004) poengterte at om vi nyttar innagerande som eit felles omgrep for ei gruppe barn, er gruppa samansett av individ med ulike behov, tankar og opplevingar knytt til si innagerande åtferd. Vi ser at innagerande åtferd i noko grad kan beskrivast gjennom åtferdsuttrykk, som til dømes *prega av lite glede, tilbaketrekking og passivitet i undervisninga*. Det handlar i like stor grad om plager som desse barna har, som til dømes *bekymring, dårleg sjølvoppfatning, og tvangshandlingar*.

Sjenanse kan vere hemmande og er ein viktig komponent i innagerande problematikk. Zimbardo (1981) definerer sjenanse som ei mental haldning eller innstilling som predisponerer menneske til å være ekstremt bekymra. Det mest beskrivande er tilbaketrekking, og handlar om meir enn å vike unna samtaler som kan høyrast av andre. Det kan dreie seg om manglande forståing av kva og kvifor ein kommuniserar, ikkje berre manglande evne til å kommunisere (Folkman, 1999; Zimbardo, 1981). Sjenanse er også knytt til dårleg sjølvkjensle, og kan forsterkast ved å mislukkast og lide nederlag. Dersom sjenansen hindrar positiv samhandling, får det konsekvensar for barnet si sosiale fungering. Sjenanse kan ha ei rekkje uheldige følgjer, som at det er vanskeleg for barnet å få venner og å engasjere seg sosialt. Sjenerte barn er også tilbøyelege til å utvikle negative følelsar slik som depresjon, angst, lav sjølvtilitt og det å føle seg einsam (Zimbardo, 1981).

Barn som trekkjer seg unna kan ha dårlegare føresetnad for å etablere sosial kompetanse, og kan i staden kome inn i ein destruktiv spiral med negative sjølvopplevingar (Folkman, 1999). Ogden (2006) meinte at engstelige og deprimerte elevar mangla sosial kompetanse generelt, og spesielt ferdigheiter i sjølvhevding. Dei såg ut til å meistre dei skulefaglege utfordringane betre enn dei sosiale. Det viste seg også at det var ein større del av desse elevane som vart tilvist hjelpetenester som psykisk helsevern, barnevernstenesta og pedagogisk-psykologisk teneste (Ogden, 1995, ref. i Ogden, 2006).

I Sørлие & Nordahl (1998) si elevundersøking kom det fram at lav sjølvoppfatning var det mest karakteristiske for innagerande problemåtferd. Folkman (1999) hadde fokus på førskuleborn, og sa at barn med innagerande åtferd kan ha ein tvil, ikkje berre på om dei er verdige til å verte elska, men endå meir grunnleggande spørsmål, som *finns eg?, er eg verkeleg?* Desse barna vart beskrivne som at dei ikkje hadde tiltru til seg sjølv som nysgjerrige og handlekraftige barn. Det betydde nødvendigvis ikkje at barnet hadde vore utan omsorg, det kunne også skuldast at sjølvtiliten ikkje var sterk nok i situasjonar då barnet måtte stå på egne bein (Folkman, 1999).

### **2.2.2 Omfang av innagerande åtferd**

Thompson & May (2006) peika på at sannsynet for at dei som hadde behov for hjelp ikkje hadde fått det, var større for barn med internaliserte vanskar enn for eksternaliserte vanskar. Det kan og vere at omfanget varierar etter kven som blir spurt, om det er foreldre, lærar eller barnet sjølv. Ei spørjeundersøking av lærarar (Ogden, 2006) fann at omfanget av innovervend åtferd auka frå småskuletrinnet til mellomtrinnet og vidare frå barnetrinnet til ungdomsskuletrinnet. Den utagerande åtferda viser seg allereie i førskulealder, medan dei innovervende problema kjem klarare til uttrykk i skulealder og hos ungdom. I ei gransking som bygg på elevvurderingar (Sørлие & Nordahl, 1998) kom det fram at innovervend åtferd var nesten like vanleg som utagerande åtferd. Det kan vere ein fare for at innagerande åtferd vert oversett, dersom omfanget skal avgjerast ut frå lærarvurderingar. På den

---

andre sida kan det vere grunn til å tru at omfanget av utagerande åtferd ville vere mindre med elevane si vurdering av eiga åtferd.

Innovervend problemåtferd kjem tydelegare til uttrykk med auka alder, men studiar viser at ein kan finne internaliserte vanskar i førskulealder også. Det samla nivået var lågare for internaliserte problem enn for utagerande problem då barna var 18 månader gamle. Internaliserte problem auka jamt i måleperioden frå 18 månader til 4,5 år, medan utagerande problem minka i det same tidsrommet (Mathiesen et al., 2009).

## 2.3 Risiko- og beskyttande faktorar

Forhold som kan virke negativt på barnet si utvikling og auke sannsynet for negativ psykososial utvikling kan ein kalle risikofaktorar. Risikofaktorar er mest skadelege når det er fleire som opererer saman. Her vert risikofaktorar og beskyttande faktorar omtala i to grupperingar, dei som har med barnet sine føresetnader å gjere, og dei faktorane som har med foreldre, familiesituasjon eller det nære sosiale nettverket å gjere.

### 2.3.1 Risikofaktorar for innagerande åtferd hos barnet

Utvikling av samspel er avhengig av både omsorgsgjevar si evne og barnet sine føresetnadar. Kjenneteikn som vert rekna som risiko ved barna sjølv er fødselskomplikasjonar, fysiske eller psykiske funksjonshemmingar, somatiske sjukdomar med sjukehusinnlegging, og utviklingsforstyringar som er organisk grunna. Dette er kjenneteikn som medfører at det blir stilt ekstra store krav til omsorgspersonen sine ressursar (Backe-Hansen, 2007).

Temperamentsforskjellar kan påverke eit barns evne til samspel. Prior et al., 2000 og Schwartz et al., 1999, referert i Mathiesen et al. (2009), peika på at temperamentskarakteristika med stor grad av sjenanse, frykt, emosjonalitet og hemma åtferd overfor det som var nytt og ukjent, vil konsekvent føreseie internaliserte

problem. Mathiesen et al. (2009) fann at dei individuelle faktorane høg emosjonalitet, sjenanse og lav skåre på sosialitet såg ut til å utgjere utviklingsvegar til internalisert åtferd. Mathiesen & Prior (2006) samanlikna barna i høgrisikogruppe med dei som hadde lav og moderat grad av ytre risikofaktorar, for å finne samanhengar. Dei fann at barn av ikkje-risikofamilie som hadde utvikla problemåtferd i åtteårsalder, hadde temperamentsmessig høg sjenanse og høg emosjonalitet til felles. Dette er med å underbygge at desse dimensjonane kan føreseie problemåtferd.

### **2.3.2 Risikofaktorar hos foreldre og familie**

Omsorgsevna til foreldre kan ha samheng med omsorgsgjevar si eiga erfaring som barn å gjere, og kva erfaringar dei har frå eiga tilknytning og samspel (Rye, 2007). Ein risikofaktor i barnets familie som hadde samheng med utvikling av internaliserte vanskar, var depresjon hos mødrer (Mathiesen et al., 2009). Deprimerte mødrer er emosjonelt mindre tilgjengelege for barnet. Dette kan ein sjå i samband med at emosjonelt samspel med omsorgspersonen er vesentleg for utvikling av eit kjerne – sjølv (Stern, 2003). Det gjensidige samspelet er utgangspunktet for opplevingar som regulerer følelse av tilknytning, fysisk nærleik og tryggleik. Dersom den emosjonelle kontakta er mangelfull, kan det føre til ei uheldig utvikling av barnet si sjølvoppleving. Tida omkring svangerskap og fødsel er ein spesielt sårbar periode, og om lag 15 prosent av kvinnene vert ramma av fødselsdepresjon. Det er dokumentert at langvarige psykiske helseproblem hos mor kan gi mangelfull psykomotorisk og emosjonell utvikling hos barnet. Til tross for dette blir berre 2 prosent av desse kvinnene oppdaga av helsestasjonen ( Glavin, 2007). Mathiesen et al. (2009) seier og at deprimerte mødrer sin oppdragarstil er meir prega av kritikk enn det som er vanleg hos andre. Dette er også med på auke risiko for utvikling av problemåtferd.

Familiestress viste seg å oppretthalde og endåtil auke internaliserte vanskar over tid (Mathiesen et al., 2009). Familiestress var varige problem knytt til bustad, arbeid, partners helse og forholdet til partner.

---

Det kan også ha med livssituasjonen til omsorgspersonen å gjere, som til dømes å vere åleine utan familie i nærleiken, og ha lite sosialt nettverk av vener og naboar som kan gi sosial støtte (Mathiesen & Prior, 2006). Å mangle eit sosialt nettverk, kan føre til at mor ikkje finn den støtta ho treng, og at barnet ikkje får fordel av å kunne knyte nære relasjonar til andre vaksne. Sosial isolasjon er ein ytre risikofaktor for å utvikle både eksternalisert og internalisert åtferd (Mathiesen et al., 2009).

Samspel som er prega av forstyrra og usamanhengande kontakt og ustabil emosjonell tilknytning er ofte bakgrunnen for barn som er plaga av angst, depresjon og åtferdsvanskar (Crittenden 1995, Egeland og Sroufe, 1981a og b; Zenah, Bores og Larrieu, 1997, ref. i Rye, 2007).

### **2.3.3 Beskyttande faktorar hos barnet**

Trygg tilknytingsstil til primær omsorgsgjevar vert rekna som ein av dei viktigaste beskyttelsesfaktorane, og gir større grad av motstandsdyktigheit mot å utvikle vanskar (Rye, 2007). Rutter, 2000; Luthar, 2003, og Masten, 2004, referert i Waaktaar, Torgersen & Christie (2007) peika på god intellektuell fungering og positive kjenneteikn på temperament, som beskyttande faktorar. Dersom barnet har eit temperament som er karakterisert som positivt, utovervendt og velregulert, vil det føre til at det i hovudsak vil få positive responsar frå menneska rundt seg. Dette vil igjen prege barnet si oppleving av seg sjølv, og kunne skape eit positivt sjølvbilete.

Realistisk optimisme er også rekna som beskyttelsesfaktor, fordi det gir tru på å nå dei måla ein har sett seg. Ofte er det eit mønster av gjensidig forsterking, ved at tru på meistring gir sterk motivasjon, som igjen fører til høg innsats. Den høge innsatsen aukar sjansen til å meistre, og meistring styrkjer sjølvopplevinga, som igjen påverkar trua på å meistre eige liv (Compas et al., 2001, ref. i Kvello, 2007b).

### 2.3.4 Beskyttande faktorar hos foreldre og familie

Ei metaanalyse av 1200 studiar viste at godt samspel mellom foreldre og barn, gode sosiale ferdigheiter hos barnet, og tilgang til sosial støtte er blant dei viktigaste beskyttelsesfaktorane (Durlak, 1998, ref. i Kvello, 2007b). Positiv samspels erfaring legg eit grunnlag som gjer barnet betre rusta til å tole stress og belastningar. Ein kombinasjon av stimulering, varme, grensesetting, tilsyn og beskyttelse, er av dei viktigaste dimensjonane i foreldre si omsorg av barn (Rye, 2007). Andre sentrale individuelle faktorar som har beskyttande effekt i høve til påkjenningar, er positiv sjølvkjensle og sjølvtilitt. Det å oppleve seg sett og akseptert som det barnet ein er, og at andre barn og vaksne gir positiv støtte og respons, er med på å gi gode meistringsopplevingar. Dette er naudsynt for at barn skal utvikle tru på seg sjølv og tilitt til eiga meistring (Waaktaar et al., 2007).

Andre beskyttande faktorar kan vere å ha ein nær relasjon til ein omsorgsperson, som ikkje nødvendigvis er foreldre, og det å ha band til prososiale vaksne og gode rollemodellar utanfor familien (Waaktaar et al., 2007). Dette kan underbyggast vidare med ein studie av ungdomar, der det å ha ein god relasjon til minst ein vaksen utanom familien viste seg å vere ein sentral beskyttelsesfaktor (Resnick et al., 1997, ref. i Kvello, 2007b). Ut frå dette perspektivet kan ein også sjå på barnehagen som ein beskyttelsesfaktor, ved at barn som vert rekna som risikoutsette kan knyte band til omsorgsfulle vaksne i personalet.

Mathiesen & Prior (2006) viste at sosial støtte til mor, både frå partner, familie og venner er beskyttande faktorar i og med at dei var medverkande til at barn som var klassifisert i risikogruppe, viste seg å utvikle resiliens.

---

## 2.4 Resiliens

Verken risikofaktorar eller beskyttande faktorar verkar åleine. Dei verkar i eit samspel, og dette samspelet kan avgjere om barnet utviklar evne til å verte motstandsdyktig, eller om det vert ytterlegare sårbart for påkjenningane.

Resiliens tyder elastisitet, og kan forståast som evne til å vere robust og tole påkjenningar, og evne til å hente seg inn igjen ved store belastningar. Backe-Hansen (2007) seier at resiliens handlar om eit samspel mellom eigenskapar hos barnet og forhold i miljøet, og i kva grad barnet evnar å handtere stress som vert skapt av påkjenningar i miljøet. Borge (2007) trekkjer fram tre karakteristika av resiliens. Dette er kontrollert handtering av påkjenning, ego resiliens og at det er ein prosess som går over tid. Ego resiliens er ein personleg ressurs til å takle påkjenning, og denne er relativt konstant gjennom barndommen (Borge, 2007). Von der Lippe, Hartmann & Killen, (2007) seier at resiliens ikkje er det spesielle, men tvert om det vanlege, dersom ikkje store indre eller ytre påkjenningar truar dei systema som vanlegvis beskyttar barn mot negativ utvikling. Ego resiliens er ein individuell adaptiv reserve som gir barnet motstandskraft mot både indre og ytre stressorar. Dei framheva at tilknytning, mors sensitivitet, barnets kognitive evner og mors pedagogiske strategiar, hadde betydning (von Lippe et al., 2007). Von der Lippe et al.(2007) fann at det ikkje såg ut til å bety så mykje kven mor er, eller kva ho elles gjer. Det er det mor gjer i samspelet som har betydning for barnet si utvikling av ego resiliens. Dette kan vere uttrykk for noko av det same som Hansen (1991) fann i si doktoravhandling, der mors oppmerksame nærvær var det viktigaste, ikkje kva aktivitet eller kva mor gjorde, nødvendigvis, men kva rolle ho hadde i samspelet.

Fordi ein beskyttelsesfaktor nesten aldri verkar åleine, må ein undersøke korleis den verkar saman med andre beskyttelses- og risikofaktorar, og kva mekanismar dei verkar gjennom. Gjelsvik (2007) seier at kunnskap om beskyttelsesfaktorar ikkje nødvendigvis fører til effektiv førebygging. Forsking på resiliens kan derimot gi grunnlag for utforming av førebyggjande tiltak og intervensjonar (Gjelsvik, 2007).

## 2.5 Sjølvoppfatning og meistringstil

Negativ sjølvoppfatning er knytt til innagerande åtferd, og beskrive som det mest karakteristiske ved slik problemåtferd (Sørli & Nordahl, 1998; Folkman, 1999). Sjølvoppfatning blir forma gjennom tidlegare erfaringar, og vert påverka av korleis desse erfaringane er forstått og tolka. Denne sjølvoppfatninga treng ikkje å stemme overeins med andre si oppfatning av personen, fordi sjølvoppfatning alltid er subjektiv. Sjølvoppfatning er ein person sitt samansette syn på seg sjølv (Bandura, 1997). Omgrepet "self-efficacy" eller forventning om meistring, skil seg frå sjølvoppfatning ved at det ikkje er fokus på evner og ferdigheiter, men på kva ein kan bruke dei ulike ferdigheitene til. Ved elles lik kunnskap og ferdigheit hos to personar, kan self-efficacy vere det utslagsgivande i forhold til forskjellen i prestasjon (Bandura, 1997). Eiga forventning til meistring har betyding for kva resultat ein oppnår. "Self-efficacy" påverkar både kjensle, tanke og handling hos menneske.

Det kan sjå ut til at det har sjølvforsterkande verknad både i positiv og negativ lei. Realistisk optimisme kunne reknast som beskyttande faktor, ved at tru på meistring gir motivasjon til auka innsats. Dette aukar sjansen til å meistre og dermed kunne gi positiv sjølvkjensle (Compas et al., 2001, ref. i Kvello, 2007b). På den andre sida kan innagerande åtferd kome inn i ein sjølvforsterkande sirkel, ved at manglande samspel gir manglande meistringsoppleving, som får innverknad på sjølvoppfatninga. Lav "self-efficacy" forsterkar denne utviklinga ved å skape lav forventning og dårlege resultat. Det kan vere vanskeleg for barn å kome ut av ein negativ spiral. Dette understrekar behovet for å gi tidleg hjelp i høve til innagerande problemåtferd.

Seiffge-Krenke (1995) referert i Lazarus & Folkman, (2006) differensierte meistringstrategiar i to meistringstilartar, aktiv meistring og tilbaketrekking. Reaksjonar under stress kan ikkje føreseiast utan å sjå på personlegdomstrekk og prosessar som kan forklare individuelle forskjellar i korleis ein reagerar på stressande stimuli. Det avgjerande for reaksjonen er korleis ein vurderar sjansane for å meistre og kor stor betyding ei eventuell meistring eller eit nederlag har i kvart høve. Denne vurderingsprosessen vert påverka av individuelle variablar. Dei mål ein set seg og kva



---

motivasjon ein har for å nå desse måla, er viktige. Negative stressfølelsar kan kome av at ein vert hindra, eller pressa til å nå måla ein set seg. Vidare er sjølvoppfatning viktig, fordi den formar forventningar både til miljøet og eiga meistring. For det tredje har dei personlege ressursane som til dømes intelligens, sosiale ferdigheiter, støtte frå familie og venner betydning for kva ein maktar og kva mål som er mulig å nå.

Motstandsdyktigheit eller sårbarheit er avhengig av miljøvariablar og personlege ressursar (Lazarus & Folkman, 2006). Det avgjerande er kva meistringsstilartar som vert utvikla, om det er aktiv meistring eller ein dysfunksjonell meistringsstil, som tilbaketrekking.

## 2.6 Sosial kompetanse

Sosial kompetanse er også trekt fram som beskyttande faktor. Tidlegare har det vore trekt fram at nettopp lav skåring på sosial kompetanse, pregar innagerande åtferd. Det kan difor vere hensiktsmessig å sjå på tiltak for å betre den sosiale kompetansen hos barn, som førebygging av problemåtferd. Utviklingsvegar til sosial kompetanse har understreka kompleksiteten av prosessane som avgjer utvikling av resiliens.

Generaliserte miljøfaktorar som gode foreldreferdigheiter, og god sosial støtte frå familie og venner medverkar til at det har blitt identifisert positiv fungering hjå barn og unge som lever med påkjenningar (Mathiesen & Prior, 2006).

*Sosial kompetanse er relativt stabile kjennetegn i form av kunnskap, ferdigheter og holdningar som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjonar. Den fører til en realistisk oppfatning av egen kompetanse, er en forutsetning for sosial mestring, og for å oppnå sosial akseptering eller etablere nære og personlige vennskap. (Ogden 2006:196)*

Denne kompetansen gjer det mulig å etablere positive sosiale relasjonar til andre, mestre krav og forventningar til åtferd i ulike miljø, og å formidle og hevde egne ynskje og behov på ein eigna måte (Ogden, 2006). Dei fem ferdigheitene empati, samarbeid, sjølvhevding, sjølvkontroll og ansvarlegheit, er utgangspunkt for å etablere sosial kompetanse. Kompetansedimensjonen sjølvhevding omfattar å be

andre om informasjon, presentere seg, samt reagere på andre sine handlingar.

Gresham og Elliott (1990) referert i Ogden (2006) seier det handlar om å uttrykke sjølvstende og autonomi. Denne dimensjonen vert ofte lagt vekt på i arbeidet med å førebygge sosial isolasjon og tilbaketrekking (Meichenbaum, 1977, ref. i Ogden, 2006). Metaundersøkingar viser at sosial ferdighetstrening har effekt, og størst effekt i førskulealder. Beelmann, Pfingsten & Løsel (1994) undersøkte effekten av sosial problemløysingstrening og rein sosial ferdighetstrening. Det viste seg at alle born hadde effekt av treninga, men det var klart større effektar for førskuleborn enn for eldre born. Spesielt born som er risikoutsette for å utvikle psykososiale vanskar såg ut til å ha stor nytte av tidleg intervensjon for å redusere negativ utvikling.

Mathiesen & Prior (2006), fann at samanhengen mellom sosial kompetanse og problemåtferd var signifikant, men moderat. Størst positiv innverknad på sosial kompetanse hadde faktorane høg sosialitet ved 18 månaders alder, lav emosjonalitet og sosial støtte frå fleire hald. På den andre side var det samanheng mellom høg sjenanse, høg emosjonalitet og lav sosial kompetanse.

## 3. Metode

Metode betyr vegen mot målet, og i dette kapitlet vert vegen mot å kaste lys over problemstillinga skildra. Eg gjer greie for dei ulike vala eg har gjort med omsyn til innsamling av data, korleis eg har førebudd og gjennomført undersøkinga, og korleis eg har analysert datamaterialet. Til slutt vil eg seie noko om kva eg har gjort for å sikre reliabilitet, validitet og generaliserbarheit i prosjektet.

### 3.1 Val av metode

#### 3.1.1 Design

Som design valde eg å bruke eit kvalitativt opplegg. Det vert brukt som ein fellesnemnar for empirisk forskning som arbeider med ord og frie uttrykksformer (Befring, 2007). Dette gir høve til å få kjennskap til informantane sine erfaringar, og samstundes tankane deira og refleksjonar kring desse.

I dette forskingsprosjektet vart det spurt etter korleis barn med teikn til innagerande åtferd vart fanga opp i barnehage og på helsestasjon, og i kva grad desse institusjonane samarbeidde om dette arbeidet. Kvalitativ metode eignar seg godt, fordi den gir høve til å utdjupe dei einskilde informantane sine erfaringar. Det var også ynskjeleg å få tak i haldningane deira og refleksjonar i høve til eige arbeid med barn som viser innagerande åtferd.

Denne studien ligg inn under den hermeneutiske vitskapelege hovudretninga, som handlar om tolking i kommunikasjon og forståing av tekst. Det å skjøne andre, vil seie å tolke seg sjølv inn i tolkingprosessen (Fuglseth, 2007). Forskaren er med og skaper rammene og tolkinga av forskingsmaterialet, anten det er i eit dynamisk møte eller ein skriftleg tekst. Innanfor hermeneutisk forskningstradisjon kan ein seie at ein leitar etter ei djupare meining i utsegna enn det som umiddelbart blir oppfatta (Dalen,

2004). Dette skjer ved at ein som tolkar rettar seg mot eit meiningsformidlande materiale og spør etter kva som vert formidla, kva som vert uttrykt og korleis det skal forståast (Wormnæs, 2007).

Det er nytta eit fenomenologisk perspektiv i denne studien, som inneber å setje fokus på folk sine opplevingar og forståing av sin situasjon (Befring, 2007). Ein forståingshorisont i fenomenologien kallast *livsverd*. Dette omfattar den fysiske delen av ting, menneske og gjeremål, men har også ei forståingsmessig side som består av den umiddelbare og ureflekterte forståinga (Wormnæs, 2007).

Forståing i denne samanheng er ein kombinasjon av føreforståing, det gitte og det medgitte. Dei tidlegare erfaringane til helsesøster og førskulelærar utgjer føreforståinga, og kan også prege merksemda og styre kva som er i fokus og faktisk blir sett. Det gitte er det som faktisk blir sett, som er i fokus, og det medgitte er det som ein forstår ved å kjenne igjen og legge til sannsynleg tilleggsinformasjon ut frå det ein veit frå før (Wormnæs, 2007). I tillegg til dette er det ein vekselverknad mellom det gitte og det medgitte som utgjer ein forståingshorisont (ibid). Det er denne forståingshorisonten eg søkte å få innsikt i hjå informantane. Førskulelærar og helsesøster arbeider dagleg med barn, og dei møter ulike barn og foreldre. Eg var spesielt oppteken av å få tak i bevisstheita deira kring og den målretta handlinga i høve til dei stille barna. Livsverda til desse er i denne samanheng opplevinga deira og forståing av dei einskilde barna, av barna sitt samspel med andre og faktorar som kan ha innverknad på innagerande åtferd. Oppgåva byggjer altså på informantane sine erfaringar, og korleis dei handlar og tenkjer i møte med barn som skaper bekymring ved å vere stille, tilbaketrekte og kanskje ikkje samhandlar med andre eller deltek i leik.

### **3.1.2 Intervju som metode**

For å belyse problemstillinga valde eg å nytte kvalitativt forskingsintervju som metode. Formålet med eit intervju er å få fyldig og beskrivande informasjon om korleis andre menneske opplever ulike sider ved sin situasjon (Dalen, 2004). Eit

---

personleg intervju kan gi beskrivingar ut frå egne erfaringar, men også gi høve til å få fram informantane si bevisstheit og refleksjonar kring innagerande åtferd. *Eit intervju har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene* (Kvale, 2001:21). I denne oppgåva er datamaterialet ei slik beskriving av informantane si oppleving og erfaring i høve til det aktuelle temaet.

I studien vart det nytta semistrukturerte intervju, der tema var definert på førehand. Det var likevel lagt til rette for, og stimulert til at informanten fekk formidle det han eller ho synest var relevant innanfor temaet. Informanten kunne styre innhaldet i kvart tema ut frå si livsverd. Forskingsintervjuet skal ikkje berre beskrive ei livsverd, men det skal fortolkast for å få ei djupare meining innanfor dei aktuelle fenomena (Kvale, 2001). Utan at data vert tolka, har det liten verdi.

## 3.2 Planlegging av undersøkinga

### 3.2.1 Kriteri for utval og endeleg utval

Utval av informantar har svært mykje å seie for studien. Ein må ta stilling til kven og kor mange ein skal intervju. Med omsyn til talet på informantar, seier Kvale (2001) at ein må intervju så mange som nødvendig for å få fram det ein treng å vite. Eg nytta kriterieutval, der ein avgrensar den teoretiske målgruppa ved å stille krav som måtte oppfyllast (Dalen, 2004). Kriteria eg sette var at førskulelærar skulle ha førskulelærarutdanning, vere tilsett i stilling som pedagogisk leiar eller styrar, og ha erfaring frå direkte arbeid med barn i alderen 1 til 5 år. Helsesøster skulle ha helsesøsterutdanning og arbeide med barn i same aldersgruppe. For å få variasjon i utvalet, såg eg på lengde på yrkeserfaring og storleik på arbeidsstaden. Eg ville ha med både relativt nyutdanna informantar, og informantar som hadde lang yrkeserfaring. Vidare var det eit ynskje at utvalet skulle representere både små og store faglege miljø. I oppgåva skulle ikkje den enkelte barnehage knytast opp mot sin

helsestasjon, slik at utsegner frå den eine kunne stillast opp mot den andre. Utvalet var difor ikkje nødvendigvis parvis heimehøyrande i same kommune.

Utvalet bestod av seks informantar. Dette ga den informasjonen eg hadde behov for, og det var overkomeleg i høve storleiken på prosjektet. Helsestasjonsutvalet var samansett av tre helsesystrar, to med kort (2 og 4 års) yrkeserfaring og den tredje med femten års erfaring. Barnehageutvalet hadde tre førskulelærarar, der lengd på yrkeserfaring varierte frå fem til tretti år. Val av helsesøster vart gjort ved å ta utgangspunkt i eit geografisk område, og kontakte leiande helsesøster ved ulike helsestasjonar. Her vart tema for oppgåva presentert, med informasjon om kva informantar eg ønskte. Eg vende meg til barnehagekonsulenten i ulike kommunar som kom med forslag til førskulelærarar eg kunne kontakte, eller viste meg vidare til spesialpedagog med oversikt over fagfeltet.

På grunn av praktiske uhell ved to opptak, vart eit intervju gjort om att med ny informant. Eg valde ut den nye helsesøsterinformanten med tanke på å få så fyldig informasjon som mogeleg, ved å finne ei med lang og brei erfaring. Eg hadde tidlegare gjort eit prøveintervju med ein førskulelærar, og dette vart nytta som erstatning for eit intervju. Denne informanten samtykte på førehand til at data i intervjuet kunne brukast i oppgåva om ynskjeleg. I det endelege utvalet var det to helsesøstrer med om lag 15 års erfaring, og ei med 4 års erfaring. Blant førskulelærarane var det to med ti års erfaring og ei med nesten 30 års yrkeserfaring. Det var lite variasjon i storleik på arbeidsstaden. Helsestasjonane hadde om lag like mange helsesøsterstillingar, medan det var to til fire avdelingar ved barnehagane. Det endelege utvalet representerte fire kommunar på Vestlandet.

### **3.2.2 Utarbeiding av intervjuguide**

Kvale (2001) omtalar eit intervju som ein konversasjon med ein viss struktur og hensikt. I alle prosjekt som nyttar intervju som metode vil det vere behov for å utarbeide ein intervjuguide. Det er særleg nødvendig ved eit semistrukturert intervju

---

(Dalen, 2004). Intervjuguiden styrer i hovudsak dei tema samtalen dreiar seg om, og er difor ein viktig reiskap.

Teori om emnet har danna rammene for intervjuguiden. Teorien som låg til grunn var knytt til kriteri for innagerande åtferd, viktigheita av tidleg samspel med omsyn til psykososial utvikling, samspelsdimensjonar og risikofaktorar for utvikling av åtferdsvanskar (Lund, 2004; Rye, 2007; Kvello, 2007b og 2008). Spørsmåla var retta mot informanten sine egne erfaringar. Dette forskingsprosjektet omfattar to ulike institusjonar og yrkesgrupper. For å lette arbeidet med analysen fann eg det difor ønskjeleg med liknande struktur på intervjua. Intervjuguiden vart laga i to utgåver, ein for førskulelærar (vedlegg nr. 2) og ein for helsesøster (vedlegg nr.3). Dei omhandla same tema, men spørsmåla var forma litt ulikt under nokre av temaa. Dette gjaldt spesielt kartlegging og tiltak. Det er stor skilnad på førskulelærar og helsesøster sitt møte med barn. I barnehagen ser ein barnet kvar dag over lang tid, medan på helsestasjonen møter ein berre barnet i fylgje med føresette ved ein halvtimes konsultasjon ein gong i året. Dette gir ulike føresetnader for å kunne sjå og ta tak i teikn til innagerande åtferd. Samstundes har dei ulike yrkesgruppene høve til å utfylle kvarandre ved å sjå ulike sider av same sak, nemleg faren for utvikling av psykososiale vanskar.

### **3.2.3 Prøveintervju**

Eit prøveintervju har fleire hensikter. Det skal både å teste ut intervjuguiden, intervjuaren, og vere ein praktisk gjennomgang for å sjekke at utstyret fungerer som forventa (Dalen, 2004). I utarbeiding av intervjuguiden fekk eg nyttige innspel frå rettleiar og medstudentar. Eg gjennomførte eit prøveintervju med ein førskulelærar kort tid før første intervju med helsesøster. Det var godt å gjere eit litt ufarleg forsøk der tidsbruken vart prøvd ut. Eg fekk tilbakemelding på spørsmåla, og vart tryggare i rolla som intervjuar. Prøveintervjuet viste at guiden kunne brukast som han var. Den einaste endringa som var føreslått, var å endre rekkefølga på to spørsmål.

Førskulelæraren fann det naturleg snakke om tiltak i barnehagen før spørsmål om samarbeid og eventuell tilvising til samarbeidspartar.

### 3.3 Gjennomføring av undersøkinga

#### 3.3.1 Praktisk gjennomføring

Informantane som hadde sagt seg villige til å delta, fekk tilsendt skriftleg informasjon om prosjektet (vedlegg nr.1). Tema for intervjuet var sett opp punktvis. Nokre dagar etter at dei hadde fått denne informasjonen, tok eg kontakt for å avtale tidspunkt.

Intervjua vart gjennomførte på informantane sin arbeidsplass. Det vart nytta minidisk for å gjere opptak av intervjua. Før intervjua starta, presenterte eg prosjektet der eg orienterte om studiet og kva datamaterialet skulle brukast til. Vidare presenterte eg meg sjølv, og ga til kjenne tilknytninga mi til barnehage. Tema for intervjuet vart gjennomgått, og informanten presenterte seg.

Dei første innleiande spørsmåla var ufarlege og eigna til å skape kontakt. Slik som: *Kor mange år har du arbeidd som førskulelærer?* Eg noterte ikkje under intervjuet, men konsentrerte meg om å vere til stades og observere undervegs. Rett etterpå skreiv eg ned hovudpunkt, ting som eg festa meg ved, og refleksjonar rundt sjølve intervjuopplevinga. Bortsett frå det siste, vart intervjua utført i løpet av eit tidsrom på tre veker.

#### 3.3.2 Transkripsjon

Å transkribere er å gjere munnleg tale om til skriftleg tekst. Dette er ikkje berre ein teknisk prosess, men ein tolkingsprosess i seg sjølv (Kvale, 2001). Det mottakaren forstår, er ikkje nødvendigvis det same som avsendaren meinte, og i omforminga til skrift skjer det ei tolking. Eg la vinn på å gjere det så korrekt som mogeleg.



---

Intervjua vart transkriberte ved at eg lytta til opptaket og skreiv det ordrett av, så detaljert som mogeleg. Eg brukte eh og ... der det vart pausar, og skreiv he-he der det var latter. Det var ein nitidig jobb å vere nøyaktig, slik at det skriftlege materialet mest mogeleg uttrykte den same meininga som den eg forstod i den munnlege framstillinga. Eg hørde intervjua om att mange gongar for å få ned alle orda. Ved å lese gjennom det skriftlege materialet kunne eg sjå om meininga i det skrivne, samsvara med det eg forstod når eg lytta til intervjuet. For å få ned nyansar, brukte eg understreking på ord som informanten la trykk på i talen. Eg valde å bruke kursiv skrift på mine utdjupande spørsmål eller kommentarar utanom spørsmåla i intervjuguiden. På denne måten kunne eg sjå informantens sine utsegner i forhold til desse. Eg såg at det var vesentleg for tolkinga av det skrivne, kva tilleggsspørsmål eller kommentarar eg som intervjuar kom med.

For å sikre anonymiteten til informantane, fekk dei nummer i den rekkefølge intervjua vart gjort, i tillegg til H for helsesøster og F for førskulelærer. Medan eg arbeidde med transkripsjonen brukte eg aldri namna til informantane.

## 3.4 Analyse

Ei kvalitativ analyse inneber både å leite etter det spesielle og etter sentrale trekk i materialet (Befring, 2007). Kvale (2001) presenterar analysen i seks trinn. Desse omhandlar alt frå intervjupersonen si skildring, gjennom den eigentlege analysen og til at intervjupersonane byrjar å handle på bakgrunn av den nye innsikta dei har fått. Her gjer eg greie for korleis eg har gjennomført analysearbeidet og litt om eiga føreforståing.

### 3.4.1 Teoretisk perspektiv og eiga føreforståing

Forskaren sine forventningar og føreforståing pregar i stor grad både førearbeid, gjennomføring og analyse. I kvalitative studiar er forskarrolla ein viktig faktor for

resultata. I høve til tolking av datamaterialet er det difor naudsynt å klargjere perspektiv og føreforståing.

Eg har hatt stor interesse i å forstå kva som formar menneske til den personen han er. I denne oppgåva har eg valt eit perspektiv som er prega av utviklingspsykologi, der eg spesielt har vore oppteken av samspelet mellom barn og omsorgspersonar som grunnlag for barn si psykososiale utvikling. Yrkeseferinga mi frå barnehage har gitt meg utfordringar i høve til å ta barn med innagerande åtferd på alvor. Dette har vore med å forma prosjektet, og det har nok vore med å prege tolkinga i analysen.

### **3.4.2 Metode for analyse**

I denne studien valde eg ei mykje brukt form for intervjuanalyse som Kvale (2001) kallar ei meiningsgenerering gjennom ad hoc-metodar, eit samspel mellom ulike teknikkar. Eg brukte ikkje ein standardmetode for analysering, men innslag av fleire metodar. Ved å gå gjennom utskrift av det transkriberte materialet og skrive komprimerte setningar og stikkord i marginen, fekk eg ut meiningsinnhaldet i teksten. Dette var ei *meiningsfortetting*. Dette meiningsinnhaldet vart vidare studert, og danna grunnlag for å finne kategoriar som sitata kunne plasserast under, ei *meiningskategorisering*. Deretter vart enkelte sitat valt ut innanfor kvar kategori, der det vart søkt etter ei djupare mening. Her vart utsegnene sett i lys av mi føreforståing og det teoretiske fundamentet som vart lagt for oppgåva, og tolka ut frå det. Dette er ei *meningstolking*, som ligg innanfor den hermeneutiske forskingstradisjonen.

Eg nytta ikkje noko dataprogram for å analysere datamaterialet. Eg beskriv difor korleis det vart gjort.

Intervjuguiden var inndelt i sju tema: 1. Innleiing, 2. Om innagerande åtferdsvanskar, 3. Kva skaper bekymring, 4. Om omsorgsgjevar – barn – relasjon, 5. Kartlegging og tiltak, 6. Om samarbeid og 7. Avslutning. Ved å skilje intervjuet av førskulelærar frå intervjuet av helsesøster, vart datamaterialet meir oversiktleg. Eg hadde to separate dokument, der eg samla tre svar under kvart av dei sju temaa.

---

Det utskrivne materialet vart lest gjennom og fargekoda. Innhaldsberande tekst vart markert med farge, der kvart tema hadde sin farge. I denne systematiske gjennomlesinga peika det seg ut tre hovudkategoriar som eg kalla identifisering, tiltak og samarbeid. Dette var samanslåing av tre første temaa, oppdeling av ”kartlegging og tiltak”, der kartlegging kom inn under samarbeid. Ved å samle materialet i hovudkategoriane vart materialet meir oversiktleg, og eg såg kvar tyngda i materialet låg. Ved å lese og notere hovudinnhald i utsegnene og gjere meg kjend med datamaterialet, såg eg at materialet naturleg kunne delast i undertema. Her nytta eg *fortetting* som metode, ved å notere i marginen. Eg tok utgangspunkt i det utskrivne og fargekoda materialet, og samla sitata i undergrupper, i tre kolonnar som tilsvara dei tre informantane. I denne fasen fann det stad ei dataredusering, då berre det meiningsberande vart henta ut.

*Meiningstolking* har eg nytta der utvalde utsegner vart tolka ved hjelp av teorien eg har lagt til grunn for analysen. Den hermeneutiske spiralen er nemninga på den prosessen som skjer når ein tolkar gjennom å forstå delen ut frå heilskapen og heilskapen ut frå delen (Befring, 2007). Korleis ein forstår noko, er avhengig av den konteksten det blir forstått innanfor. Denne konteksten vert prega av den erfaringa og teoretiske perspektivet forskaren har. Ein hermeneutisk tilnæringsmåte er i prinsippet å rette seg tolkande mot eit meiningsformidlande materiale, og er ei spontan tolking ut frå tolkaren si føreforståing (Wormnæs, 2007). Her vert eigen føreforståing henta fram, og nye perspektiv på fenomenet presentert. Eg ville tolke materialet ut frå avsendarperspektiv. Det vil seie at eg prøvde å setje meg inn i deira stad og forstå utsegna ut frå deira ståstad. Eg hadde lite kjennskap til helsesøster sin arbeidssituasjon, og las difor ein del litteratur som gav meg innsikt i arbeidsoppgåver og arbeidsmåtar. Sidan eg har arbeidd mange år som førskulelærer hadde eg betre føresetnad for å setje meg inn i førskulelærer sin stad. Det betyr at eg gjekk inn i tolkinga med mi føreforståing, det vil seie mi eiga erfaring med stille og tilbaketrekte barn i barnehage, og mi eiga interesse for temaet og den kunnskapen eg har tileigna meg gjennom faglitteratur.

### 3.5 Forskingsetiske vurderingar

Som forskar er det viktig å ha eit ope sinn, vere klar over den føreforståing ein har, utan å vere prega av fordommar og haldningar til kva svaret skal bli. Eg la vekt på å opptre som ein som var på informantane sitt parti, og ikkje vere deira motstandar og kontrollør. Ved å vise interesse prøvde eg å få fram erfaringar og kunnskapar hos informanten, og vere nysgjerrig på informanten si oppleving av eiga rolle og situasjon. Her ligg det at ein må vise informanten respekt og verdigheit (Befring, 2007).

Forskingssjokjekt som inkluderar personar skal berre setjast i gong etter deltakarane sitt informerte og frie samtykke (NESH, 2006). Informantane må få god informasjon om kva intervjuet skal omhandle, og kva det innsamla datamaterialet skal brukast til. Dei skal delta ut frå sin frie vilje utan ytre press, og skal ha høve til å trekke seg undervegs dersom dei finn å ikkje ville delta i undersøkinga. Informantane vart spurt munnleg om dei ville delta i forskingssjokjektet, og fekk i etterkant informasjon om kva tema intervjuet skulle omfatte, og kva informasjonen skulle brukast til. Her vart det også informert om at informanten stod fritt til å trekkje seg frå sjokjektet kva tid som helst, dersom han ønskte det.

Den einskilde informant skal sikrast anonymitet slik at det ikkje er mogleg å identifisere kven som har gitt opplysningane. I utgreiinga om utval vart det oppgitt eit stort og upresist geografisk område, slik at ikkje arbeidsstaden skulle vere kjent. I oppgåva vart det brukt fiktive namn, og dialektar vart tona ned i direkte sitat. Det innsamla datamaterialet vert sletta så snart sjokjektet er avslutta. Sjokjektet handsama ikkje sensitive opplysningar, og data vart ikkje lagra på lydfilar. Det var difor ikkje naudsynt å melde sjokjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Dei innagerande barna vert omtala i generelle termar, og informasjonen gjekk ikkje på dei einskilde barna, men på informantane sine handlingar og tankar. Difor ser eg ikkje direkte etiske utfordringar i høve til barn.

---

## 3.6 Reliabilitet, validitet og generaliserbarheit

### 3.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet fortel noko om korleis forskingsarbeidet er utført. Det handlar om at undersøkinga er gjort nøyaktig og presist, med minst mogeleg målingsfeil (Befring, 2007). Det vil seie at ein får det same resultatet dersom ein gjentek undersøkinga. Eit kvalitativt forskingsintervju er ein samtale der datamaterialet vert skapt i samspel mellom intervjuar og informant og kan vanskeleg reproduserast. Det var eit møte mellom intervjuar og informant, der erfaringar og tankar vart formidla. Det vart sett i gang refleksjonar og nye tankar ved spørsmåla.

For å sikre reliabiliteten har eg gjort greie for framgangsmåten gjennom transkribering og analyse ovanføre. På den måten har eg gitt lesaren høve til å ta det same perspektivet. Kvale (2001) seier at det avgjerande spørsmålet er ikkje *om* intervjuaren skal lede eller ikkje, men *kvar* intervju spørsmåla skal lede. Spørsmål og spørsmålsform i intervjuet hadde betydning for svaret, men også den responsen eg som intervjuar gav, ved at eg bekrefta og ga uttrykk for ting som eg syntest var interessante. Om ein er bevisst på korleis det ein gjer påverkar resultatata, og formidlar det til lesaren, sikrar ein reliabiliteten.

### 3.6.2 Validitet

Validitet handlar om kor gyldige måleresultata er. Befring (2007) skil mellom teoretisk validitet og empirisk validitet. I teoretisk validitet er det eit spørsmål om fagleg semje om dei omgrepa som vert nytta, og i kva grad det er samsvar mellom den formelle og den operasjonaliserte definisjonen av omgrepet. Informantane definerte sjølve kva dei meinte med innagerande åtferd, og ga ei beskriving av åtferda. Dette vart gjort for å sikre validiteten i undersøkinga.

Empirisk validitet handlar om i kva grad faktiske forhold vert skildra på ein sannferdig og truverdig måte. Kvale (2001) uttrykkjer at validitet fortel om ein

intervjustudie undersøker det den er meint å undersøke. Eg har gjort greie for det teoretiske perspektivet eg har valt i denne undersøkinga, og argumentert for at den er relevant for problemstillinga. Informantane har svart ut frå si livsverd, ved at dei delte av si erfaring med barn som viser teikn til innagerande åtferd. Validiteten er teken i vare gjennom å presentere teorien som eg nytta som tolkingsramme i eige kapittel, og vise til denne i tolking og konklusjon. Det er også gitt uttrykk for eigen føreforståing. Ved å beskrive prosessen med å samle inn datamaterialet, og vidare analysen av dette materialet, er det mogeleg å skaffe seg innsikt i dette arbeidet fram mot resultatet av forskinga.

### **3.6.3 Generaliserbarheit**

Kvale (2001) skildrar ei form for generaliserbarheit som han kallar analytisk generalisering. Her vert det argumentert for i kva grad funna kan vere rettleiande for andre situasjonar. Denne studien kan seie noko om førskulelærar og helsesøster sine erfaringar i arbeid med barn som viser teikn til innagerande åtferd. Det er eit lite utval informantar, og dei representerar ulike erfaringar. Det kan likevel seiast å vere generelle trekk som går igjen, som skil førskulelærarane og helsesøstrene frå kvarandre, og er felles innanfor dei to gruppene. Resultata er også avhengig av kva erfaring kvar enkelt informant formidla. Dette var avhengig av den einskilde informantens sitt medvit om temaet, og kor observant og reflektert han var i møte med barn som viste teikn til innagerande åtferd. Informantane i denne undersøkinga hadde forholdsvis lang yrkeserfaring, det kan ha noko å seie for resultata. Det vil likevel vere sannsynleg at svara vil ha same tendensen med eit anna utval i same kategori. Ved at funna vert drøfta opp mot aktuell teori, kan dette vere med å støtte og forsterke funna si gyldigheit og overføringsverdi til å gjelde fleire enn representantane i denne undersøkinga. Gjennom å gjere greie for eiga føreforståing og teoretisk perspektiv, kan funna, ut frå gitte føresetnader overførast til å gjelde andre.

---

## 4. Analyse og drøfting

Her vert funna i intervjuundersøkinga presentert og drøfta. Problemformuleringa var:

***Kva gjer barnehagen og helsestasjonen for å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd?*** Materialet er ordna og analysert etter tema i intervjuguiden.

Gjennom oversikten dette gav, vart funna samla logisk under omgrepa identifisering, tiltak og samarbeid. Funna vart organisert og drøfta ut frå to underspørsmål i problemformuleringa:

***Korleis vert desse barna sett og møtt?*** Dette vert handsama i to tema; identifisering og tiltak. Under identifisering presenterar eg synlege åtferdsuttrykk som informantane fanga opp, og observasjonar knytt til risikofaktorar i teori og forsking (Kvelling, 2008; Rye, 2007, Stern, 2003, Bowlby, 1995), (Mathiesen et al., 2009, Sørli & Nordahl, 1998). Under tiltak vert informantane sine arbeidsmetodar og tiltak for å møte behova til barn som viser teikn til innagerande åtferd presentert. Tiltaka vert drøfta opp mot beskyttelsesfaktorar og forsking på resiliens (Mathiesen & Prior, 2006, Waaktaar et al., 2007, Kvelling, 2007), (Borge, 2007, von der Lippe et al., 2007).

***I kva grad samarbeider barnehage og helsestasjon om identifisering og tiltak i høve til desse borna?*** Samarbeidet vert presentert ved funn av kva samarbeidspartar informantane hadde erfaring med, og kva samarbeid som var mellom barnehage og helsestasjon i høve til barn som viser teikn til innagerande åtferd. Vidare vert mogelegheiter og utfordringar i dette samarbeidet drøfta.

Funn vert presentert og belyst ved sitat, og drøfta undervegs. Førskulelærar og helsesøster sine erfaringar vert presenterte kvar for seg, men samanlikna og drøfta innanfor kvart tema.

## 4.1 Presentasjon av informantane

Førskulelærarar og helsesøstrer har fått namn som byrjar på høvesvis F og H. Frøydis og Frida, har om lag 10 års erfaring som avdelingsleiurar i aldersblanda avdelingar eller i ulike aldersinndelingar. Fanny har over 20 års erfaring i barnehage, mykje av tida som avdelingsleiar på småbarnsavdeling. Barnehagane har frå to til fire avdelingar. Hildur har arbeidd fire år som helsesøster, Hanna og Helene femten. Alle har erfaring med barn i førskulealder. Helsestasjonane var nokolunde like i storleik, om lag seks helsesøsterstillingar ved kvar av dei.

## 4.2 Identifisering av innagerande åtferd

### 4.2.1 Informantane si definering av innagerande åtferd

Korleis ein definerar omgrepet kan vere styrande både for kva, og omfanget som vert fanga opp. For å få kjennskap til dette, sa informantane noko om si erfaring med innagerande åtferd. Dei beskreiv åtferda og vurderte deretter om dei meinte den var påfallande annleis, hemma læring og utvikling, og hindra positiv samhandling med andre (Lund, 2004).

Førskulelærarane var usikre på eiga erfaring med innagerande åtferd og meinte det var eit fåtal barn i førskulealder som kom inn under omgrepet. Frøydis hadde ikkje erfaring med nokon som ho definerte som innagerande. Ho syntes det var vanskeleg, og sa: *Kanskje det berre er sjenanse*. Fanny var også inne på dette skiljet: *Dei er vanskeligast å sjå. Og litt disse grensegangane mellom kva som er et stilt og forsiktig barn, og kva som er atferdsvanska, liksom*. Ho hadde erfaring med barn som det vart arbeidd bevisst med, der personalressursen på avdelinga vart styrka på bakgrunn av mellom anna innagerande åtferd. Frida hadde derimot ei erfaring som nyutdanna førskulelærer som kanskje gjorde henne ekstra merksam på dei stille barna. Alt det nye å sette seg inn i, og alle dei krevjande borna som tok merksemda hennar, førte til



---

at eit stille barn vart oversett. I dag var ho merksam på tre barn av ei gruppe på 12, der eit av dei fekk spesialpedagogisk hjelp på grunn av innagerande åtferd.

Helsesøstrene såg mange barn, men Hildur meinte at innagerande åtferd var vanskeleg å ta tak i fordi det var vanskeleg å vite om det berre var sjenanse. Ho antok at fire til fem barn av ei gruppe på 20 kunne kome inn under innagerande åtferd.

Hanna knytte erfaringane sine til konkrete barn som ho opplevde svært vanskeleg å oppnå kontakt med: *Dei fleste ungar greier en å komme i kontakt med. Eg har jobba lenge som helsesøster, og når eg har 4-åringar, er det heilt unntaksvis at eg treff ungar som eg ikkje klarar å få til å gjere dei tinga som vi skal,... (Hanna)*. Helene møtte stille og sjenerte barn på helsestasjonen, men hennar erfaring var at kanskje to av hundre var innagerande. Ho sa: *I førskoleundersøkinga i fjor, ca 100 av 5-6 åringane,.. et par virkelig innadvendte, er min erfaring,(Helene)*. Det ser ut til at innagerande åtferd vart brukt om dei få barna som dei ikkje oppnådde kontakt med på helsestasjonen.

Informantane var usikre på om sjenanse kunne reknast inn under omgrepet innagerande åtferd. Mathiesen et al. (2009) fann at temperamentstrekket sjenanse hjå 18 månader gamle barn, var stabilt på seinare tidspunkt, og hadde samanheng med samspelsvanskar. Det vil seie at sjenanse kan vere eit temperamentstrekk som kan vere ei medverkande årsak til at problemåtferd vert utvikla. Det kan bety at sjenerte barn kjem inn under målgruppa for denne undersøkinga, og nettopp skulle vere grunn til å fange opp. I engelskspråkleg litteratur er sjenanse brukt som ein nyanse innanfor problemåtferd, og blir rekna som internalisert åtferd dersom det medfører åtferdsmessig hemming i møte med noko ukjent (Eisenberg et al., 2000). Det kan difor sjå ut til at dei fleste informantane har hatt for strenge kriteri for omgrepet, samanlikna med dette.

Ut frå statistikk for behandling innan psykisk helsevern, fekk berre 0,9 prosent av befolkninga under 7 år tilbod om hjelp i 2007 (Bjørngaard et al., 2007). Størsteparten av desse var tilvist på grunn av åtferdsvanskar eller konsentrasjonsvanskar. Svært få barn i førskulealder får altså tilbod om hjelp innanfor psykisk helsevern på grunn av

innagerande åtferd. Det er nok også forskjell på kor mange som høyrer inn under definisjonen innagerande åtferd og kor mange som får hjelp (Thompson & May, 2006). Denne undersøkinga fortel om berre eitt barn som var tilvist spesialisthelsetenesta på grunn av innagerande åtferd gjennom førskulelærar.

Innagerande åtferd vert av førskulelærarane skildra med tilbaketrekking, forsiktighet, vanskar med å be om hjelp, ha lettare for å snakke i lita gruppe, snakka med lav stemme eller var tause. Helsesøstrene skildra innagerande åtferd som å vere trist, lukka, stille, vere vanskeleg å få kontakt med, trekke seg unna andre, unnvikande i blikket og vise sinne.

Både førskulelærarane og helsesøstrene reagerte på åtferd som var påfallande annleis. Frida sa: *At dei ikkje er so aktive i leiken so gjer at en reagerar. Dei er kje so verken kreative eller populære leikekameratar.* Helene reagerte også på åtferd som var annleis: *Du vil jo reagere på et barn som er veldig stille og rolig, og det er enkelte barn som ikkje kommer ut av fanget til mor eller far..(Helene)*

Det var ulike meiningar om innagerande åtferd hemma læring og utvikling. Ein førskulelærar meinte at det kan gjere det, men ikkje nødvendigvis. Ein annan førskulelærar hadde døme på at eit barn var så usikkert og redd for å gjere feil, at ho meinte at det heilt klart hemma læring og utvikling. Helsesøstrene meinte at læring også er avhengig av evner, sidan nokre stille barn klarer seg godt fagleg, sjølv om dei er stille. Ei helsesøster sa at innagerande åtferd kunne hemme språkutviklinga til barn. *Nokon er smarte og gløgge og får med seg det dei skal, enten det e sånn eller sånn, men det hemmar språklæring på et vis, for du trener deg ikkje i å snakke, så det blir vanskeligare og vanskeligare for dei jo eldre dei blir, (Hanna).* Informantane var klare på at det var ei ulempe, men var usikre på om innagerande åtferd førte til hemma læring og utvikling.

Både førskulelærarane og helsesøstrene meinte at innagerande åtferd hindra positiv samhandling. Frida uttrykte dette i dømet der ho reagerte fordi dei ikkje var aktive i leiken. Hanna var også redd for utviklinga vidare: *Dei står gjerne i en krok litt for seg*

---

*sjølv og betrakta leiken meir enn å delta i den. Og eg trur ikkje det er så godt for dei, jo eldre dei blir til meir påtakelig er det på en måte, og så er det vanskelig å bryte.*

Alle meinte at åtferda var påfallande annleis og hindra positiv samhandling med andre, men dei fleste meinte at åtferda ikkje nødvendigvis hemma læring og utvikling. Med tanke på kor mykje samspelet med andre har å seie for barnet si psykososiale utvikling, kan det vere grunn til å tru at innagerande åtferd har betydning for barnet si læring og utvikling. Hanna var bekymra for dette. Slik bekymring er i samsvar med at manglande meistringsopplevingar i sosial samhandling kan gi lav "self-efficacy" (Bandura, 1997), ved at innagerande åtferd i ein sjølvforsterkande sirkel skaper lav forventning til eiga meistring.

#### **4.2.2 Førskulelærar sine observasjonar av åtferdsuttrykk.**

Her presenterar eg kva som skapte bekymring hos førskulelærarane, med tanke på innagerande åtferd hos barn.

Frøydis hadde gjort seg nokre tankar om at årsaka til innagerande åtferd kunne ligge i barnet sine temperamentstrekk, uavhengig av ytre påverknad.

*Eg veit for eksempel om foreldre som har ungar som he vore litt sånn innagerande på en måte, men so eg trur går meir på personligheita til ungen. Og so føle eg at foreldra er akkurat sånn so dei skal vere.  
(Frøydis)*

Dette viser at førskulelæraren slik skilde mellom årsakene til innagerande åtferd. I dette tilfelle kunne barnet sine temperamentstrekk vere årsaka. Ho hadde ei erkjenning av at barn er ulike, og har ulike utgangspunkt som kan forklarast genetisk. Formuleringa av innagerande åtferd var vag, der ho kalla det *litt, på en måte*, innagerande åtferd. Men ho såg teikn til innagerande åtferd. Forsking (Mathiesen & Prior, 2006; Mathiesen et al., 2009) underbygg ein samheng mellom temperamentstrekk og utvikling av innagerande åtferd. Om informanten ikkje såg like klar samheng, såg ho heilt klart temperamentstrekk som årsak til teikna på innagerande åtferd.

Førskulelærarane nemnde tilbaketrekking. Til dømes å vere unnvikande i blikket, å raudne eller å bli stiv i kroppen. Frøydis fortalde om ei jente som heile tida såg på dei andre, ikkje torde å utfalde seg eller prøve sjølv fordi ho var redd for å gjere feil.

*Eg føle ungar som er innadvendte trekke seg unna heile tida.(..), at ho torde ikkje å hive seg uti det på en måte, torde ikkje å prøve for eksempel å skrive, eller heile tida såg på dei andre, ..med en gong det var mange tilstades, so kom dette og hemma henne veldig. (Frøydis)*

Her var eit barn hemma i høve til å utfalde seg, og ta utfordringar. Frøydis si vurdering var at barnet hadde ferdigheiter, men ikkje forventningar til eiga meistring. Ei mogleg tolking kan vere lav "self-efficacy" (Bandura, 1997). Sjølvoppfatninga er her personen sitt samansette syn på seg sjølv, som truleg blir forma gjennom direkte erfaring og evalueringar frå signifikante andre. Sjølvoppleving med fokus på forventning til eiga meistring, har betydning for kva resultat ein oppnår, og påverkar både kjensle, tanke og handling hos menneske. Når forventninga synest å vere negativ, førte det til at ho let vere å prøve i frykt for å mislukkast.

Barnet som hadde vanskeleg for å snakke med vaksne eller i ei stor gruppe av barn, skapte bekymring hos førskulelærarar. I nokre tilfelle snakka ikkje barnet i det heile tatt. To førskulelærar nemnde selektiv mutisme, noko som også vert rekna innanfor innagerande åtferd (Lind, 2005).

Fleire av førskulelærarane beskrev barn som hadde vanskeleg for å hevde sin rett, be om hjelp eller kunne stå fram og få fokus retta mot seg. Til dømes var Frøydis bekymra for barn som ho såg sleit med å stå fram i samlingsstunda. Fanny var også bekymra når barn var veldig stille, og ikkje klarte å be om å få ting, eller å be om hjelp. For å beskrive dette sa Fanny:

*.. ,dei er aldri frampå i samlingsstunder for eksempel, dei e veldig stille. Det å be om heilt vanlige ting som kva dei vil ha på maten kan vere vanskelig for dei, det å be om hjelp til påkledning og sånn, dei sitte gjerne å venta til slutt, for" då e det nokon som ser meg også.. (Fanny)*

Vi ser at barn som ikkje greier å gi uttrykk for behov og ynskjer, eller gjer krav på merksemd, skaper bekymring. Fanny hadde registrert at stille barn kunne bli sitjande

---

til slutt, i håp om å bli lagt merke til når alle andre hadde fått sitt og gått. Eit slikt barn kan ha vanskar med å hevde seg sjølv. Ogden (2006) legg sosiale ferdigheiter til grunn for å kunne etablere sosial kompetanse. Ei av desse ferdigheitene er sjølvhevding, og omfattar å be andre om informasjon, presentere seg, samt reagere på andre sine handlingar. Gresham og Elliott (1990) referert i Ogden (2006) seier det handlar om å uttrykkje sjølvstende og autonomi. Det inneber å kunne velje, og ha ein følelse av fridom og personleg ansvar i desse vala. Her kan vi seie at det gjeld å be om hjelp, eller å gjere val om pålegg og kunne uttrykkje det. Slik kan barn som viser teikn til innagerande åtferd, ha vanskar med sjølvhevding, og kan ha ein dårlegare føresetnad for å etablere sosial kompetanse. Funna til Mathiesen & Prior (2006) viser samanheng mellom sosial kompetanse og sjenanse, ved at høg grad av sjenanse hadde samanheng med lav sosial kompetanse. Sjenansen kan slik hemme barnet i å uttrykkje egne ynskje og behov, og i å gjere sjølvstendige val, og kan medverke til vanskar med sjølvhevding.

Førskulelærarane var bekymra dersom barn trekte seg unna, og ikkje hadde kontakt med dei andre barna. Frida brukte uttrykk som *"passivt og tek ikkje kontakt, og tek ikkje initiativ"*. Frøydis vart bekymra når eit barn ikkje fungerte i leiken saman med andre. I følgje Rammeplanen (Kunnskapsdept, 2006) har førskulelærer ansvar for å gi særleg oppfølging til barn som ikkje deltek i leik. Det er personalet si oppgåve å vere tilgjengeleg for barn ved å støtte, inspirere og oppmuntre barn i deira leik. Slik kan barn få gode erfaringar og opplevingar av å meistre samspelet med andre.

Førskulelærarane var merksame på dette, og vart bekymra når barn ikkje fungerte i leik. Likevel kan ein spørje om bekymringa førte til tiltak. Fanny fortalde om barn som ikkje bad om hjelp, og sat og venta til slutt i håp om at nokon skulle sjå dei. I ei stor barnegruppe med mange barn som er frampå og krevjande, kan det vere fare for at slike barn vert oversett. Det kom ikkje fram tankar om kvifor dei ikkje fungerte i leiken, eller kva det vidare kunne føre til. Positive opplevingar i sosialt samspel er grunnleggande viktig for barn, anten det er sjenanse eller andre ting som gjer at dei fell utanfor. Samspels erfaringane formar barn si sjølvoppfatning. Negativ sjølvoppfatning er nært knytt til innagerande åtferd, og er nemnt som det mest

karakteristiske ved slik problemåtfærd (Sørli & Nordahl 1998; Folkman 1999). Samspelsvanskar kan gjere barn initiativlause, med lite å gi i eit gjensidig samspel.

Nokre barn kunne verke nervøse og engstelege. Fanny sa at enkelte tok lett til tårene utan at ho såg nokon grunn til det. Ho reagerte også på uttrykkslause andlet, manglande spontanitet og glede. Frida hadde observert barn som ikkje ga utløp for følelsar, verken sinne eller sorg. Ho meinte at bekymra barn brukte energi på å bere bekymringar, i staden for å leike og vere aktive. Dette kan vere uttrykk for at førskulelærarane er observante på barn med emosjonelle plager. Frøydis sa:

*Det er no litt sånn heile ansiktsuttrykket også på en unge, viss du ser at han e alvorlig, eller ler lite, smile lite. Forventa på en måte at dei ska vise glede, sinne, vise begge deler, tenker eg, då.(...) Det er ofte sånn at viss du har veldi stille ungar, so e det somme tider eg blir glad når dei kanskje brøle en gong, eller protestera eller eit eller anna sånn, fordi du tenke at det vil du også sjå. ..vilje! (Frøydis)*

Dette tolkar eg slik at ansiktsuttrykk hos barn, kan gi bekymring. Frøydis reagerte dersom barn var trist eller bekymra utover det ho fann å vere naturlege svingingar. Emosjonelle eller internaliserte problem inkluderer depresjon (Mathiesen, 2002), og er såleis eit av områda det er viktig å vere merksame på. Sjølv om depresjon viser størst auke i ungdomsalder (Bjørngaard et al., 2007), er det viktig å vere merksam på at det også fins blant barn i førskulealder. Dei stille barna, dei som føyer seg i alt og ikkje er til bry, kan og gi grunn til bekymring. Frøydis uttrykte at ho vart glad når ho opplevde protest og vilje blant desse. Det tolkar eg som at ho såg det som viktig for den psykososiale utviklinga å gi uttrykk for eigne emosjonar og eigen vilje. Dette er i samsvar med utvikling av det subjektive sjølvvet (Stern, 2003). Her er det viktig barnet deler sine opplevingar, intensjonar, kjensler og merksemd med andre. Sameleis treng barnet sine kjensler respons, ved at barnet forstår at det blir forstått, slik som Frøydis gjorde her.

---

### 4.2.3 Førskulelærer si merksemd på risikofaktorar i barnet sine omgjevnader

Frøydis og Frida tok fram manglande grensesetting, og utydelege foreldre som uheldig for barn. Avgjerder vart overlatne til barnet, og grenser vart sette av barn, og ikkje av foreldra. Fanny hadde også erfaringar med utydelege foreldre, ho sa: *Foreldra er kanskje ikkje tydelig nok, og det kan også skape utrygghet med et sart barn.* Fanny var inne på at manglande struktur kunne skape problemåtferd ved at barnet kjenner seg utrygg og engsteleg. Dette kan knytast til foreldra sin oppdragarstil. Dømet fortel om foreldre si evne til å skape tryggleik og struktur kring barna, og at mangelfull struktur kan ha negativ innverknad på samspelet. Struktur er ein av dimensjonane i samspelskvaliteten, og har difor betydning i forholdet mellom barn og vaksne (Kvello, 2008).

*So ser du jo korleis dei både møte ungen sin, høyre på nå, snakka til nå, men måten dei snakka om den til oss også,... , det e no mykje dette her med blikket og måten dei møte kvarandre og tek farvel på. (Frøydis)*

Frøydis sine observasjonar fortalde noko om sensitiviteten foreldra har overfor barnet, ved måten dei møtte barnet på. Sensitiv omsorg er hovuddimensjonen for etablering av trygg tilknytingsstil, og god emosjonsregulering (Kvello, 2008). Foreldre sin sensitivitet er difor sentral. Frøydis oppfatta mykje i samspelet mellom foreldre og barn, mellom anna måten foreldre snakka om barnet og til barnet på. Omsorgsgjevar sin tiltale og omtale av barnet viser den reelle oppfatninga av barnet, også kalla innstilling (Kvello, 2008). Dette kan også forståast som ei haldning til barnet, og blir eit uttrykk for korleis samspelet er.

Frida hadde døme på at samlivsbrot i familien, førte til innovervendt åtferd. Noko Frida meinte var realitetar som ein ikkje kan få gjort noko med. Det ser ut til at Frøydis er medviten om den risikoen som kan ligge i familiestress. Ho sa: *Ja at dei kanskje leve med miljø med mykje konflikhtar, truslar, og sånn so tenke du jo at en unge kan verte innovervendt eller nervøs (Frøydis).* Frøydis ser ein klar samanheng mellom problemåtferd og konflikhtar, truslar eller andre belastingar i heimemiljøet.

Slike faktorar meinte ho kunne ha innverknad på barnet si åtferd. Forsking har vist at familiestress opprettheld, og aukar internaliserte vanskar over tid (Mathiesen et al., 2009). Familiestress i denne granskinga omfatta mors vanskar med til dømes forhold til partner, helse, arbeid eller bustad. Funna viser at familiestress kan gi næring til utvikling av innovervendt problemåtferd.

Både Frøydis og Fanny var inne på at dei hadde erfaring med, eller hadde tenkt at psykiske problem hos foreldre hadde noko å seie for barnet. Frøydis sa: *Vi tenke at det kanskje er foreldre med psykiske problem, og vurdert kva vi ska gjere.* Sjølv om tanken var der, var det likevel ikkje so mykje framme hos førskulelærarane. Angst og depresjon har innverknad på problemåtferd. Deprimerte mødrer kan vere mindre emosjonelt tilgjengelege for barnet, og oppdragarstilen kan vere meir prega av kritikk (Mathiesen et al., 2009).

Fanny nemnde foreldra sin travle kvardag, som mulig årsak til barn sine problem: *Kanskje foreldre so he det frykteleg travelt, (...) ungane har lange dagar, og det e klart at det kan vere litt av grunnen til at ungar slit med problem.* Ei tolking av denne utsegna kan vere at det blir for lite tid til oppmerksomt nærvær. Hansen (1991) fann at gode samspelssekvensar var karakterisert av nærvær framfor aktivitet, og ho fann haldepunkt for at den intersubjektive dialogen var ein grunnstruktur for forankring av sjølvvet og psykisk utvikling. Dette gjaldt forskning på spedbarn, og ein kan sjølv sagt ikkje trekke direkte parallellar til større barn. Likevel har Stern (2003) sin modell for sjølvvet si utvikling ein føresetnad om at alle områda fortset å eksistere. Ikkje noko vert avslutta i utviklinga. Det kan bety at det er viktig for barna at det er nokon som vil høyre, spørje, lytte, utforske og svare dei, heile førskulealderen.

#### **4.2.4 Helsesøster sine observasjonar av åtferdsuttrykk**

Alle helsesøstrene nemnde sjenanse som noko sentralt i høve til innagerande åtferd. Helene spurte seg om sjenansen kan ha blitt forsterka, og understreka av foreldre eller andre rundt barnet. Ho sa: *”er dette barn som er veldi sjenert og som er blitt, ja, trigga på at det er sjenert. Det har hørt det så mange ganger at det...”*. Om barnet



---

gang på gang får høyre at det er sjenert, vil det prege sjølvbiletet. Foreldre kan ha behov for å forklare eller unnskyldte barnet overfor andre, når dei synest det er for lite frampå, eller ikkje svarar på spørsmål. Zimbardo (1981) drog i tvil den direkte arvelege faktoren. Han hadde meir tru på at sjenanse vart skapt av foreldra sine forventningar, eller at barnet vart tildelt ei rolle, her den stille og sjenerte. På den andre sida er det tidlegare nemnt at Mathiesen et al. (1999) identifiserte vanskedimensjonar knytt til barnets temperamentstrekk hos barn allereie ved 18 månaders alder, og at desse er forholdsvis stabile i barndomen.

Hemma åtferd, eller barn som var tilbaketrekte, ga bekymring om innagerande åtferd. Hildur sa dei stod på utsida av leiken, medan Hanna beskreib dei som stille, dei trekte seg unna andre og fekk ikkje kontakt. Helene brukte også ord som stille, roleg og som det var vanskeleg å få blikkontakt med. Dette handlar om barn som trekkjer seg tilbake og ikkje kjem i kontakt med andre. Hanna hadde møtt tause barn, som kunne kviskre til mor, men som ikkje greidde å seie noko til helsesøster. Hanna hadde registrert at mor tok over og snakka for barnet.

Innagerande åtferd kunne også få eit emosjonelt uttrykk hos enkelte barn.

*Særlig den eine ho hadde ganske mye sinne i forhold til ulike situasjonar der en pusha mye, ganske mye sinne, styr(,,) Å om eg ska kalle det angst for nye situasjonar eller ikkje, det veit ikkje eg, men iallfall en sånn frykt for å gå inn i det de føle de ikkje meistre. (Hanna)*

Mi tolking av dette er at ho opplevde at barnet reagerte emosjonelt, når det ikkje hadde oversikt og kontroll på situasjonen, og ved å bli pressa til å krysse egne grenser. Denne reaksjonen kan tolkast som høgt emosjonelt temperament, som på si side kan føreseie utvikling av internaliserte problem (Mathiesen et al., 2009). Desse erfaringane kan også samanliknast med det Lazarus & Folkman (2006) kalla negative stressfølelsar. Barnet ville nok gjerne meistre i sosiale samanhengar og sette seg mål, men opplevde å bli pressa til å nå dei måla. Det utløyste ein negativ reaksjon av sinne og frustrasjon. Når barn opplever det utfordrande å meistre i sosiale samanhengar, og kanskje opplever å ha sosial angst, kan ein seie at dei er utsette for påkjenningar.

Kontrollert handtering av påkjenning var eit av karakteristika ved utvikling av resiliens (Borge, 2007). Det vil seie at dersom barn blir pressa og utsett for påkjenning som er større enn dei taklar, kan det føre til at dei vert meir sårbare, i staden for å utvikle resiliens.

Helene var merksam på at det også finst barn med psykiske problem: *Vi har barn med angst, ikkje sant, som er stille, rolig, forsagt, er redd, veldig mye sånn og, ... er det en psykisk lidelse? Vi må ikkje gløyme at det er psykiatri blant barna.* Dette viser at helsesøster er kjend med at det er nokre barn som har psykiske problem, og at ho er open for å fange opp desse. Som nemnt ovanfor, får svært få barn i førskulealder hjelp gjennom psykisk helsevern.

#### **4.2.5 Helsesøster si merksemd på risikofaktorar.**

*Og det er enkelte barn som ikkje kommer ut av fanget til mor eller far, som bare klamrer seg rundt halsen, du får ikkje svar, du får ikkje kontakt, det nytter ikkje i det hele tatt. (Helene)*

At barnet ikkje kom ut av fanget til mor eller far, kunne det bety at barnet kjende seg utrygg i høve til det som skulle skje. Det kunne vere at barnet ikkje hadde fått informasjon, eller var nok budd på kva som møtte det. Ei anna mulig forklaring kunne vere utrygg tilknytning. Det kan vise seg gjennom ein klamrande eller ambivalent (C) tilknytning (Killen, 2004). Stern (2003) la vekt på andre sider i samspelet enn berre den emosjonelle tilknytninga, og seier at tilknytning også kan vere ein peikepinn på kvaliteten av forholdet mellom foreldre og barn. Helsesøstera reagerte på barn som ho ikkje fekk kontakt med, men det vart ikkje uttrykt noko klar samanheng med risiko for innagerande åtferd. Helsesøstrene var merksame på samspelet mellom omsorgsgjevar og barn. Helene gjorde observasjonar i samband med vaksining: *Du kan sjå når vi setter vaksiner. Korleis er trøysta? ikkje sant, kva gjer dei med barna sine.. Korleis held du barnet ditt, og korleis opplever du barnet ditt, ikkje sant?* Måten mor trøysta på kan seie noko om sensitiviteten, og korleis ho tolka barnet sine emosjonelle signal. Ved korleis ho fysisk heldt barnet, om det ga fysisk trøyst og tryggleik, eller om det var stor emosjonell avstand mellom omsorgsgjevar og barn.

---

Hanna hadde også tankar omkring mødrer sin sensitivitet: *De har kanskje for store forventningar, ..kvifor kan kje du gjør sånn, for ho gjør sånn. (Hanna)* Hanna kan tolkast slik at ho syntest dei hadde for store forventningar til barnet sitt. Dei hadde oppdaga at barnet ikkje meistra det andre barn meistra, og la press på det i staden for å setje seg inn i deira situasjon. Sensitivitet fortel noko om kor kjenslevar omsorgspersonen er overfor barnet sin sinnstilstand og behov. Hanna reflekterte over at dei kanskje ikkje var så sensitive.

Barn utan struktur eller grenser i kvardagen, meinte Hanna gav grunn til bekymring. Helene spurte seg også om foreldra var tydelege, og sette klare rammer for barna sine. Kanskje dei var slitne og orka ikkje å setje grenser? Ho skulle ynskje at foreldre til sjenerte og tilbaketrekte barn, sette grenser og stilte krav ved å seie: *nei, nå gjør vi sånn og sånn og sånn. Vi har bestemt det sånn, og sånn er det. (Helene)*

Hanna var merksam på dårleg samspel, spesielt i kombinasjon med samhandlingsvanskar i heimen. Helene tok rus og psykiske lidingar fram som døme på forhold som kunne føre til at barn ikkje vart godt i varetatt.

*Å ja, det er barn som er utsette. Psykiske lidelsar ikkje sant, og det er vi meir opptatt av nå, av fødselsdepresjonar. Vi skal jobbe meir med det her i kommunen. Og der ser du at da greier ikkje foreldre å ta vare på barna sine frå starten av, og det verkar inn. (Helene )*

Her ser det ut til at Helene var merksam på at psykiske lidingar kan utgjere ein risiko for barnet si utvikling, og at det skulle vore satsa meir på dette. Hanna sa at dette vart teke opp som tema på dei første konsultasjonane etter fødsel. Hildur nemnde at helsestasjonen snakka om å nytte spørjeskjema til mødrene for å kartlegge fødselsdepresjonar. Gransking har vist at berre 2 prosent av om lag 15 prosent som vert ramma av fødselsdepresjon vert oppdaga av helsestasjonen (Glavin, 2007).

#### 4.2.6 Samanlikning av førskulelærarar og helsesøster sine observasjonar

Det såg ut til at informantane hadde høg terskel for å nytte omgrepet innagerande åtferd. Både førskulelærarar og helsesøstrer var opptekne av sjenanse, men var usikre på om det var innanfor omgrepet innagerande åtferd. Det var ingen som rekna sjenanse som risikofaktor for utvikling av problemåtferd. Dei sa at dei hadde lita erfaring med innagerande åtferd, men beskreib likevel slik åtferd. Det var delte meiningar om innagerande åtferd hemma læring og utvikling, både mellom førskulelærarar og helsesøstrer. Dette kan seie noko om kva dei definerar som problemåtferd, og kva dei finn grunn til å ta tak i. Helsesøstrene såg ut til å ha høgast terskel for bruk av omgrepet.

Materialet viser at førskulelærarane hadde eit variert, og beskrivande uttrykk for korleis dei opplevde teikn til innagerande åtferd. Dei hadde sett både emosjonelle problem, sjenanse, vanskar med sjølvheving, samspelsvanskar, hemma åtferd, tilbaketrekking og tause barn. Dette kan tyde på at førskulelærarar har stor føresetnad for å kunne seie noko om kva barn som viser teikn til innagerande åtferd. Helsesøstrer sine observasjonar kan summerast i sjenanse, emosjonelle problem, tilbaketrekt åtferd og tause barn. Det ser ut til at det ikkje er like lett for helsesøstrer å danne seg eit bilete av barnet si åtferd. Kontroll hos helsesøster er ein kunstig situasjon med lite tid. Opplysningar om barnet blir gitt av foreldre, og kan vere prega av deira oppfatningar og forklaringar. Det såg ut til at det skulle mykje til før helsesøster reagerte på åtferda til barnet.

Ei helsesøster hadde også gjort observasjonar av barn med emosjonelle reaksjonar. Det kunne tolkast til å omhandle trekk hos barnets temperament, som vert rekna som risikofaktor for utvikling av problemåtferd (Mathiesen et al., 2009). Helsesøstrene såg at barnet sitt temperament kunne påverke kvaliteten i samspelet, og reagerte på åtferd som var annleis. Det kom ikkje fram noko klart medvit om samanheng mellom temperamentstrekka og utvikling av innagerande åtferd. Derimot la ei helsesøster vekt på at det finns psykiske problem blant barn. Dette kan vere eit uttrykk for at desse

---

institusjonane er knytte til ulike profesjonar. Helsestasjonen har tettare band til helse, både somatisk og psykisk helsevern, medan førskulelærarane er knytt til pedagogisk tradisjon, og har fokus på barnehagen som pedagogisk verksemd. Dette kan vere ei mulig forklaring på at omgrepet innagerande åtferd kunne verke framandt for helsesøstrene. Dei såg meir etter psykiske problem. Nordahl et al. (2007) peika på at omgrepa vert brukt ulikt innanfor ulike disiplinar, og at dette kan vere ei utfordring i høve til å identifisere risikobarn så tidleg som råd, innanfor ulike etatar og fagfelt.

Undersøkinga viser at førskulelærarane hadde gjort observasjonar, og reagert på einskilde foreldre eller episodar, men ikkje alle uttrykte klare tankar rundt samspelet mellom omsorgsgjevar og barn. Ein førskulelærer var særleg merksam på å registrere samspelet, der ho fanga opp blick og signal frå barn og foreldre. Ved konkrete spørsmål om observasjonar knytt til dei ulike dimensjonane, sensitivitet, struktur, involvering og innstilling (Kvelling, 2008), viste det seg at førskulelærarane i stor grad hadde slike observasjonar. Likevel var det ikkje slik at dei var klar over at samspelet kunne hjelpe dei til å sjå teikn til innagerande åtferd. Det var meir slik at når dei fekk konkrete spørsmål, kunne dei ta fram konkrete dømer, utan klar samanheng mellom observasjonane og innagerande åtferd.

Dette kan også seiast i større grad om helsesøstrene. Helsesøstrene ser ut til å ha eit stort fokus på samspelet mellom omsorgsgjevar og barn gjennom alle kontrollane opp gjennom småbarnsalderen, og det vart gjort observasjonar omkring tilknytingsstil og kvalitet på samspel. Dei ga uttrykk for at dette var viktig, utan at det kom fram medvit om samanhengar mellom kvalitet i samspelet og innagerande problemåtferd. I det korte møtet fekk helsesøstrene eit visst inntrykk av både struktur, sensitivitet, involvering og innstilling. Dei gjorde også observasjonar av tilfelle der kvaliteten på samspelet ikkje var godt, utan å knyte det til risiko for utvikling av innagerande åtferd. Hanna såg det mest i ettertid, når innagerande åtferd hadde utvikla seg. Eit unnatak var at både førskulelærer og helsesøster hadde ei forståing av at ein ettergivande oppdragarstil med utydelege vaksne, var uheldig og kunne ha samanheng med innagerande problemåtferd.

## 4.3 Tiltak i arbeid med innagerande åtferd

Her skal vi sjå på kva førskulelærarar og helsesøstrer nemnde som førebyggjande tiltak, eller metodar for å møte behova til barn med teikn til innagerande åtferd. Funna hos førskulelærarane vert presentert først.

### 4.3.1 Førskulelærar sine arbeidsmetodar

Førskulelærarane var opptekne av å ha eit nært og godt samarbeid med foreldra. Det var ikkje alltid foreldre og førskulelærar såg det same. Fanny var inne på at barn kunne oppføre seg annleis heime der dei var trygge, enn i barnehagen der dei skulle klare seg meir sjølve. Frida syntest det var viktig å vere ærleg, og setje ord på det ein såg i barnehagen. Ho meinte det var viktig å ha med seg foreldra og spele på lag med dei. Rammeplanen gir også føringar for dette samarbeidet. Det skal vere prega av gjensidig respekt og anerkjenning av kvarandre sitt ansvar og oppgåve (Kunnskapsdept, 2006).

*Men det er no i hovudsak dette med trygghet, tenke eg då. Trygghet og tillit til oss vaksne i første omgang og så til ungane, eg føle det er veldig viktig. Føle seg trygge og sett i barnehagen. (Frøydis)*

Frøydis var oppteken av det grunnleggjande behovet å kjenne seg trygg. Å byrje i barnehage kan vere ei utfordring. Særleg for dei forsiktige barna, eller dei som ikkje har etablert ei trygg tilknytning til dei nærmaste omsorgspersonane. Innagerande barn vert av Frøydis omtala som at *dei er veldig avhengig av å ha en sånn voksen som betyr mykje for dei, i forhold til dei ungane som er mykje tryggare. Dei er ikkje det so nøye med, virka det som*. Frøydis såg eit anna behov for tryggleik og tilknytning hos dei stille barna, og var medviten på å skape tillit og tryggleik i relasjonen mellom barn og personale. Tilknytning er ei form for sjølvoppleving gjennom gjensidig samspel. Dei sosiale opplevingane kan ikkje eksistere utan at dei blir forsterka, eller vedlikehaldne av ein annan persons handling eller nærvær (Stern, 2003). Det kan bety at det uansett er viktig for eit barn å ha eit gjensidig samspel med andre. Dei stille og forsiktige barna tek ofte lite kontakt, og står i fare for å verte usynlege både for barn og vaksne.

---

Det er difor eit paradoks at dei stille, som ikkje tek kontakt, som ikkje viser initiativ, som står i fare for å verte usynlige både for barn og vaksne, kanskje har størst behov for denne stadfestinga på at dei blir sett, høyrte og sett pris på.

Ropeid (2008) stiller spørsmål om barn som har store kontaktproblem heime, er i stand til å utnytte høva til kontakt og tilknytning som barnehagetilbodet er forventa å gi. Ho viste til at dei barna som mangla den nødvendige trygge tilknytninga til sine primære omsorgspersonar, kunne risikere å få forsterka desse problema gjennom eit vanleg barnehagetilbod.

Dette kan nok vere tilfelle dersom ikkje personalet er medvitne på tilknytning og tryggleik, eller brukar tid på å etablere tillit og relasjon til desse barna. Barnehagen kan vere eit supplement, og ein beskyttande faktor. Ein nær relasjon til ein omsorgsperson utanfor heimen har vist seg å utgjere ein stor forskjell for barn i risiko (Waaktaar et al., 2007). At dette har betydning for utvikling av resiliens, viser at det kan vere rett å bruke tid og innsats for å opprette ein nær relasjon mellom barn og personale i barnehagen. Personalet sin funksjon som tilknytingsperson kan vere viktig, men er avgrensa i tid. Foreldre er dei viktigaste omsorgspersonane for barnet. Like viktig som å knyte barnet til tilsette i barnehagen, er styrking av samspelet med foreldre. Det tek tid å etablere trygg tilknytning. Dei indre strukturane endrar seg som resultat av samspelet med omgjevnadane over tid (Bowlby, 1995). Erfaringar i samspelet dannar grunnlaget for tilknytingsstil. Hansen (1991) peika på det grunnleggande, at barnet deler felles fokus på merksemd og felles intensjonar og emosjonar med andre. Dette stiller krav til emosjonelt samspel både hos barn og omsorgsperson. Dette krev tid og fokusert merksemd med det enkelte barn. Å få nødvendig tid til slikt samspel, kan vere ei utfordring i ein barnehagekvardag. Ein medviten innsats av personale, og styrka personalressurs vil truleg vere nødvendig.

Fanny ser ut til å bruke ein fast vaksen, og ei lita gruppe barn som tiltak for barn med teikn til innagerande åtferd.

*Kanskje en finn ut at det barnet skal ha en fast tilknytningsperson i ei periode, kanskje ein lagar ei gruppe rundt det med andre barn som en ser at dei vil fungere bra i. Dette at en kan dele gruppa i mindre gruppe. (Fanny)*

Dei la til rette for gode høve til meistringsopplevingar i trygge smågrupper. Dette kunne verke meir oversiktleg, og mindre truande for barnet. Barnet kunne leike meir avslappa, utan å nytte tilbaketrekkingstrategiar for å meistre situasjonen. Lazarus & Folkman (2006) seier at når ein til dømes vert fornødd, vil det fremje angst eller tilbaketrekking, dersom ein samstundes oppfattar seg som hjelpeløs. Han meinte at følelsane ikkje kan skiljast frå meistring, fordi dei er overordna og legg føringar for korleis ein meistrar. Positive erfaringar i samspel med andre bygger positiv sjølvkjensle. Slik kan det legge føringar for ein positiv spiral, i motsetnad til den destruktive spiralen av negative sjølvopplevingar, som vart beskriven av Folkman (1999).

Å oppleve ei kjensle av tilhøyr i fellesskapet som blir skapt i samlingsstunda, kan vere ein måte å styrke sjølvkjensla på. Her kan barn få sjansen til å vise seg fram, og verte sett og akseptert. Frøydís sa om samlingsstunda at *det skal vere eit fellesskap, men også en plass der du kanskje skal ha en sjanse til å vise deg litt fram*. Ho meinte at ved å få fokus på seg av og til, ville det gjere dei tryggare i slike situasjonar også. Dette kan ein forstå som trening i sjølvheving, som er ei sosial ferdigheit (Ogden, 2006). Andre døme var å gjere dei stille barna synlege for andre. Informanten kalla det å heve statusen deira, ved å gi dei oppgåver som til dømes å hente ein mjølkekartong. Ved at personalet bevisst ga oppgåver til dei stille, vart desse barna gjort synlege og betydelege. Strukturerte situasjonar som var styrte av vaksne gav tryggleik.

Frida brukte leik som tiltak, der vaksne var tilstade, og kunne gi barn med innovervendt åtferd støtte til meistringsopplevingar i samspel med andre.

*Du kan ville lære dei so mykje du vil, men viss ikkje dei he sjølvfølelsen sin i orden, og kor en skal ta kontakt og oppretthalde kontakt, so hjelp ikkje det kor mykje en vil, (he-he) prøve å lære dei. (Frida)*



---

Frida la vekt på positiv sjølvkjensle, og ferdigheiter i å kunne ta kontakt oppretthalde kontakt med andre. Ogden (2006) sin definisjon av sosial kompetanse, inneber å kunne etablere og vedlikehalde sosiale relasjonar. Lav sjølvoppfatning eller dårleg sjølvkjensle er eit kjerneproblem knytt til innagerande åtferd (Sørli & Nordahl, 1998; Zimbardo, 1981; Folkmann, 1999). Arbeid med å styrkje sjølvkjensla til barnet kan fremje tru på seg sjølv, som igjen fremjar sjølvhevding. På den andre sida vert sjølvhevding lagt mest vekt på for å førebygge tilbaketrekking (Meichenbaum, 1977, ref. i Ogden, 2006). Metaundersøkingar viser at nettopp sosial ferdigheitstrening har stor effekt (Beelmann, Pfingsten & Løsel, 1994). Her kan det sjå ut som ei tosidig satsing mot sosial kompetanse, på den eine sida gir barn positiv sjølvkjensle som grunnlag for sjølvhevding, og på den andre sida sosial ferdigheitstrening for å styrke sjølvhevding.

To av førskulelærarane såg på struktur som verkemiddel, med tanke på både utagerande og innagerande åtferd. Frida sa: *Eg har jobba veldig bevisst på at vi har struktur og rammer, at ungar treng veldig tydelige rammer og grenser, for å få fram det beste i dei*. Frida var generelt opptatt av dette med positiv effekt, både på utagerande og innagerande åtferd. Frida var bevisst på at barn treng struktur og rammer, og at vaksne måtte vere tydelege i vaksenrolla ved å vere trygg, stabil, føreseieleg og rettferdig. Trygge rammer gjorde barna trygge. Det ser ut til at ho såg behov for å skape tryggleik, både for dei stille og forsiktige, og for barn som trengde klare grenser for å styre aktiviteten i positive former. Frida nemnde også grensesetting. Dette er i tråd med underpunkta i dimensjonen strukturering. Strukturering er ein av fire dimensjonar i samspelet mellom vaksne og barn. Dei omhandlar rutinar, grensesetting, tilsyn og stimulering (Kvelling, 2008). Kvaliteten på samspelet mellom barn og personale i barnehagen har betydning for kvaliteten på tilbodet. Rammeplanen (Kunnskapsdept, 2006) held fram at læring vil vere prega av kvaliteten i samspelet mellom barn og personale. Personalets handlingar og haldningar er avgjerande for barnet sine læringserfaringar og sjølvoppfatning. Her kan ein seie at det vart brukt medvite som eit generelt førebyggjande tiltak.

Av og til kunne førskulelærar reagere emosjonelt på oppdragarstil og hendingar mellom foreldre og barn. Frida gav uttrykk for at det var vanskeleg å rettleie foreldre i ein slik samanheng: *Det er so direkte og personlig på en måte, veilede foreldre i forhold til sånne ting, ikkje sant? Sjølv om ein ser at det ikkje er heldig for ungen.(Frida)*. Ho opplevde det som eit uttrykk for at foreldra var usikre. Fanny hadde også tankar om at det ikkje er førskulelærar si oppgåve å oppdra foreldre, men at ein samtidig må sørgje for at barnet har det så godt som mogeleg. Når førskulelærar såg ting hos foreldre som skulle vore annleis, opplevde dei det vanskeleg å ta tak i. Frøydis skilde mellom årsakene til innagerande åtferd, at det anten kunne ligge i personlegdomen eller heimeforhold. Dette meinte ho kunne vere grunn til å ta omsyn til, med tanke på kva tiltak ein valde å setje inn. Ho skilde mellom kva ein kan jobbe med i barnehagen, og ikkje. Dersom det var ting i heimen som bekymra, fann ho det meir naturleg å ta kontakt med barnevernstenesta. Ingen av førskulelærarane nemnde helsestasjon eller foreldrerettleiingsprogram.

#### **4.3.2 Helsesøster sine arbeidsmetodar**

I Veilederen (Sosial og Helsedirektoratet, 2004) er det sett opp tema for rettleiing ved dei ulike konsultasjonane. Det var difor naturleg at helsesøstre tok fram foreldrerettleiing som tiltak. Det vart teke fram mest generelle tiltak for førebygging gjennom å fokusere på samspel, utan at det var direkte knytt til innagerande åtferd. Helsesøstre nemnde foreldreførebuande kurs, med mellom anna fokus på samspel og tilknytning.

*Og so er der et foreldrerettleiingsprogram som heite "Åtte tema for godt samspill". En del av konsultasjonane er lagt opp som gruppekonsultasjon, der me prøve å snakka litt meir om samspel,... at det med tilknytning, barnet skal ha en trygg tilknytning.. (Hanna)*

Hanna hadde erfaring med gruppekonsultasjonar etter fødsel, der temaet var samspel. Dette var allmenn førebygging, og ikkje eit tiltak i høve til problemåtferd. Denne helsestasjonen hadde arbeidd bevisst med slike grupper over tid, og var nøgde med

---

tiltaket. I enkelte tilfelle, der det var tvil om samspelet var godt nok, hadde det vore sett inn tiltak i heimen, via barnevernstenesta.

Helsesøstrene tok fram grensesetting og struktur som tema for foreldrerådgeving. Hildur brukte det i samtale, ved å ta tak i det foreldra fortalde. Ho meinte det kunne skape ein enklare kvardag for foreldra, i tillegg til at det var bra for barna. Helene var tydeleg i kva ho meinte om det å skape struktur for barna. Ho sa at *barna må ha rammer. Det er det som er foreldre ikkje sant, dei er vegvisarar. Men eg spør mange gonger: "vil dere ha råd?" (Helene)*. Sjølv om denne helsesøstera hadde ei klar oppfatning av kva som var det beste, spurte ho likevel om dei ville ha råd. Ho ga ikkje råd utan at dei var interessert og ville ha hjelp. Ho gjekk forsiktig fram, og fekk kanskje foreldre til å reflektere over eigen praksis. Ved å gjere foreldra bevisste på kva dei ville oppnå, kunne foreldra greie å forandre på situasjonen i kvardagen. Studiar peikar på at kvaliteten i interaksjonen mellom omsorgsgjevar og barn har innverknad på barns psykologiske og sosiale utvikling (Rye, 2007). Ein trygg tilnytingsstil er ein av dei beste føresetnadane for å kunne gi ei god psykososial utvikling. Såleis er desse generelle tiltaka som helsesøster nytta, vesentlege også i høve til innagerande åtferd. Andre beskyttande faktorar nemnt i forskning, er ein nær relasjon til vaksne utanom familien, og sosial støtte til mor. Dette vart ikkje nemnt av helsesøstrene. Derimot såg helsesøstrene på barnehagen som eit tiltak for at barn skulle etablere sosial kompetanse. Helsesøstrene skreiv tilråding om plass i barnehage for forsiktige barn. Dette var for å få trening i sosialt samspel.

*Og klart at viss en henviser til ppt so kan en få meir ressursar inn i barnegruppa, slik at en kan få styrka personalsituasjonen, og lettare kan få dele opp i mindre grupper, for barnet som trenger det. ( Hanna)*

Dette tolkar eg slik at Hanna hadde innsikt i barnehagekvardagen. Ho var realistisk og såg at det kunne vere nødvendig å styrke personalet for å kunne gi dei innovervende barna eit tilbod som kunne hjelpe dei til å utvikle seg positivt.

Helsesøstrene sette opp ekstra konsultasjonar dersom det var noko som skapte bekymring ved barnet eller barnet si åtferd. Elles meinte Hanna at det var viktig å

erkjenne manglande kompetanse, og vise barn og foreldre vidare i systemet. Ho sa: *Når det blir slike samansette saker, då er ikkje det nok berre å snakka med helsesøster og snakke om samspill, det er ikkje det. Det må vidare i systemet.* Det ser ut til at ho har sett at det må andre tiltak til enn å snakke om samspel, når problema blir store nok. Helene sa at det var vanleg at lege ved helsestasjonen tilviste saker til BUP, medan ho viste til ulike tiltak for foreldrerettleiing. Ho meinte at kommunen hadde mange tiltak å tilby. Av tiltak som kunne vere aktuelt å vise til, nemnde ho ICDP<sup>1</sup>, PMTO<sup>2</sup>, BAPP<sup>3</sup>-grupper og Marte Meo<sup>4</sup>, og konkluderte med at dei som vil ha hjelp, dei får hjelp. Det viste seg at det vart helst brukt tiltak i høve til utagerande åtferd. På spørsmål om kva tiltak som vart brukt med tanke på innagerande åtferd, svara Helene: *Dei stille har ikkje bedt om hjelp, dei har ikkje det. (...tenkepause....) Det er spennande ikkje sant? Vi har ikkje gjort noko med dei som var veldig sjenerte. Jo, disse her litt engstelige,..vi har hatt nokon inne og hatt samtale med pedagog fra BUP.* Det såg ut til å sette i gang refleksjon at det var tilvist og nytta tiltak i høve utagerande åtferd, men ikkje innagerande åtferd. Det stadfestar at helsesøstrene hadde ein høg terskel for å nytte omgrepet innagerande åtferd, og i å ta tak i problema. Det var interessant at grunngjevinga for at dei ikkje hadde fått hjelp, var at dei ikkje hadde bedt om det. I denne undersøkinga kom det fram at nettopp det kunne kjenneteikne barn som viser teikn til innagerande åtferd. Det er lite sannsynleg at desse er dei første som kjem til helsestasjonen for å be om hjelp. Innagerande åtferd er truleg meir til plage for eleven sjølv enn miljøet rundt (Sørli & Nordahl, 1998). Det kan kanskje vere ei medverkande årsak til at det ikkje vert sett i verk tiltak, det er ikkje problem

---

<sup>1</sup> International Child Development Programme (ICDP) fokuserar på foreldra sine ressursar. Måla er å fremje positiv oppfatning av og haldning til barnet, fremje eit positivt følelsmessig samspel, vektlegge omsorgsgjevares veiledande og pedagogiske rolle (Hundeide, 2001)

<sup>2</sup> Parent Management Training Oregon (PMTO) beregnet på familier som har barn med alvorlege atferdsvansker. Mål å redusere aggressiv åtferd og fremje positiv utvikling. PMTO er både foreldreveilednings- og behandlingsmetode (Vannebo, 2007)

<sup>3</sup> Barn av foreldre med psykiske problem og rusproblem (BAPP)-grupper. Mål: Førebygge alvorlege psykiske problem hos barn som følge av psykisk problem eller rusproblem hos en eller begge foreldrene (Børstad, 2005).

<sup>4</sup> Marte Meo betyr "av egen kraft". Foreldreveiledning med bruk av Marte Meo-metoden er å identifisere og deretter aktivere og utvikle ferdigheiter som betrar konstruktiv samhandling og utvikling i familien, ved hjelp av video-opptak (Vannebo, 2007).

---

for andre, og det kan sjå ut til at det skal mykje til før åtferda vert rekna som hemmande for barnet si læring og utvikling.

Tiltaket som var direkte relatert til barn som viser teikn til innagerande åtferd, var Hanna sine refleksjonar rundt desse barna. Ho sa: *Dei treng å puffast, men i så små skritt at ein ikkje skubbar dei overende, desse borna treng å bli puffa framover gradvis, i trygge former.* Når Hanna snakka om desse puffa, var ho oppteken av å ikkje skubbe for mykje. Ho hadde fylgt barn opp igjennom alderen, og kunne sjå korleis dei utvikla seg. Ho hadde erfaring med at om dei vart puffa for hardt, kunne situasjonen låse seg og dei kom ikkje vidare. For å unngå nederlag, meinte ho det var viktig å ikkje lage skritta for store, ved at det vart stilt overkomelege krav og forventningar til kva barnet skulle meistre. Det kunne også vere at foreldre over år hadde hatt så mange negative opplevingar, at dei i utgangspunktet var litt pessimistiske, utan forventningar til at ting skulle gå bra.

### **4.3.3 Samanlikning av barnehagen og helsestasjonen sine tiltak**

Førskulelærarane sine tiltak var retta mot barnet, og korleis det betre kunne fungere i leik og samhandling med andre. Dei danna smågrupper, gjerne med ein fast vaksen for å skape trygge rammer. Her kunne barnet delta, utforske og vere synleg for andre, og slik kunne få positiv sjølvkjensle og utvikle sosiale ferdigheiter. Ein førskulelærer la vekt på tryggleik og tilknytning. Alle tok fram at det var viktig å spele på lag med foreldre.

Arbeidsmetoden til helsesøstrene var i stor grad foreldrerettleiing i konsultasjonane, og å kalle inn til oppfølgjande konsultasjonar. Samspelet mellom foreldre og barn, grensesetting og rutinar var nemnt som tema. Ei helsesøster hadde reflektert over at barn trengde trygge puff til å ta utfordring og oppleve meistring. Tiltråding om barnehageplass vart brukt der helsesøster fann det nødvendig å auke barnet sine høve til sosialt samspel. Elles kunne helsesøster gi tilbod om kommunen sine tiltak i høve til foreldrerettleiing. Det kunne sjå ut til at dette vart gjort når det hadde utvikla seg til uttalte problem, og det var utan unntak brukt i høve utagerande åtferd.

Ein ser at institusjonane har ulike høve til å arbeide med innagerande åtferd. Barnehagen set inn tiltak på eit tidleg stadium, retta mot barnet si sosiale fungering, medan helsestasjonen nyttar generell foreldrerådgeving om tilknytning, samspel og oppdragarstil. Her ser det ut til at det skal meir til før det blir reagert og sett i verk tiltak. Dette kan ha samanheng med i kva grad det vert definert som problem, og i kva grad dei har høve til å fange opp teikn til innagerande åtferd.

Materialet tyder på at barnehagen har kompetanse på, og nyttar allsidige tiltak i høve til sjenerte og tilbaketrekte barn. Helsestasjonen har høve til å fange opp barn med manglande samspel, og rettar sin førebyggjande innsats mot å fremje positivt samspel og trygg tilknytning. Barn som byrjar i barnehagen utan å ha etablert trygg tilknytning, kan ha behov for særleg tilrettelegging. Dei har behov for omsorgsfulle vaksne som er merksam på barnet sitt behov for tilknytning. Barn med høg sjenanse, eller emosjonalitet og i tillegg utrygg tilknytning, kan vere spesielt sårbare. Heimeforhold med vedvarande depresjon eller konflikt kan i tillegg auke risikoen (Mathiesen et al., 2009). Det ser ikkje ut til at nokon fangar det totale biletet av desse forholda, ut frå funna i dette materialet.

Nyare teoretisering av meistring, resiliens og utviklingsvegar til sosial kompetanse har understreka kompleksiteten av prosessane som avgjer utvikling av resiliens. Generaliserte miljøfaktorar som gode foreldreferdigheiter, god sosial støtte frå familie og venner er faktorar som blir assosiert med god sosial fungering blant barn ,og ungdom som lever med motgang og belastning (Mathiesen & Prior, 2006). Dette kan tilseie at ein tverrfagleg og heilskapleg innsats er tenleg.

## 4.4 Tverrfagleg samarbeid

Her skal det handle om i kva grad desse instansane samarbeider om dette arbeidet. I intervjuet vart det også stilt spørsmål om samarbeidspartar generelt. Samarbeidet kunne gjelde både direkte samarbeid mellom barnehage og helsestasjon, og tverrfaglege fora desse er ein del av. Tverrfagleg samarbeid er at fleire yrkesgrupper

---

arbeider saman mot eit felles mål (Glavin & , 2007). Felles problemforståing er ein viktig faktor for felles målsetting. God samhandling blir kjenneteikna av ei gjensidig utveksling av informasjon og kompetanse, samt at dei ulike instansane veit kva som er deira oppgåver og ansvar (Agledal, 2006).

#### 4.4.1 Forståing av eiga og andre si rolle

Her ser eg på førskulelærarar og helsesøster si oppfatning av barnehagen og helsestasjonen sine oppgåver og ansvar. Deretter drøftar eg funn i dette prosjektet mot rammeplan og forskrifter.

Førskulelærarane var medvitne om sin eigen kompetanse på barn og barn si utvikling. Dei meinte også at dei hadde god kjennskap til dei einskilde barna. Dei hadde brei erfaring, og mange å samanlikne med. Frida seier at *det er jo vi som ser ungene daglig...* Ho meinte difor at det viktigaste var bevisstgjeriing i barnehagen, og at ein i barnehagen greier å uttrykkje kva utfordringar og behov barnet har. Ein førskulelærar meinte at *vi kunne vere nyttig for helsestasjonane, for vi ser ungene heile tida, i mange forskjellige situasjonar. (Fanny)*. Ho trudde at det ikkje var lett å oppdage innagerande åtferd for helsesøster ut frå eit kort møte, fordi det var naturleg for barn å vere reservert i ein slik situasjon. Ho såg at førskulelærarane sine observasjonar kunne vere nyttige.

Alle førskulelærarane tok fram at helsesøster ser barna lite. Faste kontrollar i førskulealder er toårs, fireårs og førskulekontroll, der det er avsett maksimum ein time ved kvar konsultasjon. Det kom også fram at førskulelærarane hadde ei forståing av at helsesøstrene var mest opptatt av at barn veks og legg på seg, av syn og hørsel, og av å sette vaksiner. Dei drog i tvil kor mykje tid og muligheit dei hadde til å finne ut korleis barnet elles fungerte. Frøydis sa: *So eg føle deira rolle er mykje dette her med kosthald og med råd om forskjellig.*

Helsesøstrene tok fram at dei følgjer oppsett plan for kva dei skal spørje om, og kva tema dei skal innom ved ein konsultasjon. Hanna sa at Helsestasjonsboka og

journalen var ei hjelp til å følgje opp heile barnet. Ho prøvde å følgje dei tema som var anbefalt ved dei ulike kontrollane. Elles var helsesøstrene opptekne av at helsestasjonen skulle vere tilgjengeleg for foreldre, og at det var ein lav terskel for å ta kontakt.

Helsesøstrer hadde stor tillit til førskulelærar sine høve til å sjå barna, og til å kartlegge åtferd. Hanna sa at *eg trur en førskulelærar vil sjå det litt meir enn det vi gjer, som har dei en time her*. Samtidig syntest Helene at det var trygt å vite at barnet var i barnehage, dersom det var eit barn ho var bekymra for. Fleire av helsesøstrene hadde god innsikt i barnehagekvardagen, og syntest at dei var flinke til å ta tak i problema når dei såg tendensar til innagerande åtferd.

Barnehagen si oppgåve ut frå Rammeplanen er mellom anna å gi barn utfordringar som er tilpassa barn sitt utviklingsnivå og alder (Kunnskapsdept, 2006).

Rammeplanen seier at barnehagen har eit særleg ansvar for å førebygge vanskar og å oppdage barn med særskilde behov, og at barn som ikkje deltek i leik må gjevast særleg oppfølging. Barnehagen må også legge til rette for kompensierende tiltak for barn som opplever eigen barndom som konfliktfylt og vanskeleg, i eit tverrfagleg samarbeid med andre hjelpeinstansar. Førskulelærarane sine utsegner viser at dei er observante på barn som er stille og tilbaketrekte, og som fell utanfor i leiken. I barnehagen vert det også nytta ulike tiltak, for å hjelpe desse borna til å meistre sosialt samspel med andre. Det var derimot berre ein av førskulelærarane som responderte på om det var forhold i heimemiljøet, omsorg eller oppdragarstil som kunne skape bekymring. Frøydis svarte: *Ja det er klart at viss dei lever med, ja miljø med mykje konfliktar, truslar og sånn, so tenkjer du jo at en unge kan verte innadvendt eller nervøs*. Dette viser at ho var merksam på at det er ei påkjenning for barn å leve med konfliktar og truslar, og ho knytte det direkte til risiko for å utvikle innagerande åtferd. Desse tankane er i samsvar med Mathiesen et al. (2009) sine funn. Denne studien tyder på at familiestress var den faktoren som viste seg å oppretthalde og endå til auke internaliserte vanskar over tid. Dei andre førskulelærarane hadde døme på ting i heimemiljøet, eller ved omsorga som dei hadde reagert på, men dei ga ikkje det



---

same uttrykket for at dette var noko som opptok dei, eller som dei ville gå inn i. Dei hadde fokus på barnet og kva dei kunne gjere i barnehagen : *Barnehagen er veldig sånn her og no, vi skal jo sørge for at barnet har det godt i barnehagen, samtidig skal ikkje vi gå og sjå på eit barn som ikkje har det godt, utan å gå vidare med det.* (Fanny). Eg tolka dette som at ho hadde ei erkjenning av at ein skal formidle det vidare dersom ein finn grunn til å reagere på til dømes barnet sine heimeforhold, i samsvar med pålagt opplysningsplikt til barnevernet (Kunnskapsdepartementet, 2006).

Ut frå Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetenesta (2003), har helsestasjonen ei tredelt oppgåve: Formålet ut frå forskrifta er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og førebygge sjukdomar og skadar. Oppgåvene er konkretiserte til å omfatte helseundersøkingar og rådgjeving, med oppfølging og tilvising ved behov. Det er også utdjupa i Veileder (Sosial- og helsedepartementet, 2004) at tilbodet i helsestasjonen skal omfatte førebyggjande psykososialt arbeid. Dette prosjektet kan tyde på at helsesøstrer er merksame på samspel, og deira erfaring gjer at dei reagerar dersom dei ikkje møter blikket, eller får til ein samspel med barnet. Dei såg barnet si åtferd og vurderte den i forhold til kvalitet i samspel med omsorgsgjevar. Helsesøstrene med lengst erfaring skilde seg ut med å vere observante, i høve til samspelet mellom foreldre og barn. Dei gjorde observasjonar som kunne seie noko om tilknytingsstil og kvalitet i samspelet mellom omsorgsgjevar og barn. Dei var merksame, og har eit målretta fokus ut frå dei ulike tema dei skulle innom etter anbefalt helsestasjonsprogram. Det såg derimot ikkje ut til at helsesøstrene hadde ei medviten merksemd mot risikofaktorar for utvikling av innagerande åtferd. Det kunne det sjå ut til at manglande kompetanse var medverkande årsak til dette. Ei helsesøster sa at ho ikkje visste så mykje om risikofaktorar, ho såg og reflekterte over samanhengar i ettertid.

Både ut frå Forskrift, Veileder og ut frå det som kom fram om helsesøster sitt arbeid i dette prosjektet, har førskulelærarane ei altfor snever oppfatning av kva oppgåver som høyrer til helsestasjonsarbeidet. Dei hadde ei meining om at helsesøster hadde fokus

på det fysiske, og ikkje hadde verken tid til, eller var oppteken av andre sider ved barnet si utvikling. Ved å sjå på Anbefalt helsestasjonsprogram, vedlegg til Veileder (Sosial og helsedepartementet, 2004), ser ein at der er mange oppgåver som går på helseundersøkingar av barnet. Desse er konkrete og har klare retningslinjer for oppfølging og tilvising. Det ligg anbefalingar om å førebygge psykososiale vanskar, men desse er likevel ikkje konkretiserte i same grad. Førskulelærarane si meining eller oppleving bør kunne justerast gjennom informasjon. Ein kan likevel ikkje ta frå dei ei slik oppfatning, dersom dei har erfaringar som underbygg denne.

Førskulelærarane kunne ha rett i at helsesøstrene såg svært lite av barna, i høve til førskulelærarane. Førskulelærarane hadde såleis eit mykje breiare grunnlag for å kunne seie noko om barnet sitt åtferdsuttrykk. I tillegg gjorde dei observasjonar av samspelet mellom foreldre og barn. Materialet viser at det er skilnad på kor mykje dei reflekterte over observasjonane, og kor merksame dei var på signala om kvaliteten på dette samspelet.

Helsesøstrene hadde tillit til førskulelærer sin kompetanse, og det kan sjå ut til at dei hadde ei realistisk oppfatning av oppgåver og ansvar i barnehagen. For å danne eit fundament for tverrfagleg samarbeid, kan det vere nødvendig at ein er klar over både eigne og andre sine oppgåver, og har realistiske forventningar til å nå eit mål. For å etablere, og få eit samarbeid til å fungere er det nødvendig å ha felles mål, basert på ei felles problemforståing. Det er ikkje eit spørsmål om å skulle yte kvarandre tenester i arbeidet, målet må vere å fange opp barn tidleg, for å kunne gi felles innsats mot utvikling av psykososiale vanskar.

#### **4.4.2 Kven samarbeider førskulelærer med?**

Her vert samarbeidspartar som førskulelærarane tok fram i arbeid med kartlegging av og tiltak for barn som viser teikn til innagerande åtferd presentert.

Det viktigaste kartleggingsarbeidet i barnehagane var basert på personalet sine observasjonar. Samarbeidspartar som vart nemnde var Pedagogisk-psykologisk teneste (PPT), barnevernstenesta, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

---

og helsestasjonen. Enkelte hadde og kontakt med logoped, eller ulike kompetansesenter.

Ein førskulelærer sa dei generelt var snare til å ta kontakt med PPT, fordi dei meinte det kunne vere lurt at utanforståande observerar og kartlegg, medan andre syntes det var viktig å vere bevisst på eigen kompetanse. Nokre prøvde tiltak i barnehagen først, og var ikkje var so snar til å ta kontakt med andre samarbeidspartar. Frøydis meinte at barnevernstenesta var ein naturleg samarbeidspart, dersom det var noko i heimen som var problemet. Ho hadde eit døme med eit barn som viste utagerande åtferd, og meinte at dei ville ha gjort det same om det gjaldt innagerande åtferd. Ho hadde rett nok ein føresetnad om at *viss dei såg...*so ville dei ha gjort det same. Ho uttalte i ein annan samanheng at *det er kanskje lett å tenkje at dei berre er still og sånn, at det er utrulig mykje lettare å gripe fatt i dei som er utagerande enn dei som er innagerande.* Eg tolkar det som at ho er medviten om at det er vanskeleg å gripe tak i dei innagerande barna, og at den merksemda kan gjere henne rusta til å både sjå og handle.

Fanny såg BUP som ein naturleg samarbeidspart i slike saker, men hadde ikkje vore i kontakt med dei. Frida hadde nytta seg av eit tilbod som BUP ga gjennom helsestasjonen. Representantar frå BUP hadde faste møter på helsestasjonane, der det vart gitt høve til uformelle møter for barnehage eller foreldre. Førskulelærer og foreldre møtte saman til samtale med representantar frå BUP. Etter ei vurdering av barnet sine vanskar og behov, vart barnet tilvist BUP. Det vart knytt kontakt med 2.linje-tenesta forholdsvis raskt, og det vart starta arbeid med å gi hjelp. Helsestasjonen vart eit viktig mellomledd i denne kontakta, ved at helsestasjonen formidla kontakt med representantar frå BUP, som kunne ein tilby kompetanse og gi råd til dei om var nærast barnet.

To av tre førskulelærarar nemnde at helsesøster kom på foreldremøte, som ei form for samarbeid. Elles kunne førskulelærer ta kontakt med helsestasjon ved behov, ved opne samtalar om einskilde barn etter avtale med foreldra, eller at ein drøfta saker anonymt. Fanny hadde hatt slik kontakt med helsestasjonen to gongar: *Men då går det*

---

*jo veldig mykje på at dei ønske informasjon om korleis ungen har det i barnehagen. Fordi dei har reagert på ting eller kjenner til forholda, og det gjer dei jo ofte..*

(Fanny). Initiativet her låg hos helsestasjonen, og barnehagen hadde ikkje noko meir innverknad på kva informasjonen skulle brukast til eller kva som skulle skje vidare i saka.

Dei barnehagane som hadde barn med særlege behov, og som det var etablert ansvarsgrupper rundt, hadde kontakt med helsesøster som del ein av den tverrfaglege gruppa. Frida sa at dersom det ikkje hadde vore for det formelle samarbeidet rundt barn som treng ekstra hjelp av ulik slag, so hadde helsestasjonen vore litt framand: *Eg trur kanskje at det er viktig at ein har kontakt, altså. Eg tenke på at viss eg ikkje hadde hatt kontakt so hadde det vore vanskelig å ringe ned dit. (Frida)*

Det kom fram eit par tilfelle, der det ikkje var lik oppfatning av problemet på helsestasjonen og i barnehagen. Opplevingar som Frøydis fortalde om fremjar ikkje samarbeidet: *I staden for å ha eit fokus på å finne ei fysisk årsak, burde dei ha støtta oss i at det kanskje kunne gå på psykiske ting også. (Frøydis)* Dette var ei sak der foreldra vegra seg for kontakt med BUP. Barnehagen ynskte å kartlegge og formidle hjelp i samarbeid med helsestasjonen, med tanke på at problema kunne ha psykisk årsak. Det å skulle samarbeide føreset at ein har lik problemforståing og felles mål ein vil arbeide mot. Førskulelærar og helsesøster hadde ulik forståing av problemet i dette tilfellet.

Førskulelærarane uttalte ikkje noko behov for kontakt med helsestasjonen i arbeidet med kartlegging og tiltak for barn. Alle førskulelærarane var opne for at det hadde vore positivt med nokre møtepunkt der ein kunne bli litt kjent, og at det kunne vere første steg til å få nærare samarbeid. Fanny sa: *For det er noko med at viss du hadde en grei dialog, so var ikkje terskelen so stor før du eventuelt tok opp og drøfta ting, for den er nok i mange tilfelle ganske stor, då.* Det vart trekt fram at det er eit spørsmål om tid og ressursar, i tillegg til at dei ikkje såg heilt kva helsestasjonen kunne bidra med. Det vart eit spørsmål om kven som kunne ha noko å bidra med til den andre. I spørsmålet om å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd, meinte

---

Frida at det var viktigare med eit bevisst personale i barnehagane, enn å samarbeide med helsestasjonen: *Eg ser heller at ut i barnehagane, at ein er obs på det, og at ein er klar over at det kan vere et hinder for ungen. (Frida)* Det ser ut til at Frida meinte at personalet i barnehagen var den viktigaste reiskapen for å fange opp barn med særlege behov. Ho tok fram at det var viktig for personalet å vere merksam på at innagerande åtferd kunne vere eit hinder i barnet si utvikling.

Ut frå Rammeplanen (Kunnskapsdept, 2006), har barnehagen eit særleg ansvar for å førebygge vanskar og oppdage barn med særlege behov. Samstundes peikar Rammeplanen på at barnehagen skal samarbeide med andre tenester, og institusjonar i kommunen der dette er nødvendig for barns oppvekst og utvikling. Tverrfagleg og heilskapleg tenking, bør stå sentralt i dette arbeidet. Eg ser ikkje nokon motsetnad i dette. Det viktigaste er opne auger som ser barnet i barnehagen, men at det hadde vore ynskjeleg med ei heilskapleg tenking for å kunne tolke det ein ser. Initiativet til eit tverrfagleg samarbeid kunne derimot kome frå kommunen, som har førebyggjande psykososialt arbeid som ei forskriftsfesta oppgåve (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Dei tre førskulelærarane hadde ikkje noko tverrfagleg forum til å ta opp bekymringar i samband med innagerande åtferd. I ein kommune hadde førskulelærer eit tilbod om møte med barnevernstenesta, der ein kunne legge fram case til drøfting.

Førskulelærarane tok fram at samarbeidet med foreldra var sentralt for alt anna samarbeid. Frøydis var inne på at ein kunne ta opp ting anonymt med andre instansar, men ho følte at ho ikkje kom nokon veg utan foreldra. Ein førskulelærer meinte det var viktig å snakke med foreldre om si bekymring, og vere ærleg og seie ifrå dersom det var ting ein lurte på. Fanny tok fram at det likevel kunne vere litt vanskeleg, fordi ein var redd for foreldre sine reaksjonar. Ho hadde opplevd at foreldre vart såra, og at samarbeidet vart vanskeleg, medan andre vart letta. Ho sa: *Mens andre er glad for at ein gjer det. Dei får kanskje sett litt ord på bekymringa som dei sjølv har, då er det på en måte litt lettare for dei å ha den bekymringa, eller gjer noko med dei bekymringane også. (Fanny)*

### 4.4.3 Kven samarbeider helsesøster med?

Helsesøstrene nemnde barnehage, PPT, BUP og barnevern som aktuelle samarbeidspartar. Alle tre helsesøstre tok fram foreldremøte i barnehagen som ein del av samarbeidet med barnehagane. Her kunne dei informere om helsestasjonen og ta opp ulike tema. Alle helsesøstre tok fram at dei kunne ringe til barnehagen, og høyre korleis førskulelærar opplevde barnet når det var i barnehagen, men dei var opptekne av at dette skulle vere i samarbeid med foreldra. Hanna fortalde om samarbeid med barnehagen:

*Møte i barnehagen med personale, foreldre og helsestasjon for eksempel og snakka om det som me har funne, det som er vanskelig og kva me gjør vidare nå, det kan vere et samarbeid. Eller eg spør om eg kan få lov å ringa til barnehagen, for eg stusse sånn og sånn. (Hanna)*

Hanna møtte personale og foreldre i barnehagen i nokre tilfelle, sjølv om det var mest telefonkontakt. Det såg ut til at dette var eit reelt samarbeid, at det var kontakt mellom barnehage og helsestasjon forholdsvis ofte.

To helsesøstre nemnde PPT som samarbeidspart i kartlegging. Barnevernstenesta var også naturleg samarbeidspart i mange saker. Ein helsestasjon hadde faste samarbeidsmøte. Andre stader var det organisert i eit fleirfagleg samarbeid. Helsesøstre brukte tiltak gjennom barnevernstenesta. Ved ein helsestasjon var det tilsett psykiatrisk sjukepleiar som helsesøster kunne bruke i saker der det var behov for det. BUP vart nemnd som samarbeidspart av helsesøstre. Ei helsesøster sa at å ta ein telefon og drøfte ei sak anonymt, kan vere ein måte å samarbeide på. Hildur trekte fram at det kan vere litt ulike haldningar til BUP blant foreldre. Ho sa: *Noen syns jo at å bli henvist til bup, altså psykiatrien, det er jo kjempenifst.* Ved ein annan helsestasjon kom representantar frå BUP til eit uforpliktande møte med foreldre på helsestasjonen, for å vurdere eventuell tilvising. Elles hadde både Hanna og Hildur samarbeid med BUP gjennom faste møter på helsestasjonen. Hildur syntes det var eit godt tilbod, at BUP kunne vurdere saker tidleg, og at helsestasjonen var ein litt

---

”ufarleg” møteplass. Ho sa: *Bup har et tilbud om å kome ut i helsestasjonar og snakke om tema eller å ta opp nn-saker. Veldi, veldi bra. (Hildur)*

Helsesøstrene hadde ulike erfaringar med tverrfaglege samarbeid. Ei helsesøster nemnde møter mellom barnevern og helsestasjon. Ei helsesøster sa at det var i ferd med å bli innført, og at det vart sett fokus på samarbeid med barnehagen blant anna. Hanna hadde derimot erfaring med tverrfaglege samarbeidsmøte.

*Ppt og barnevern og helsestasjon, og so er datoane gitt til barnehagane og til skulane. Så viss dei har saker dei ønske å ta opp, kan dei komme og gjere det på nn- grunnlag. Det tverrfaglige møtet er tre gongar i halvåret. (Hanna)*

I denne kommunen hadde dei fått til ein struktur med faste møter. Både helsestasjon, PPT og barnevern møtte fast, og datoane var gitt til barnehagar og skular, slik at desse kunne kome med anonyme saker dersom dei ynskte det.

Helsesøstrene var også opptekne av kontakta og samarbeidet med foreldra. Hildur tok fram at ein måtte opparbeide tillit for at foreldre skal kunne opne seg, og at ein gjerne var litt redd for å miste denne tilliten. Hanna meinte at ein skulle vere ærleg for å vinne tillit, men på den andre sida skulle ein ha eit breitt normalitetsomgrep. På den eine sida vere klare på kva som bekymra, men samtidig ikkje uroe og gjere foreldre unødig engstelege. Helene hadde opplevd foreldre si glede over at ho spelte med opne kort og sette ord på si bekymring.

#### **4.4.4 Oppsummering med drøfting av muligheiter og avgrensingar i samarbeidet.**

Førskulelærarane såg ikkje ut til å ha noko samarbeid med helsestasjonen i arbeidet med å identifisere barn med innagerande åtferd. Det kom fram at dei ikkje såg på helsestasjonen som naturleg samarbeidspart i dette arbeidet. Dei nytta observasjonar, og tok eventuelt kontakt med PPT eller barnevern. BUP vart nemnt som aktuell samarbeidspart i slike saker.

Ein førskulelærer hadde tatt kontakt med helsestasjonen, men vart skuffa over ikkje å få støtte i sitt syn om at eit barn sine problem kunne ha psykiske årsaker. Ein annan førskulelærer hadde god kontakt med helsesøster, og nytta seg av BUP sitt tilbod gjennom helsestasjonen. Nokre av førskulelærarane hadde vorte kontakta av helsesøster for å få informasjon om barn som dei var bekymra for. Helsesøstrene var klar over barnehagen sine høve til å observere barnet, og var interessert i samarbeid og i at barnehagen tok kontakt. Dette var i nokre tilfelle einvegs informasjonsutveksling.

Helsesøstrene nemnde barnehagen som samarbeidspart, og sa at dei kunne ta kontakt etter avtale med foreldre, for å få informasjon om korleis barnet hadde det i barnehagen. Ei helsesøster hadde eit samarbeid med barnehagar som såg ut til å fungere bra. Dette samarbeidet var kjenneteikna av gjensidig utveksling av informasjon. Samarbeidsmøte mellom foreldre, personale og helsesøster i barnehagen, såg ut til å vere eit utgangspunkt for samarbeid, både om identifisering og vurdering av tiltak. I denne kommunen var det etablert eit tverrfagleg forum som hadde fungert i mange år.

Undersøkinga viser ingen tydelege funn av samarbeid mellom barnehage og helsestasjon om tiltak for barn med teikn til innagerande åtferd. Førskulelærarane sette i verk tiltak i barnehagen, der dei fann grunn til det. PPT var nemnde som samarbeidspart, ved styrka personalressurs i gruppa, eller at det vart gitt spesialpedagogisk hjelp med rettleiing frå BUP. Helsesøstrene nemnde tiltak som stort sett vart gitt av barnevernet. Helsesøstrer nytta barnehagen som tiltak ved å skrive tilråding om barnehageplass. Det var i liten grad nytta andre tiltak for barn med innagerande åtferd.

Omgrepet innagerande åtferd høyrer heime i pedagogiske fagmiljø, og kunne vere eit framandt omgrep for helsesøstrene. Både førskulelærarar og helsesøstrer var usikre på kva som kunne definerast som innagerande åtferd. Det var også ulike oppfatningar av om åtferda hemma læring og utvikling. Det vil avgjere om ein ser grunn til å setje i verk tiltak eller ei. Slike vanskar er diffuse, og vanskelege å fange opp i seg sjølv.



---

Barn med teikn til innagerande åtferd såg ut til å vere stille og trekke seg unna, og ha vanskeleg for å be om hjelp. Ein førskulelærer sa at ein måtte jobbe for å få kontakt med dei. Dette kan bety at det kan vere nødvendig å rette ein innsats mot dette problemet, for å kunne ta tak i det. Psykososiale problem er komplekse, det kan difor vere nødvendig med ein innsats frå fleire instansar.

Ut frå Rammeplan (Kunnskapsdept, 2006) og Veileder (Sosial og helsedepartementet, 2004) ligg det føringar om tverrfagleg samarbeid. Det skulle difor ikkje vere noko i vegen for eit samarbeid mellom barnehage og helsestasjon. Foreldre er ein nøkkel i dette samarbeidet, ved at dei må vere ein del av det, eller gi løyve til at informasjon vert utveksla. Informantane såg det som viktig å vere ærlege og opne overfor foreldre og arbeide i nær forståing med dei. Det var likevel nokre som uttrykte at dei var litt redd for negative reaksjonar hos foreldre, eller dei var redde for å miste tilliten deira. Foreldre ynskjer oftast det beste for barnet, og vil i dei fleste tilfelle ha hjelp. Største utfordringa i slike saker kan kanskje vere førskulelærer eller helsesøster si eiga usikkerheit på grunn av mangelfull kompetanse om innagerande åtferd og høvelege tiltak.

Dette materialet viser at førskulelærarane hadde føresetnad for å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd. Ulik grad av merksemd og refleksjon kom fram, men førskulelærarane hadde god kompetanse på barn og barns utvikling. Dei hadde mykje tid saman med barn, og kunne observere barn i samspel med andre barn, vaksne og til ei viss grad foreldre. Erfaring og samanlikningsgrunnlag gjorde at dei reagerte fort på det som var annleis. Utfordringa kunne vere å vurdere kva som var nødvendig å ta tak i, og kva tiltak som var aktuelle. Dette er avhengig av den enkelte førskulelærer si vurdering. Førskulelærarane reagerte på oppdragarstil som dei meinte var uheldig for barnet, men berre ei av dei syntest å ha eit medvite fokus på samspelet mellom foreldre og barn.

Helsestasjonen har ei sentral rolle i kommunen sitt førebyggjande arbeid. I eit tverrfagleg samarbeid skal helsestasjonen bidra til å skape eit godt oppvekstmiljø for barn og unge, gjennom tiltak for å styrke foreldre si meistring av foreldrerolla.

Helsestasjonstenesta er ein viktig arena for tidleg intervensjon, og må difor ha kompetanse på å fange opp signal på omsorgssvikt, mistrivsel og utviklingsavvik (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd kan ligge innanfor desse oppgåvene. Denne undersøkinga peikar i retning av at desse signala er ikkje er tydelege nok til at helsesøster er i stand til å fange dei opp. Det kunne sjå ut til at helsesøstrene hadde tynt grunnlag for å reagere på barn si åtferd. Dei såg barna saman med omsorgsgjevar i ei svært avgrensa tid, og i ein unaturlig situasjon for barnet. Erfarne helsesøstrer observerte, og tolka likevel samspelet mellom omsorgsgjevar og barn, og gjennom samtale kunne dei få eit bilete av barnet sine heimeforhold. Normalitetsomgrepet var vidt, og det skulle mykje til for å ta tak i teikn til innagerande åtferd.

Helsestasjonen har i oppgåve å fange opp signal og førebygge psykiske plager, men helsesøstrene hadde dårlegare føresetnad for å sjå åtferdsuttrykk enn førskulelærarane. Dette kan bety at eit mogeleg samarbeid kan gi helsestasjonen denne informasjonen. Helsesøster har derimot høve til å fange opp signal om uheldige faktorar i barn sine omgjevnader. Funna i oppgåva tyder derimot på at det var lite kompetanse om innagerande åtferd og risikofaktorar hjå helsesøstrene. Dette kunne gjere helsesøstrer lite målretta i arbeidet med å fange opp barn, og i å samarbeide med barnehagen for å få nødvendig informasjon.

Det er ei utfordring at førskulelærarane ikkje såg på helsestasjonen som ein aktuell samarbeidspart, og ikkje såg behov for samarbeid for å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd. Det kan vere manglande kjennskap til helsestasjonen sine oppgåver, eller dårlege erfaringar som ligg bak. Informantane meinte at eit visst personleg kjennskap var ein føresetnad for å seinke terskelen for å ta kontakt. Det vil truleg ikkje vere nok at ei helsesøster, og ein førskulelærer finn å ville samarbeide. Eit formalisert tverrfagleg samarbeid vil derimot kunne skape fora for å drøfte bekymring for barn. Ei helsesøster hadde erfaring med tverrfagleg samarbeid. Ved å samle kompetanse i ei tverrfagleg gruppe, kunne det gi høve til å vurdere signala om innagerande åtferd og sette i verk tiltak frå fleire instansar.

---

Barnehagen retta sine tiltak mot barnet, og førskulelærarane syntest det var vanskeleg å skulle rettleie foreldre i samspel og oppdragarrolle. Dersom samspelskvalitet har innverknad på innagerande åtferd, kunne styrking av samspelet, utover den generelle rettleiinga til helsesøstrer vere eit eigna tiltak. Dette vart ikkje nemnt verken av førskulelærar eller helsesøster i denne undersøkinga. Ei helsesøster nemnde tiltak med foreldrerettleiing, men det var ikkje brukt i høve til innagerande åtferd.

Dersom ein legg førskulelærarane sine observasjonar saman med helsesøstre sine informasjon, kunne det kanskje ha antyda barn med fleire faktorar som kan føreseie utvikling av innagerande åtferd, og gi grunn til å intervenere. Materialet viser at det er gjort mange viktige observasjonar, men det ser ut til å mangle nokon som kunne tolke og sjå dei i samanheng med innagerande problemåtferd.

*Dersom vi på forhånd hadde klart å finne fram til de ett- til toåringane, eller i alle fall de førskolebarna som har betydelig økt risiko for å utvikle problemåtferd senere i barne og ungdomsårene, kunne vi rettet innsatsen direkte inn mot dem allerede mens de var små, (Mathiesen et al., 2007:98).*

Å fange opp barn med risiko for å utvikle problemåtferd vil krevje at ein kjenner dei faktorane som kan auke risikoen. Ut frå dette materialet kan det sjå ut til at førskulelærarar har gode høve til å finne fram til barn som viser teikn til problemåtferd, men eit samarbeid med fleire instansar vil vere nødvendig for å sjå alle faktorane i ein samanheng. Helsestasjonen er i ein sentral posisjon, men undersøkinga viser eit mogeleg behov for auka kompetanse på problemåtferd og risikofaktorar hjå helsesøstre. I tillegg vil det vere avhengig av at fagpersonar i nærkontakt med barn er medvitne og reflekterer rundt dei observasjonane dei gjer. Dersom ein skal kunne ta tak i eit problem, er det nødvendig at det vert definert eller forstått som eit problem. Det kan i noko grad sjå ut til at innagerande åtferd ikkje vert definert som problem. Det kan ha samanheng med at åtferda ikkje er problematisk for andre, og at ein ikkje er merksam på konsekvensar det kan få for barnet, dvs at det kan hemme læring og utvikling eller føre til psykiske problem.

## 4.5 Metodiske avgrensingar

I intervjuguiden vart omgrepet innagerande åtferdsvanske brukt. Etter å ha sett meg meir inn i fagstoffet, ser eg at åtferdsvanske var meir knytt til utagerande åtferd, og vart også oppfatta som høg alvorsgrad av informantane. Dette kunne vere med å prege deira definisjon av innagerande åtferd. Det såg likevel ut til at dei seinare i intervjuet snakka om dei stille og sjenerte. Ved å stille spørsmål om kva som gav bekymring med tanke på innagerande åtferd, vart fokuset flytta bort frå definisjonen, og til barn som viste desse teikna. Ein kan såleis seie at materialet fekk fram det innhaldet som var hensikta.

I løpet av prosessen har eg oppdaga at eg har utegløymt eit ord i eit av spørsmåla i intervjuguiden. I definisjonen av innagerande åtferd har eg gløymt ordet *utvikling*. Spørsmålet skulle vere om dei meinte innagerande åtferd hemma læring og utvikling. Det kan ha noko å seie for korleis dei svara på dette spørsmålet, men får ikkje betyding for dei store linjene i resultatet.

Eg hadde til hensikt å krysse områda for helsestasjon og barnehage, for at ikkje alle barnehagar og helsestasjonar kunne setjast opp mot kvarandre. Derfor var det helsestasjonar utan tilhøyrande barnehage og barnehage utan tilsvarande helsestasjon. Å ta prøveintervjuet inn i materialet fekk ein uheldig konsekvens, fordi eg fekk to barnehagar frå same kommune. Svara som omhandla samarbeid kunne vorte annleis dersom det var meir spreidd i materialet. Dette greidde eg ikkje å føresjå i den fortvila situasjonen eg stod i når eg avgjorde det. Etter at alle intervju var gjennomført oppdaga eg at to diskettar var blanke, og eg stod utan opptak av to intervju, eit av førskulelærar og eit av helsesøster. Eg vurderte prøveintervjuet som fullgodt materiale, men ser i etterkant at eg kanskje kunne fått andre erfaringar i samarbeid. Tendensen i materialet hadde likevel vore den same.

---

## 5. Konklusjon

Denne oppgåva var meint å belyse kva som vert gjort i barnehagen, og på helsestasjonen, for å fange opp barn med teikn til innagerande åtferd.

Ved å ta fram informantane sine observasjonar av åtferdsuttrykk, og merksemd på risikofaktorar, har eg svart på korleis desse barna blir sett i barnehagen, og på helsestasjon. Førskulelærarane sine observasjonar av åtferdsuttrykk vart presenterte som sjenanse, hemma åtferd, tausheit, manglande sjølvhevdning, samspelsvanskar og emosjonelle problem. Førskulelærarane gjorde også observasjonar som kan vere knytt til risiko for å utvikle innagerande åtferd. Desse vart presenterte som ettergivande og utydelige foreldre, lite sensitiv omsorg og uheldige heimeforhold, som konflikt og psykiske lidingar. Det såg ut til at førskulelærarane hadde høve til å observere åtferdsuttrykk hos barnet, som kunne vere teikn til innagerande åtferd. I ei viss grad registrerte dei samspel med foreldre og påkjenningar i heimemiljøet, som kunne utgjere risiko for utvikling av innagerande åtferd. I varierende grad knytte dei desse teikna til problemåtferd. Helsesøstrene sine observasjonar av åtferdsuttrykk vart presenterte som sjenanse og emosjonelle problem, medan merksemd på risikofaktorar var knytt til tilknytning, sensitivitet, utydelege foreldre og uheldige faktorar i heimemiljøet. Observasjonane av barnet var avgrensa, og ga lite grunnlag for å fange opp teikn til innagerande åtferd. Dei reagerte når det var uråd å oppnå kontakt med barn. Dei var merksame på samspel og gjorde observasjonar. Fokuset deira var allment førebyggjande, og såg ikkje ut til å fange opp faktorar som kunne utgjere risiko for utvikling av innagerande åtferd.

Måten barn med teikn til innagerande åtferd vert møtt på, vart skildra ved arbeidsmetodar og tiltak i arbeidet med innagerande barn. Førskulelærarane nemnde fast tilknytingsperson, trening i sjølvhevdning, struktur og foreldrerådgeving. Helsesøstrene nemnde ulike tema i foreldrerådgeving, som samspel og tilknytning, samt tilråding til tiltak i foreldrerådgeving gjennom tilbod i kommunen. I barnehagen var fokuset retta mot barnet, ved tilrettelegging for å gi meistring og utvikling.

Helsestasjonen nytta lite tiltak knytt til innagerande åtferd. Det såg ut til å vere generell rettleiing om tilknytning og samspel. Terskelen for å tilrå tiltak i samband med innagerande åtferd såg ut til å vere høg.

Undersøkinga viser at det var noko samarbeid mellom barnehage og helsestasjon i identifisering av teikn til innagerande åtferd. Dette samarbeidet såg ut til å vere mest omfattande der det var etablert tverrfaglege samarbeidsmøte mellom helsestasjon, barnevern og PPT, der barnehagen kunne ta opp anonyme saker. Nokre stadar tok helsesøster kontakt med barnehagen for å høyre korleis førskulelærar opplevde barn som dei ville følgje opp. Materialet viser ikkje samarbeid mellom barnehage og helsestasjon om tiltak.

Det såg ut til at informantane hadde ein høg terskel for å bruke omgrepet innagerande åtferd. Samstundes var dei i tvil om innagerande åtferd hemma læring og utvikling. På spørsmål om kva som gav bekymring, hadde førskulelærarane derimot mange beskrivingar, og hadde mange ulike observasjonar. Det såg ut til at dei fanga opp teikn i barnet si åtferd. Helsesøstrene reagerte også på barn på helsestasjonen, men dei hadde eit mindre grunnlag å vurdere ut frå, både på grunn av tid og stad. Både førskulelærarar og helsesøstrer gjorde observasjonar som kunne knytast til risikofaktorane, men det var få som reflekterte medvite over samanhengen til utvikling av innagerande åtferd. Ein kan seie at både førskulelærarar og helsesøstrer i undersøkinga var observante, og nokre reflekterte meir enn andre over det dei såg. Det dei fanga opp hadde samanheng med korleis dei definerte innagerande åtferd. Det såg ut til at dei nytta strenge kriteri, men likevel ikkje meinte at åtferda hemma læring og utvikling. Det kan kanskje seie noko om kvifor det var få førskulebarn som var tilvist hjelpeapparatet. Det kan synast å vere manglande merksemd på førebygging og tidleg intervensjon mot risikogrubbene.

Ut frå teori og forskning bør ikkje tiltak sjåast i samanheng med risiko- og beskyttande faktorar åleine, men som ein prosess for å utvikle resiliens. Ego resiliens, ein individuell styrke som gir motstandskraft mot både indre og ytre stressorar, vert

---

mellom anna utvikla gjennom tilknytning, og mors sensitivitet og pedagogiske strategiar (von der Lippe et al., 2007).

Denne oppgåva peika på kva som vart gjort for å fange opp teikn til innagerande åtferd. Dersom ein skal kunne setje inn førebyggjande tiltak mot risikograppa, er det nødvendig å identifisere desse barna. Det er vidare nødvendig å finne tiltak som kan hindre utvikling av slik åtferd. Det kunne vore interessant å studere utvikling av resiliens for å finne eigna tiltak, særleg med tanke på kva som kunne gjerast for å styrke barnets ego resiliens, som ein del av ei tverrfagleg satsing i førebygging av psykososiale vanskar.

## Kjeldeliste

- Agledal, S.A. (2006): *Rapport om tidlige hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer*. Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 30.01.09 på <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/Agledalrapporten%20liten.pdf>
- Backe-Hansen, E. (2007): Hvordan kan gode fosterforeldre bidra til utvikling av resiliens?. I Borge, A. I. H. (Red), *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv* (s.105-118). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Beelmann, A., Pfingsten, U., & Løsel, F. (1994): Effects of Training Social Competence in Children: A Meta-Analysis of Recent Evaluation Studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(3), 260-271.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. 2. utgåve. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bjørngaard, J. H. (Red). (2007): SAMDATA, Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007, SINTEF Helse, Rapport 2/08, Trondheim. Henta 19.04.09 frå [www.sintef.no](http://www.sintef.no)
- Borge, A. I. H. (2007): Introduksjon. I Borge, A.I.H (red), *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv* (s.13-26). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bowlby, J. (1996). *At knytte og bryde nære bånd: tilknytning og tab, sevtillid og sorg*. Frederiksberg: Det lille Forlag
- Brean, G.V. (2007): Tidlige erfaringers betydning for barnets senere utvikling. I: *Spesialpedagogikk*, 72(3), 12-21.



- 
- Cartwright-Hatton, S, D. McNelly, C. White & C. Verduyn, (2005): Parenting Skills Training: An Effective Intervention for Internalizing Symptoms in Younger Children? *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 18(2), 45-52.
- Dalen, M. (2004): Intervju som forskingsmetode. En kvalitativ tilnærming. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Guthrie, I. K, & Reiser, M. (2000): Dispositional Emotionality and Regulation: Their Role in Predicting Quality of Social Functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 136-157.
- Folkman, M. L. (1999): *Utagerende og innadvendte barn. Det pedagogiske samspillet muligheter i barnehagen*. Oslo: Pedagogisk Forum.
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003): *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Lesedato 19.04.09 [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)
- Fuglseth, K. (2006). Vitskapsteori og hermeneutikk. I K. Fuglseth, & K. Skogen (Red), *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk: design og metoder* (s.256-271). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Gjelsvik, B. (2007): Forebygging og resiliens. I Borge, A. I. H. (red), *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv* (s.27-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2007): *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Glavin, K. (2007): Screening og strukturerte kartleggingsinstrumenter. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (red): *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.

- 
- Hansen, B. R. (1991). *Den første dialogen: En studie av barnets oppmerksomhet i samspill*. Doktoravhandling ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Oslo
- Helse- og Omsorgsdept (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. St.meld. nr.16. Lesedato 19.04.09 [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Hundeide, K. (2001): *Ledet samspill fra spedbarn til skolealder. Håndbok til ICDPs sensitiveringsprogram*. Vett & Viten, Oslo
- Hviding, K (2005): *Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år*. Rapport nr.10-2005, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo. Henta 19.04.09 frå <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1198.cms>
- Iversen, L .G., Lønberg, L.M., & Oskal, S. (2006): De usynlige elevene – teori og bakgrunn. *Spesialpedagogikk*, 71(8), 22-30.
- Kommunehelsetjenesteloven (1982): *Lov om helsetjenesten i kommunene, Lov 1982-11-19 nr 66*. Lesedato 19.04.09 [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)
- Kunnskapsdepartementet (2006): *Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*, Oslo: Akademika AS.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvello, Ø. (2007a): Tidlig intervensjon ved atferdsvansker. I: Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, L. G. (red): *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.
- Kvello, Ø. (2007b). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvello, Ø. (2008). *Tidlig intervensjon, kartlegging og tiltak. Behovet for tverrfaglig arbeid*. Kompendie frå seminar i Eigersund kulturhus 27.mars 2008.

- 
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publ. Co.
- Lind, H., (2005): *Innagerende atferd og selvoppfatning*. Hovedoppgave. Utdanningsvitenskapelig fakultet, Pedagogisk Forskningsinstitutt. Universitetet i Oslo
- Lund, I. (2004). *Hun sitter jo bare der! Om innagerende atferd hos barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mathiesen, K. S. (1999): *Prediktorer for tilpasningsvansker hos førskolebarn. Barnas temperament, mødrenes psykiske helse og forhold i omgivelsene*. Doktorgradsavhandling, Statens institutt for folkehelse/Universitetet i Oslo.
- Mathiesen, K. . (2002): Atferdsvansker og oppvekstkår. En longitudinell undersøkelse av norske barnefamilier. *Norsk Epidemiologi*, 12 (3), 199-206.
- Mathiesen, K. S. & Prior, M. (2006): The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *European Journal of Developmental Psychology*, 3(4), 357-387.
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. Rapport 2007:5, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mathiesen, K. S., Sanson, A., Stoolmiller, M. & Karevold, E. (2009): The Nature and Predictors of Undercontrolled and Internalizing Problem Trajectories Across Early Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(2), 209-222.
- NESH, (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Nordahl, T., Sørli, A.M., Manger, T., & Tveit, A. (2007). *Atfersproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Nærde, A. & Neumer, S. P. (2003): *Psykiske lidelser blant barn 0-12 år*, Rapport 2003.10, Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Oslo. Lesedato 19.04.09  
<http://www.fhi.no/dav/7EB2F9066B9F4D79A7BDC81F5340CE84.pdf>
- Ogden, T. (2000): *Atferds pedagogikk i teori og praksis: Om arbeid med atferdsproblemer i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Ogden, T. (2006): *Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ravens-Sieberer, U., M. Erhart, A. Gosch, N. Wille and The European KIDSCREEN group, (2008). Mental Health of Children and Adolescents in 12 European Countries – Results from the European KIDSCREEN Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15 (3), 154-163.
- Ropeid, K. (2008): Utfordrer barnehage-tabuene. *I Utdanning*, 2008(18), 15-16.
- Rye, H. (2007). *Barn med spesielle behov. Et relasjonsorientert perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sosial- og helsedepartementet (2000). *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*. IS-1154. Henta 14.02.09 frå [www.shdir.no](http://www.shdir.no)
- Stern, D. (2003): *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sørli, M.A., & Nordahl, T. (1998). Problematferd i skolen. Hovedfunn, forklaringar og pedagogiske implikasjoner. Hovedrapport fra forskningsprosjektet "Skole og samspillsvansker". Oslo: NOVA rapport 12a/98

- 
- Thompson, R. & May, M. A. (2006). Caregivers' Perceptions of Child Mental Health Need and Service Utilization: An Urban 8-Year Old Sample". *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 474-482. Henta 27.02.09  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=16&hid=120&sid=dfc5a675-d9bc-4010-91c5-a7a783f40584%40sessionmgr107>
- Vannebo, U, T. (2007): "Foreldreveiledning". I: Glavin, K., Helseth, S., & Kvarme, L. G. (Red.): *Fra tanke til Handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.
- von der Lippe, A., Hartmann, E., & Killen, K. (2007): Ego-resiliens som moderator mellom risiko og utfall. I Borge, A. I. H. (red), *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et Norsk perspektiv* (s.39-49). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Waaktaar, T., Torgersen, S., & Christie, H. J. (2007): Resiliens og intervensjon. I Borge, A. I. H. (red), *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et Norsk perspektiv* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wormnæs, O. (2007). Om forståelse, tolking og hermeneutikk. I *Blandingskompendium 6080, SPED4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk, Master* (s.223-242). Oslo: Universitetet i Oslo
- Zimbardo, P. G. (1981): *Sjenanse*. Oslo: H. Aschehoug & co.
- Aasen, P., Nordtug, B., Ertesvåg S. K., & Leirvik, B. (2002): *Atferdsproblemer. Innføring i pedagogisk analyse*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS,

## Vedlegg

### Vedlegg 1

Til informantar

### Informasjon om masterprosjekt i spesialpedagogikk

Som student ved Høgskulen i Sogn og Fjordane/ Institutt for spesialpedagogikk ved UIO, er eg i gang med ei masteroppgåve i spesialpedagogikk.

Takk for positiv imøtecoming på spørsmål om å delta som informantar i dette prosjektet!

Tema for prosjektet er helsesøster og førskulelærer si erfaring med innagerande åtferdsvanskar og samarbeid mellom helsestasjon og barnehage i høve til slike vanskar. Grunnlaget for barn si psykososiale utvikling blir lagt i dei tidlege barneåra. Rapportar frå ulike vestlege land viser at 20% av barn og unge har så store psykososiale problem at dei har behov for fagleg hjelp. Utagerande åtferdsvanskar har fått størst plass i forskning og litteratur. Eg ynskjer å skrive ei oppgåve med fokus på innagerande åtferdsvanskar.

Tema i intervjuet blir:

- Innagerande åtferdsvanskar
- Synlege teikn / Risikofaktorar
- Omsorgsgivar – barn – relasjon
- Kartlegging og tiltak
- Samarbeid

Det er mitt ynskje og mål å få del i erfaringar og tankar rundt innagerande åtferdsvanskar og samarbeid om barn med slike vanskar. Ramma for prosjektet er at eg skal gjere seks intervju, tre av førskulelærer og tre av helsesøster. Eg har sett ei øvre ramme på kvart intervju til 90 minutt. Prosjektet skal avsluttast i mai 2009.

Det er sjølvsgatt frivillig å stille som informant til eit masterprosjekt. Ein kan trekke seg når som helst i prosessen. I eit slikt prosjekt blir det stilt strenge krav til anonymitet. Ingen namn skal nemnast i oppgåva, verken på informantar, arbeidsstad eller kommune. Innagerande åtferdsvanske skal omhandlast på generelt plan og skal ikkje omtale einskilde barn. Lydfilar skal ikkje lagrast elektronisk, og vil bli sletta når prosjektet er avslutta. Namn til informanten blir ikkje brukt saman med den informasjonen som blir gitt.

Eg har hatt kontakt med Norsk Samfunnsvitenskapeleg datateneste (NSD). Det var ikkje nødvendig å sende meldeskjema til personvernombod for forskning (NSD) for godkjenning så lenge prosjektet ikkje inneheld personopplysningar, og datamaterialet ikkje kunne sporast til enkeltpersonar.

Takk for at du har sagt ja til å delta. Eg tek kontakt for å avtale tidspunkt for intervjuet.

Venleg helsing Inger Johanne Lid.

## Vedlegg 2

### SEMISTRUKTURERT INTERVJUGUIDE

#### **Før førskulelærer**

Tema og undertema	Spørsmål
<p><b>Innleing</b> Kort orientering om tema</p> <p>Påminning om anonymitet og frivillighet</p>	<p>Noko spørsmål før vi set i gong?</p> <p>Tema: Innagerande atferdsvanskar, synlege teikn og risikofaktorar, omsorgsgjevar-barn-relasjon, kartlegging og tiltak, samarbeid, avrunding med visjonar.</p>
<p>Bakgrunnsopplysningar og utdanning</p> <p>Størrelse på arbeidsplassen</p>	<p>Kva utdanning har du?</p> <p>Kor mange år har du arbeidd som førskulelærer? - Totalt, og på denne arbeidsplassen</p> <p>Kva alder er det borna der du jobbar no?</p> <p>Kor mange avdelingar har barnehagen?</p>
<p><b>Om innagerande atferdsvanskar</b></p> <p>Korleis er fokus på dei innagerande barna</p> <p>Informanten si bevisstheit omkring temaet</p>	<p>Kva er di erfaring med barn som viser innagerande atferdsvanskar?</p> <p>Ser du for deg barn som du vil karakterisere som innagerande?</p> <p>Korleis vil du beskrive atferden til innagerande barn? - Generelt inntrykk, - I forhold til sine foreldre, - til andre barn, - til personalet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det slik at du reagerer på atferden fordi den er påfallande annleis?</li> <li>• Trur du at den hemmar læring?</li> <li>• Hindrar den positiv samhandling med andre?</li> </ul> <p>Kor mange møter du pr år?</p> <p>Korleis vil du vurdere omfanget av barn med innagerande atferdsvanske- i forhold til utagerande atferdsvanskar?</p>
<p><b>Kva skaper bekymring?</b> Synlege symptom,</p> <p>Førskulelærars erfaring</p>	<p>Kva teikn eller symptom hos barnet skaper bekymring hos deg, med tanke på innagerande atferdsvanske?</p> <p>Kor gamle er barn når ein ser slike teikn?</p> <p>Er det andre ting som bekymrar i 3-6 års alder enn i småbarnsalder?</p>

<p>i barnehagen</p> <p><b>Risikofaktorar</b></p> <p>Biologisk/genetisk</p> <p>Oppdragerstil</p> <p>Omsorgsgivers oppfatning av barnet</p> <p>familieforhold</p> <p>sosialt nettverk/familie</p> <p>samspel</p>	<p>Korleis?</p> <p><b>GOD TID, STOR RO</b></p> <p>Er det andre forhold som skaper bekymring?</p> <p>Opplever du at barnet sitt temperament kan gi grunn til bekymring? Til dømes skyhet og følsomhet (vår,sårbar)</p> <p>Er det forhold rundt barnet som kan skape bekymring? Til dømes ved omsorg og oppdragelse?</p> <p>- Kva oppdragerstil gir eventuelt grunn til bekymring?</p> <p>- Korleis er omsorgsgivers oppfatning av barnet? (pos/neg)</p> <p>Kva erfaringar og tankar har du gjort omkring barnet sin heimesituasjon?</p> <p>- Kan det vere ting i familien som bekymrar? Som:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- psykiske lidingar</li> <li>- vold</li> <li>- rus</li> <li>- skilsmisse?</li> </ul> <p>Korleis er det med familie og sosialt nettverk, opplever du at det er noko som kan gi bekymring? Korleis?</p> <p>Har du bekymra deg for korleis barn sitt samspel med andre fungerer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- med foreldre</li> <li>- personale</li> <li>- andre barn?</li> </ul> <p>Er det andre ting som har skapt bekymring hos deg?</p> <p>Har foreldre kome med bekymring for barnets atferd?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis blir denne bekymringa uttrykt?</li> <li>- Kva er det som bekymrar?</li> </ul>
<p><b>Om omsorgsgiver – barn – relasjon</b></p> <p>Kva fokus har denne relasjonen hos førskulelærar?</p> <p>Dei vaksne</p> <p>1. Sensitivitet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opptatthet av å forstå b, tilpasse seg b`s forutsetn, undre seg over barnet.</li> <li>-oppfatning av barnet, pos-neg. fordreid-realistisk</li> </ul>	<p>Når du tenkjer innagerande atferdsvanske hos barn, ser du ”faresignal” i relasjonen mellom omsorgsgjevar og barn? (foreldre som omsorgsgj)</p> <p>Gjer du deg tankar om kvaliteten på denne relasjonen? Som til dømes ved å observere kor sensitive foreldre er overfor barnet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis reagerer foreldre på barnet sitt initiativ?</li> <li>- I kva grad er dei opptatt av å undre seg og forstå barnet sine behov?</li> <li>- Kor realistisk er deira oppfatning av barnet i kva ein kan forvente, og kva det meistrar.</li> </ul>



<p>2. Strukturering A-D</p> <p>3. Involvering Bry seg, engasjere seg i støtte</p> <p>4. Innstilling Den grunnleggende oppmerksomhet forelderen retter mot barnet</p> <p>For barnet</p> <p>5. Reaksjoner på omsorgspersonen</p> <p>6. Involvering av omsorgspersonen</p>	<p>Gjer du deg tankar om foreldra si grensesetting er høveleg? Har du opplevingar og tankar omkring rutiner og kontroll? Legg du merke til om og korleis foreldre viser og forklarar barnet nye ting?</p> <p>Har du opplevd at foreldre er lite følelsesmessig engasjert i barnet, eller tvert imot overinvolvert og styrande?</p> <p>Korleis omtalar foreldra barnet ? Gjer du deg tankar om korleis foreldre brukar stemme og kroppsspråk når det snakkar med barnet?</p> <p>Kva reaksjoner ser du eventuelt hos barnet? Korleis er barn i forhold til foreldre når det kjem om morgonen, og når han el ho blir henta? - Har barnet eit positivt følelsesforhold til foreldre? (el.avvise, ignorere, klamre seg til?)</p> <p>- Tek barnet kontakt, deler opplevingar og følelsar?</p> <p>Korleis er barnet overfor personalet? Kva er di erfaring, opplever du at barnet tek kontakt, deler opplevingar og følelsar? Ber barnet om praktisk hjelp, og hjelp i problemløysing?</p> <p>Har barnet følelsesmessig tilknytning til nokon i personalet?</p>
<p><b>Kartlegging og tiltak</b></p> <p>Kva registreringsverktøy</p> <p>Tiltak</p> <p>Barnehagen: Øke barnets tillit, styrke barnets selvfølelse, møte barnets manglende selvhevdelse og aggressivitet, utvikle barnas følelse av gjensidighet.(Folkman)</p>	<p>Når du er bekymra for eit barn, kva då? Har de verktøy for registrering og kartlegging? Kva brukar de eventuelt?Eksempel?</p> <p>Har de rutiner for systematisk observasjon med tanke på å kartlegge barnet si utvikling og omsorgssituasjon?</p> <p>Kva blir gjort overfor foreldre? Veiledning til foreldre?</p> <p>Har du henvist barn vidare til andre? eventuelt kvar/kven? Helsestasjon, ppt, bup</p> <p>Har du erfaring med arbeid for å hjelpe barn med innagerande atferd i barnehagen? Korleis ?</p> <p>Har det vore iverksett spesialpedagogisk hjelp til barn med innagerande atferd? (§ 5-7 i oppl.lov)?</p>

	<p>Kva alder på barnet når det fekk slik hjelp?</p> <p>Har du tankar omkring ideell tid for iverksetting av tiltak?</p>	
<p><b>Om samarbeid</b> Samarbeidspartar</p> <p>Ynskje og behov for samarbeid</p>	<p>Kven har du eventuelt samarbeidd med? Om barn med innagerande vanskar, eller anna?</p> <p>Har du hatt samarbeid med helsestasjon?</p> <p>Kva samarbeid er det i dag mellom din barnehage og helsestasjonen?</p> <p>Kva inneheld dette samarbeidet? Kva samarbeider de om?</p> <p>Har du nokon gong blitt kontakta av eller tatt kontakt med helsestasjon på grunn av barn med innagerande atferd?</p> <p>Har de noko tverrfagleg forum der innagerande atferdsvanske kan takast opp på generelt grunnlag? Kven deltek eventuelt i dette samarbeidet?</p> <p>Er det sett av tid til faste møtepunkt?</p> <p>Ser du noko behov for eit samarbeid med helsestasjon for å identifisere barn i risiko og sette i verk tiltak for å hindre utvikling av innagerande atferdsvanskar?</p> <p>Kva tid har du eventuelt behov for eit slikt samarbeid? Gjeld det identifisering eller ved tiltak?</p> <p>Kva kan vere grunnar til at eit slikt samarbeid eventuelt ikkje fungerer? Eller ikkje har vorte oppretta?</p>	
<p><b>Avslutning</b> Visjonar for kva som kan auke barns og vaksnes ressursar til å meistre og sikre ei god utvikling for barnet.</p>	<p>Har du tankar om korleis ein best kunne arbeide for å minske psykososiale vanskar, spesielt innagerande åtferd?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I barnehagen?</li> <li>- elles?</li> </ul> <p>Korleis kunne eit samarbeid med helsestasjonen styrkt barnehagen sin innsats for å gi barnet ei god psykososial utvikling?</p> <p>Kunne dette samarbeidet ha noko å bety for tidspunkt og innsats i det førebyggande arbeidet?</p> <p>Er det noko du synest er viktig som du ikkje har fått sagt?</p>	

## Vedlegg 3

### SEMISTRUKTURERT INTERVJUGUIDE

#### For Helsesøster

Tema og undertema

Spørsmål

<p><b>Innleiing</b> Kort orientering om tema</p> <p>Påminning om anonymitet og frivillighet</p>	<p>Noko spørsmål før vi set igong?</p> <p>Tema: Innagerande atferdsvanskar, synlege teikn og risikofaktorar, omsorgsgjevar-barn-relasjon, kartlegging og tiltak, samarbeid, avrunding med visjonar.</p>
<p>Bakgrunnsopplysninger og utdanning</p> <p>Størrelse på arbeidsplassen,</p>	<p>Kva utdanning har du?</p> <p>Kor mange år har du arbeidd som helsesøster? - Totalt, og på denne arbeidsplassen?</p> <p>Kva alder er det på borna du arbeider med no? Kor mange tilsette er det på arbeidsplassen?</p>
<p><b>Om innagerande atferdsvanskar</b></p> <p>Korleis er fokus på dei innagerande barna</p> <p>Informanten si bevisstheit omkring temaet</p>	<p>Kva er di erfaring med barn som viser innagerande atferdsvanskar?</p> <p>Ser du for deg barn som du vil karakterisere som innagerande?</p> <p>Korleis vil du beskrive atferden til innagerande barn?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Generelt inntrykk</li> <li>- I forhold til sine foreldre</li> <li>- til andre barn</li> <li>- til andre vaksne?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det slik at du reagerer på atferden fordi den er påfallande annleis?</li> <li>• Trur du at den hemmar læring?</li> <li>• Hindrar den positiv samhandling med andre?</li> </ul> <p>Kor mange møter du pr år?</p> <p>Korleis vil du vurdere omfanget av barn med innagerande atferdsvanske- i forhold til utagerande atferdsvanskar?</p>

<p><b>Kva skaper bekymring?</b> Synlege symptom,</p> <p>Helsesøsters erfaring Ved helsestasjon</p> <p>Risikofaktorar</p> <p>Biologisk/genetisk</p> <p>Oppdragerstil</p> <p>Omsorgsgivers oppfatning av barnet</p> <p>familieforhold</p> <p>sosialt nettverk/familie</p> <p>samspel</p>	<p>Kva teikn eller symptom hos barnet skaper bekymring hos deg, med tanke på innagerande atferdsvanske?</p> <p>Kor gamle er barn når ein ser slike teikn?</p> <p>Er det andre ting som bekymrar i 3-6 års alder enn i småbarnsalder? Korleis?</p> <p><b>GOD TID, STOR RO</b></p> <p>Er det andre forhold som skaper bekymring?</p> <p>Opplever du at barnet sitt temperament kan gi grunn til bekymring? Til dømes skyhet og følsomhet (vår,sårbar)</p> <p>Er det forhold rundt barnet som kan skape bekymring? Til dømes ved omsorg og oppdragelse?</p> <p>- Kva oppdragerstil gir eventuelt grunn til bekymring? - Korleis er omsorgsgivers oppfatning av barnet? (pos/neg)</p> <p>Kva erfaringar og tankar har du gjort omkring barnet sin heimesituasjon?</p> <p>- Kan det vere ting i familien som bekymrar? Som:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- psykiske lidningar</li> <li>- vold</li> <li>- rus</li> <li>- skilsmisse?</li> </ul> <p>Korleis er det med familie og sosialt nettverk, opplever du at det er noko som kan gi bekymring? Korleis?</p> <p>Har du bekymra deg for korleis barn sitt samspel med andre fungerer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- med foreldre</li> <li>- personale</li> <li>- andre barn?</li> </ul> <p>Er det andre ting som har skapt bekymring hos deg?</p> <p>Har foreldre kome med bekymring for barnets atferd?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis blir denne bekymringa uttrykt?</li> <li>- Kva er det som bekymrar?</li> </ul>
<p><b>Om omsorgsgiver – barn – relasjon</b> Kva fokus har denne relasjonen hos helsesøster? Dimensjonar hos Kvello</p>	<p>Når du tenkjer innagerande atferdsvanske hos barn, ser du ”faresignal” i relasjonen mellom omsorgsgjevar og barn?</p> <p>Gjer du observasjonar som fortel noko om kvaliteten på denne relasjonen? td om kor sensitive foreldre er overfor barnet? td</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis reagerer foreldre på barnet sitt initiativ?</li> <li>- I kva grad er dei opptatt av å undre seg og forstå barnet sine</li> </ul>

<p>Dei vaksne</p> <p>7. Sensitivitet et -Oppfatthet av å forstå b, tilpasse seg b's forutsetn, undre seg over barnet. -oppfatning av barnet, pos-neg. fordreid-realistisk</p> <p>8. Strukturering A-D</p> <p>9. Involvering Bry seg, engasjere seg i og støtte</p> <p>10. Innstilling Den grunnleggende oppmerksomhet forelderen retter mot barnet</p> <p>For barnet</p> <p>11. Reaksjoner på omsorgsperson</p> <p>12. Involvering av omsorgsperson</p>	<p>behov?</p> <p>- Kor realistisk er deira oppfatning av barnet i kva ein kan forvente, og kva det meistrar.</p> <p>Gjer du observasjonar omkring foreldre si grensesetting overfor barnet? Er rutinar for mat og sømn tema du tek opp med foreldre? For på den måten å få inntrykk av rutiner og forutsigbarheit? Tilsyn? Stimulering?</p> <p>Korleis involverer foreldre seg i barnet, følelsesmessig, og praktisk?</p> <p>Gjer du deg tankar om korleis foreldre omtalar barnet? Og korleis dei brukar stemme og kroppsspråk når dei snakkar til barnet?</p> <p>Korleis er barnet i forhold til foreldre? Får du inntrykk av om barnet har eit positivt følelsesforhold til foreldre?</p> <p>Har du høve til å observere om barnet inviterer foreldre til deltaking i opplevingar og følelsar?</p> <p>Inviterer barnet andre vaksne til deltaking i opplevingar og følelsar?</p>
<p><b>Kartlegging og tiltak</b></p> <p>Kva registreringsverktøy</p> <p>Tiltak</p>	<p>Kan du seie litt om observasjon av samspel mellom mor og barn? Blir det gjort skriftleg, registrering?</p> <p>Korleis er det med observasjon av barnet si utvikling?</p> <p>Har de rutiner for systematisk observasjon – kartlegging av risikofaktorar for psykososiale vanskar? Kva? Er mors helse ein del av dette td angst, depresjon?</p> <p>Er slik kartlegging standard for alle barn eller er det spesielt ved bekymring?</p> <p>Kva gjer du når du er bekymra for barnet si utvikling?</p> <p>Har du henvist barn vidare til andre? eventuelt kvar/kven?</p> <p>Har det vore brukt tiltak for å styrke samspel omsorgsgiver-barn? Td</p>

	<p>Marte-Meo el anna?</p> <p>Veiledning til foreldre?</p> <p>Kva andre tiltak er aktuell mtp innagerande atferdsvanske?</p> <p>Blir barnehage brukt som tiltak?</p> <p>Har du tankar omkring ideell tid for iverksetting av tiltak?</p>	
<p><b>Om samarbeid</b> Samarbeidspartar</p> <p>Ynskje og behov for samarbeid</p>	<p>Kven har du eventuelt samarbeidd med angående barn med innagerande vanskar?</p> <p>Har du hatt samarbeid med barnehage?</p> <p>Har du nokon gong blitt kontakta av eller tatt kontakt med barnehagen på grunn av barn med innagerande atferd?</p> <p>Kva samarbeid er det i dag mellom helsestasjonen og barnehagar?</p> <p>Kva inneheld dette samarbeidet?</p> <p>Kva samarbeider de om?</p> <p>Fins det noko tverrfagleg forum der bekymring for innagerande atferdsvanske kan takast opp på generelt grunnlag?</p> <p>Ser du noko behov for eit samarbeid med barnehagar for å identifisere barn i risiko og sette i verk tiltak for å hindre utvikling av innagerande atferdsvanskar?</p> <p>Kva tid hadde det vore behov? (idenifisere eller tiltak)</p> <p>Kva kan vere grunnar til at eit slikt samarbeid ikkje har blitt etablert, eventuelt ikkje fungerer?</p>	<p>F o r e l d r e  s i  r o l l e ?</p>
<p><b>Avslutning</b></p> <p>Visjonar for kva som kan auke barns og foreldres ressursar til å meistre, og sikre ei god utvikling for barnet.</p> <p>Førebyggjande og helsefremjande arbeid</p>	<p>Har du tankar om korleis helsestasjonen optimalt kunne vore utnytta for å førebygge psykososiale vanskar, spesielt med tanke på innagerande atferd?</p> <p>Korleis kunne ein eventuelt utnytte eit samarbeid mellom helsestasjon og barnehage?</p> <p>Kunne dette samarbeidet ha noko å bety for kor tidleg ein startar førebyggjande tiltak?</p> <p>Er det noko du synest er viktig i denne samanheng som du ikkje har fått sagt?</p>	