

Kartlegging av kompetanse

Prosjekt kartlegging av kompetanse
i 1. linje.

Forebygging, tidlig intervensjon og
iverksetting av tiltak for barn
i alderen 3-6 år.

Dr. psychol Hanne C Braarud
Psykisk helsevern for barn og unge
Seksjon poliklinikk
Psykiatrisk divisjon
Helse Bergen HF



Innhold

Prosjekt kartlegging av kompetanse på forebygging, tidlig identifisering og iverksetting av tiltak i forhold til barn i alderen 3-6 år	3
Geografisk område for kartleggingsstudie	3
Prosjektets forankring i Helse Bergen	3
Bakgrunn for prosjektet	4
Formålet med prosjektet	5
I. Beskrivelse av utvalget	7
II. Kompetanse og kompetansebehov	7
III. Om tverrfaglig og tverretatlig samarbeid	21
Diskusjon	27
Referanser	33
Sluttord	34

Prosjekt kartlegging av kompetanse på forebygging, tidlig identifisering og iverksetting av tiltak i forhold til barn i alderen 3-6 år

Psykisk helsevern for barn og unge, seksjon poliklinikk, Helse Bergen HF har som et av sine satsningsområder tidlig identifisering og samarbeid med 1. linje. I forbindelse med denne satsingen ble det gjennomført et kartleggingsprosjekt for å få oversikt over eksisterende kompetanse og kunnskap på tidlig identifisering av problemer og iverksetting av tiltak, samt behov eller ønsker om kompetanseutvikling i forhold til kartleggingsmetoder og tilstandsbilder som er mest relevant for barn i alderen 0-6 år. Kartleggingen fokuserte også på hva som eksisterer av tverrfaglig og tverretalig samarbeid mellom instanser i 1. linjen og mellom 1. linjen og spesialisthelsetjenesten. Den første kartleggingen er rettet mot fagansatte på helsestasjon og spørsmålene ble utformet i forhold til arbeid med barn fra 0 til 2 år. Den andre kartleggingen retter seg mot pedagoger og ledere i barnehager, og er utformet i forhold til arbeid med barn fra 3-6 år.

Geografisk område for kartleggingsstudie

Spørreskjemaet ble distribuert til barnehager i Bjørgvin DPS sitt distrikt, som består av fire bydeler i Bergen kommune og 7 kommuner i Nordhordaland.

Prosjektets forankring i Helse Bergen

Prosjektet utføres av Psykisk helsevern for barn og unge, seksjon poliklinikk, Helse Bergen HF. Ansvarlig for prosjektet er seksjonssjef Magne Furevik og prosjektleder Hanne Cecilie Braarud. Det ble etablert en prosjektgruppe som har deltatt i utforming av spørreskjema og i planleggingen av oppfølging av data fra undersøkelsen. Prosjektgruppen er representert ved psykologspesialistene Kjetil Lysne, Ann Gunn Tingvold, Aud H. Mørkedal, Eli K. Johnsen og Bjørn Brunborg.

Stud.psychol Nina Handelsby har kodet, punchet og bearbeidet datamaterialet og rapport gjennom sitt sommerstipend fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Vest

Bakgrunn for prosjektet

Prevalens for mentale problemer hos sped- og småbarn ligger på samme nivå som hos eldre barn, ca. 17-20 % (DelCarmen Wiggins & Carter, 2004). Selv om forekomsten er relativt lik mellom små barn og eldre barn, så identifiseres mentale problemer hos små barn i mye mindre grad enn hos eldre barn. En forklaring på dette kan være at symptomer på mentale problemer i spedbarnsalder er mindre spesifikke, og at det som senere viser seg å være psykisk vansker først bli identifisert som somatiske eller utviklingsrelaterte problemer (se Hviding, 2005).

Innsatsen for å øke kompetanse på både forebygging og tidlig identifisering og intervensjon blant de yngste barna påpekes i nasjonale og regionale prioriteringer. I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (Helsedepartementet, 2003a) beskrives blant andre barnehagen som en sentral samarbeidspartner med hjem og nærmiljø i arbeidet med å skape gode oppvekstbetingelser for barn og ungdom. Barnehagen er en sentral institusjon i forhold til utvikling av identitet og selvoppfatning, og opplevelse av trygghet og tilhørighet. Dette er grunnleggende faktorer for en god psykisk helse for resten av livet, blant annet for å motvirke atferdsproblemer. Barn i risiko, så som de som har det vanskelig hjemme, klarer seg bedre om de opplever å ha viktige tilknytningspersoner i barnehage (Helsedepartementet, 2003a). En økt innsats mot de minste barna fremheves i den regionale opptrappingsplanen til Helse Vest (HelseVest, 2004) hvor innsatsen i arbeid rettet mot sped- og småbarn skal prioriteres. Et felles kjennetegn ved føringer som har blitt gitt de siste årene kan sammenfattes til en innsats mot å styrke kompetansen i kommunale- og spesialisttjenester i forhold til kunnskap om psykisk helse og vansker hos små barn. I arbeid med denne populasjonen blir særlig helsestasjonen, skolehelsetjenesten, PPT, barnehager og psykiatritjenesten relevante kommunale tjenester.

Parallelt med disse føringene understrekes også betydningen av samarbeid mellom de ulike instansene og etatene. Når samarbeid er på sitt beste, så gir det først og fremst en bedre og mer helhetlig tjeneste til brukerne (Gylseth & Heian, 2004). Dette krever en innsats mot å utvikle en ny organisering av samarbeidet mellom etater i det kommunale tjenesteapparatet, men også mellom 1. linjeinstansene og spesialisthelsetjenesten. I en kartlegging som ble gjennomført av Regionsenter for barn og unges psykiske helse Midt-Norge (Rypdal, 2004), fant man at kompetanse på barns oppvekst og helse fordeler seg i profesjonssøyler, og tjenestetilbudet fremstår som mer oppdelt enn som et helhetlig tjenestetilbud til brukerne av tjenestene. Samarbeid og samhandling mellom 1. linjetjenestene var mangelfull, og mange 1. linjetjenester

opplevde samarbeidet med Psykiske helsevern for barn og unge (BUP) som utilstrekkelig. Geografisk sett så ligner vest Norge på midt Norge, med få storbyer, noen få distriktsentra, og mange landkommuner. Man kan derfor anta funnene ikke gjelder spesielt for midt Norge, men er representative for vest Norge, og antakelig representerer en generell status for det norske helsevesenet.

Rapporten fra Midt-Norge (Rypdal, 2004) gir et generelt inntrykk av kompetanse, kompetansebehov, samarbeidsformer og eksisterende forebyggende innsats. Det savnes likevel et systematisk bilde av kompetanse i forhold til de yngste barna, hvilke kompetansebehov i forhold til identifisering og iverksetting av tiltak som ønskes, og hvordan denne kompetansen skal tilføres. I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.....sammen om psykisk helse.....(Helsedepartementet, 2003a) vektlegges en særlig målrettet kompetanseheving innen temaene psykososial kompetanse og samarbeidskompetanse hos dem som arbeider med barn og unge.

Formålet med prosjektet

Formålet med dette prosjektet er derfor å kartlegge eksisterende kompetanse og kunnskap innenfor fagfeltet psykisk helse hos sped- og småbarn hos aktuelle yrkesgruppene som jobber med denne barnepopulasjonen. Datagrunnlaget i kartleggingsprosjektet hentes fra aktuelle 1. linjetjenester i distrikt Bjørgvin DPS som består av bydelene Bergenhus, Årstad, Åsane og Arna i Bergen kommune, Meland Kommune, Austrheim Kommune, Masfjorden Kommune, Fedje Kommune, Radøy Kommune, Lindås Kommune og Osterøy Kommune. Dette geografiske området er valgt på bakgrunn av at området representerer en geografi og sammensetning som også reflekterer by- og større og mindre landkommuner i Helseregion Vest.

Identifisering av psykiske problemer/sykdom og risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø krever kunnskap om hva som er normalutvikling og hva som er patologisk utvikling innenfor gitte utviklingstrinn (Achenbach, 1997). I dette prosjektet har vi tatt utgangspunkt i kompetanse på barn mellom 0-6 år, men da dette er et aldersspenn preget av tidvis rask og omfattende utvikling, har vi sett det som nødvendig å dele alderspopulasjonen i to, med to kartlegginger. Et kartleggingsstudie med utgangspunkt i de aller yngste barna (0-2 år) (kartleggingsstudie 1) og en kartleggingsstudie mot eldre småbarn (3-6 år) (kartleggingsstudie 2; se vedlegg 1). Hvert av spørreskjemaene vil bli sendt ut til de aktuelle fagmiljøer for de enkelte av aldersgrupperingene.

Denne rapporten omhandler kartleggingsstudie 2.

Den foreliggende kartleggingsundersøkelsen baserer seg på datamateriale fra innsamlede spørreskjema utsendt ultimo april og returnert i perioden mai- juli 2006 fra pedagoger i barnehager i distrikt Bjørgvin DPS. Totalt ble 352 spørreskjemaer utsendt, fire skjemaer til hver barnehage. Det ble returnert 92 besvarte spørreskjema fra 50 av 88 barnehager, noe som utgjør en svarprosent på 57 prosent. Fra to av barnehagene har alle fire utsendte spørreskjema blitt returnert, fra seks barnehager har tre av fire spørreskjema blitt returnert, fra 23 barnehager har to av fire spørreskjemaer blitt returnert og fra 19 barnehager har et av fire spørreskjema blitt returnert.

Spørreskjemaet har blitt spesielt laget for denne studien, og er utviklet med forutbestemte svaralternativer, hvor respondenten krysser av for det svaret som stemmer best. Noen få spørsmålsledd har også et åpent spørsmål hvor respondenten kan komme med utfyllende kommentarer. Kommentarene oppgis sammen med noen av resultatene, men blir i større grad trukket inn i diskusjonen av resultatene for å gi mer utfyllende informasjon for diskusjon og tolkning av resultatene. Spørreskjemaet består av kategorier av spørsmål knyttet til temaer som identifisering, vurdering og håndtering av vansker/problemer hos barn i aldersgruppen 3-6 år, vurdering og forfølgelse av egen bekymring knyttet til risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø, samt kompetanse og kompetansebehov hos pedagogene om psykisk helse, utvikling og foreldresamarbeid i denne barnegruppen, iverksetting av tiltak og arbeid med å styrke barns psykiske helse og utvikling, samt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid mellom barnehagen og 1.linje- og spesialisthelsetjenesten.

Svarresponser og utfyllende kommentarer fra de returnerte spørreskjemaene ble lagt inn i Excel og deretter overført til statistikkprogrammet Statistica for analyse, hvor frekvensanalyser ble gjennomført for alle spørsmål og spørsmålsledd i spørreskjemaet. Utvalget ble også analysert med utgangspunkt i dikotomien bydelsbarnehager (n=36) og landkommunebarnehager (n=55) for å undersøke hvorvidt man på noen punkter kan se forskjeller mellom disse i svarresponsene.

1. Beskrivelse av utvalget

Av det totale utvalget av respondenter (n=92), var halvparten (n=46) førskolelærere med tilleggsutdanning og den andre halvparten (n=46) førskolelærere uten tilleggsutdanning. 27 av respondentene var styrere i sine barnehager (29,3 %), dermed er 65 av respondentene ikke styrere (70,7 %). 88 (95,7 %) av respondentene var kvinner.

Gjennomsnittlig arbeidserfaring etter endt utdanning var 10,3 år (range 1-28 år), og gjennomsnittlig arbeidslengde på nåværende arbeidssted var 7,4 år (range 0,5-26 år).

Halvparten (n=46) av respondentene hadde sin arbeidsplass i en offentlig barnehage, og tilsvarende 46 i privat barnehage. 13 (14,1 %) av respondentene arbeidet i barnehage med en avdeling, 23 (23,9 %) i barnehage med to avdelinger, 19 (20,7 %) i barnehage med tre avdelinger, og de resterende 38 respondentene (41,3 %) i barnehage med fire eller flere avdelinger. 12 (13 %) av respondentene arbeidet i barnehager hjemmehørende i kommuner med under 5000 innbyggere i Nordhordland, 43 (46,7 %) i barnehager hjemmehørende i kommuner med over 5000 innbyggere i Nordhordland og 36 (39,2 %) i barnehager hjemmehørende de aktuelle bydelene i Bergen kommune. En respondent har ikke oppgitt kommunetilhørighet.

2. Kompetanse og kompetansebehov

2.1 Kompetanse på å forstå psykiske vansker hos små barn

Det første temaet vi var interessert i var førskolelærernes kompetanse på å forstå tegn på psykiske vansker hos små barn (i aldersgruppen 3-6 år) i form av identifisering av symptomer på vansker/problemer, det å komme med bekymring om observerte/identifiserte symptomer til barnets foreldre og kartlegging av om symptomene eksisterer i hjemmet eller i fritiden.

2.1.1. Om å identifisere vansker eller symptomer hos barnet

Den første spørreleddet tok opp hvordan pedagoger vurderte sin kompetanse i forhold til å identifisere symptomer hos barn i aldersgruppen 3-6 år. Respondentene hadde mulighet for å gi en vurdering av både nåværende kompetanse og om de hadde behov for økt kompetanse. Figur 2.1.1 viser at mer enn 50 % av respondentene oppgir å ha god kompetanse på å identifisere symptomer på motoriske problemer (75 %), språkproblemer (79,3 %), avvik i kontaktsøken mot jevnaldrende (64,1 %), atferdsproblemer (58 %), avvik i kontaktsøken mot voksne i barnehagen

(60,9 %), renslighetsproblemer (51,1 %), sinne- og aggresjonsproblemer (51,1 %). Færre oppgir å ha god kompetanse på å identifisere hyperaktivitet (27,2 %), lærevansker (25 %), symptomer på omsorgssvikt (21,7 %) og avvikende samspill mellom foreldre og barn (29,3 %). Og enda færre oppgir å ha god kompetanse på å identifisere symptomer på depresjon (10,9 %) og angsttilstander (6,5 %), samtidig som langt flere oppgir å ha lav kompetanse på å identifisere symptomer på depresjon (51,1 %) og symptomer på angst (53,3 %). 13 % oppgir å ha god kompetanse på å identifisere symptomer på autistiske trekk, mens 34,8 % oppgir å ha lav kompetanse på dette. Mange av respondentene oppgir å ha behov for økt kompetanse på identifisering av symptomer på depresjon (68,5 %), angsttilstander (69,6 %), autistiske trekk (52,2 %) og omsorgssvikt (46,7 %).

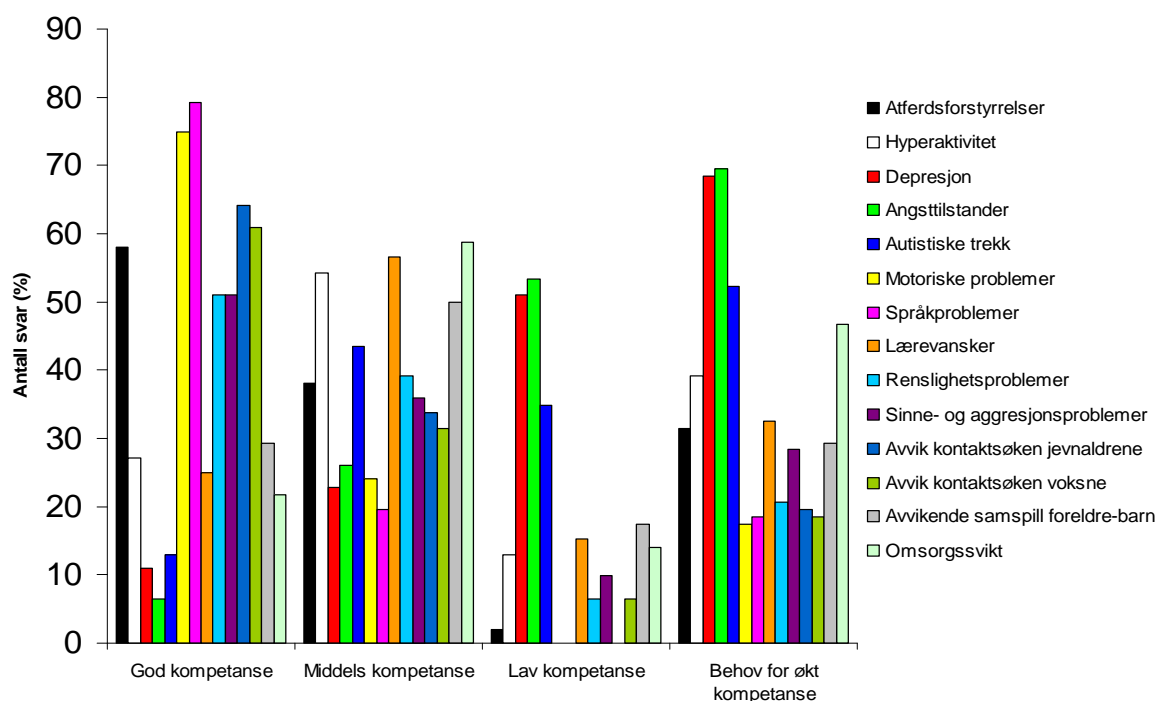
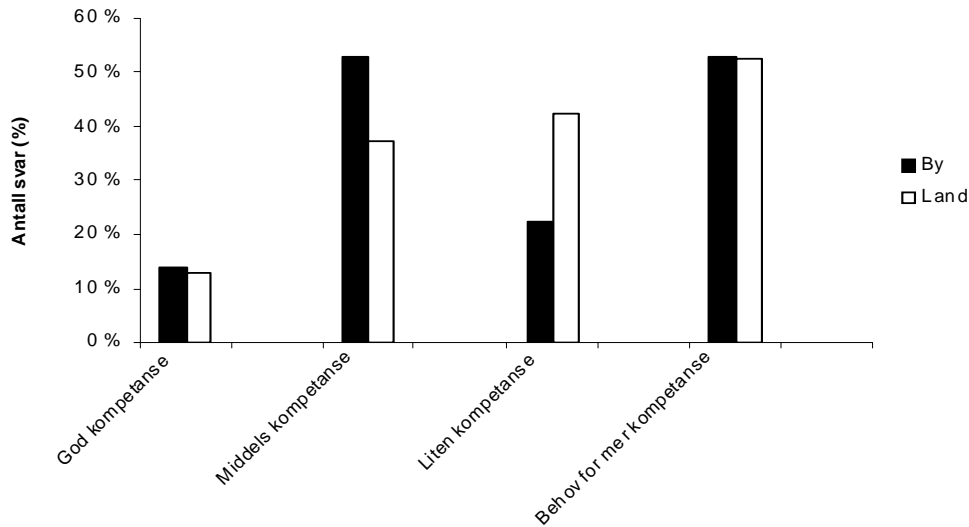


Fig. 2.1.1. Om å identifisere vansker eller symptomer hos barnet

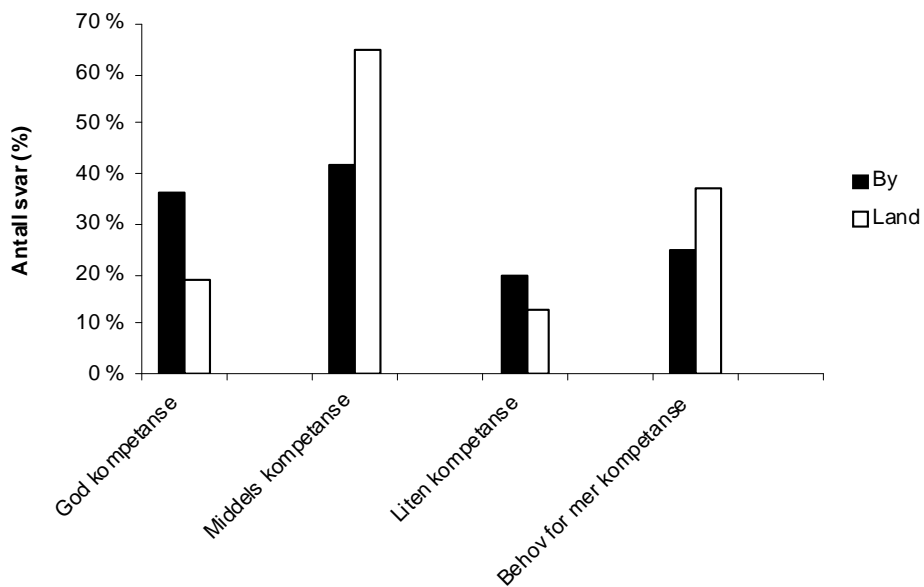
*Her kunne respondentene svare med flere kryss, og noen har svart at de har god, middels eller lav kompetanse, men også har behov for økt kompetanse. Noen har ikke tatt stilling til nåværende kompetanse, men svart at de har behov for økt kompetanse.

Det ble så foretatt en inspeksjon av forskjeller mellom bydels-barnehager og landkommune-barnehager i forhold til pedagogers kompetanse og kompetansehevingsbehov omkring det å identifisere vansker eller symptomer hos barn. Resultatene viste markerte forskjeller i forhold til

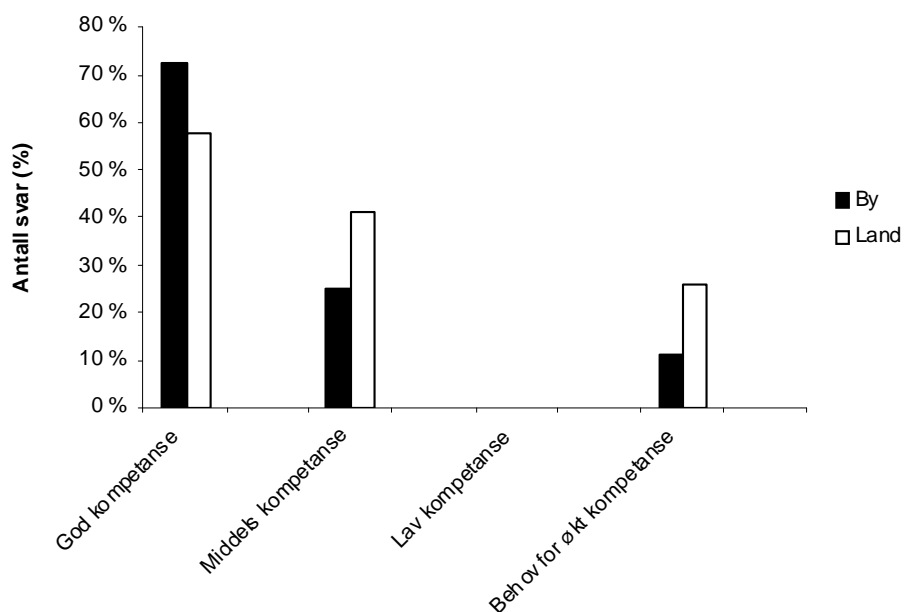
autistiske trekk, lærevansker, kontaktsøken mot jevnaldrene og kontaktsøken mot voksne i barnehagen (se figur 2.1.1a;b;c;d).



Figur 2.112a viser at pedagoger fra landkommuner rapporterer høyere frekvens av lav kompetanse og lavere frekvens av middels kompetanse enn pedagoger fra bydeler i forhold til å identifisere symptomer på autistiske trekk



Figur 2.1.1b viser at pedagoger fra bydeler rapporterer mer frekvent enn pedagoger fra landkommuner å ha god kompetanse på identifisere symptomer på lærevansker, mens pedagoger fra landkommuner rapporterer en høyere frekvens på middels kompetanse sammenlignet med pedagoger fra bydeler



Figur 2.1.1c viser at pedagoger fra bydeler rapporterer mer frekvent enn pedagoger fra landkommuner å ha god kompetanse på å identifisere symptomer på kontaktsøken mot jevnaldrene, mens pedagoger fra landkommuner rapporterer en høyere frekvens på middels kompetanse sammenlignet med pedagoger fra bydeler

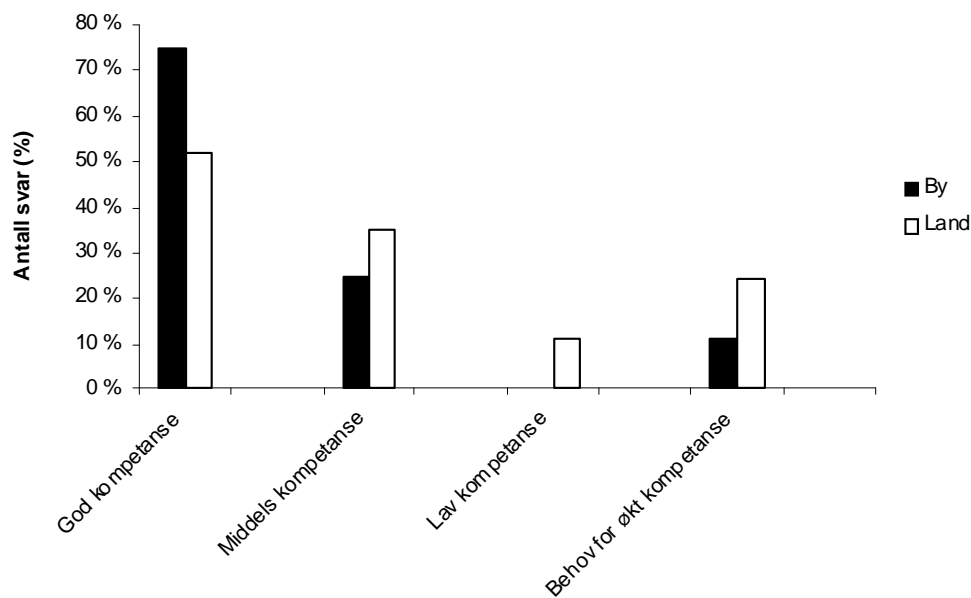


Figure 2.1.1d viser at pedagoger fra bydeler rapporterer mer frekvent enn pedagoger fra landkommuner å ha god kompetanse på å identifisere symptomer på kontaktsøken voksne, mens pedagoger fra landkommuner rapporterer en høyere frekvens på middels kompetanse sammenlignet med pedagoger fra bydeler

2.1.2. Om kompetanse og erfaring på å komme med bekymring om symptomene til barnets foreldre

Dette spørreleddet var et oppfølgingsspørsmål av det forrige, hvor respondenten ble bedt om å vurdere sin kompetanse på å komme med en bekymring om de samme symptomene til barnets foreldre (se figur 2.1.2). 60 % eller flere av respondentene oppgir å ha god kompetanse på å komme med bekymring til barnets foreldre om motoriske problemer (63 %) og språkproblemer (70,7 %). Færre rapporterer å ha god kompetanse på å ha foreldresamtale om bekymring om atferdsforstyrrelser (30,4 %), hyperaktivitet (13 %), lærevansker (23,9 %), renslighetsproblemer (33,7 %), sinne- og aggresjonsproblemer (42,4 %), avvikende kontaktsøken mot jevnaldrene (45,7 %) og avvikende kontaktsøken mot voksne i barnehagen (33,7 %). 5,4 % oppgir å ha god kompetanse på komme med bekymring om omsorgssvikt til barnets foreldre, mens 47,8 % oppgir å ha lav kompetanse på dette. 7,6 % oppgir å ha god kompetanse på å ha foreldresamtale om avvikende foreldre-barn samspill, mens 42,4 % oppgir å ha lav kompetanse på dette. 50 % eller flere av respondentene oppgir å ha lav kompetanse på å ha foreldresamtale om autistiske trekk hos barnet (53,3 %), symptomer på angsttilstander (70,7 %) og symptomer på depresjon (70,7 %). Over 40 % av respondentene oppgir å ha behov for økt kompetanse på å ha foreldresamtale om symptomer på atferdsforstyrrelse (41,3 %), hyperaktivitet (50 %), depresjon (72,8 %), angsttilstander (72,8 %), autistiske trekk (64,1 %), lærevansker (40,2 %), avvikende foreldre-barn samspill (58,7 %) og omsorgssvikt (67,4 %).

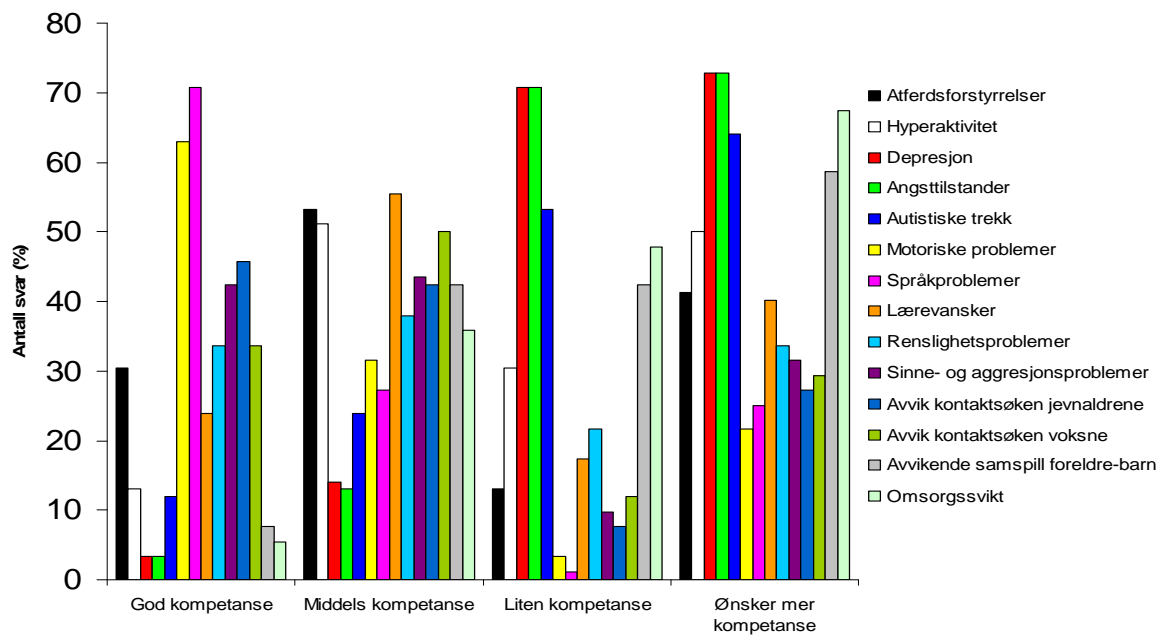
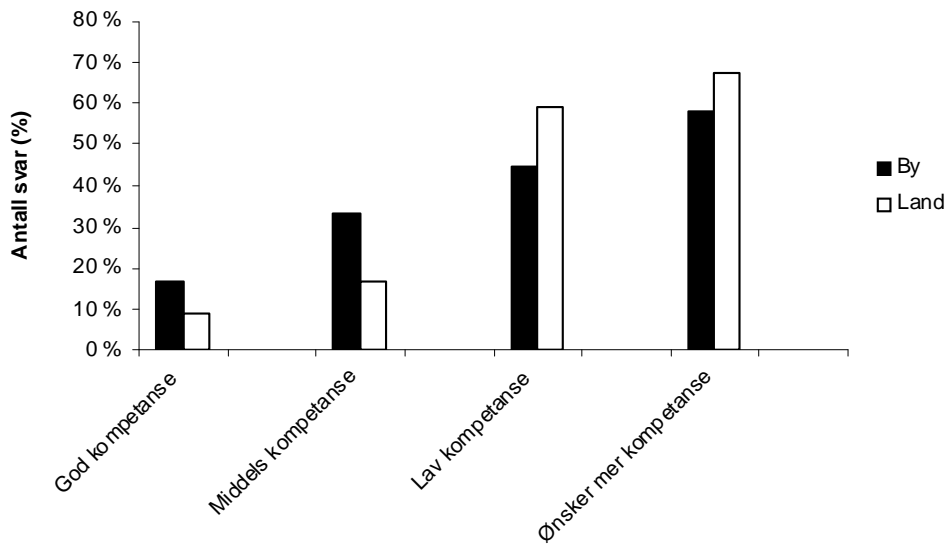
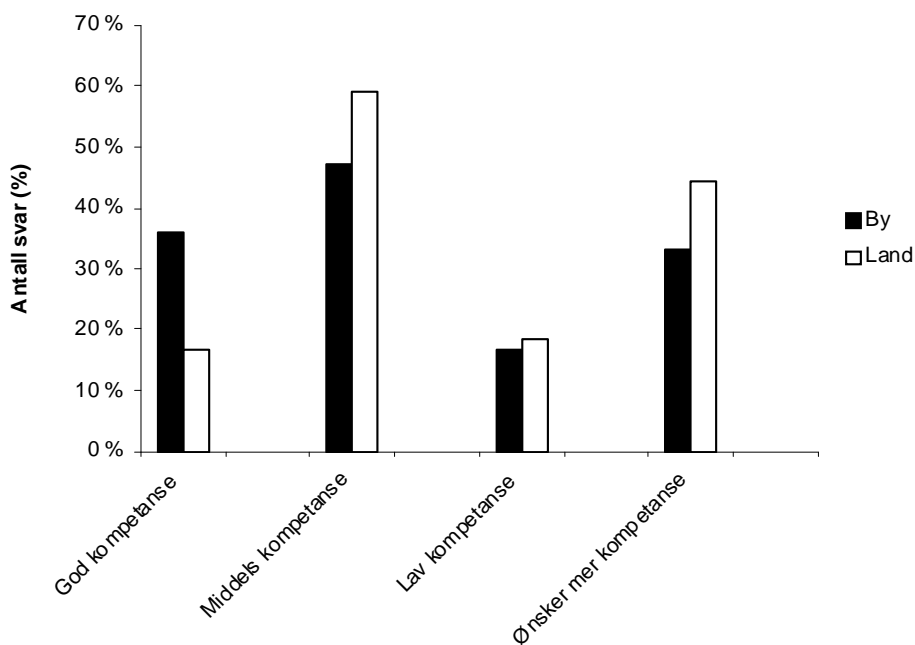


Fig. 2.1.2. Om kompetanse og erfaring på å komme med bekymring om symptomene til barnets foreldre.
 *Her kunne respondentene svare med flere kryss, og noen har svart at de har god, middels eller liten kompetanse, men også at de ønsker mer kompetanse. Noen har ikke tatt stilling til nåværende kompetanse, men svart at de ønsker mer kompetanse.

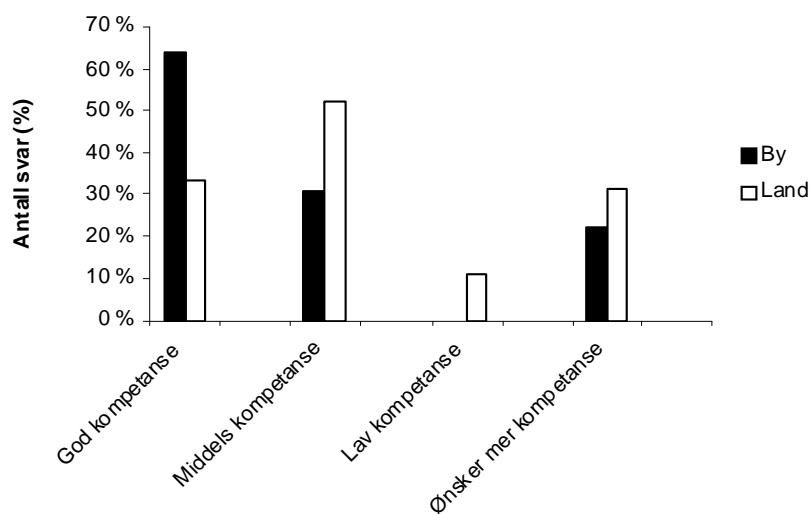
Det ble også her foretatt en inspeksjon av forskjeller mellom pedagoger i bydels-barnehager obydel og landkommune-barnehager i forhold til kompetanse og erfaring med å komme med bekymring om symptomer til barnets foreldre. Her gjengis de resultater som viser forskjell mellom pedagoger i bydels-barnehager og landkommune-barnehager i forhold til foreldresamtale om autistiske trekk, lærevansker, kontaktsøken med jevnaldrene og kontaktsøken mot voksne (se Figur 2.1.2a; b; c; d).



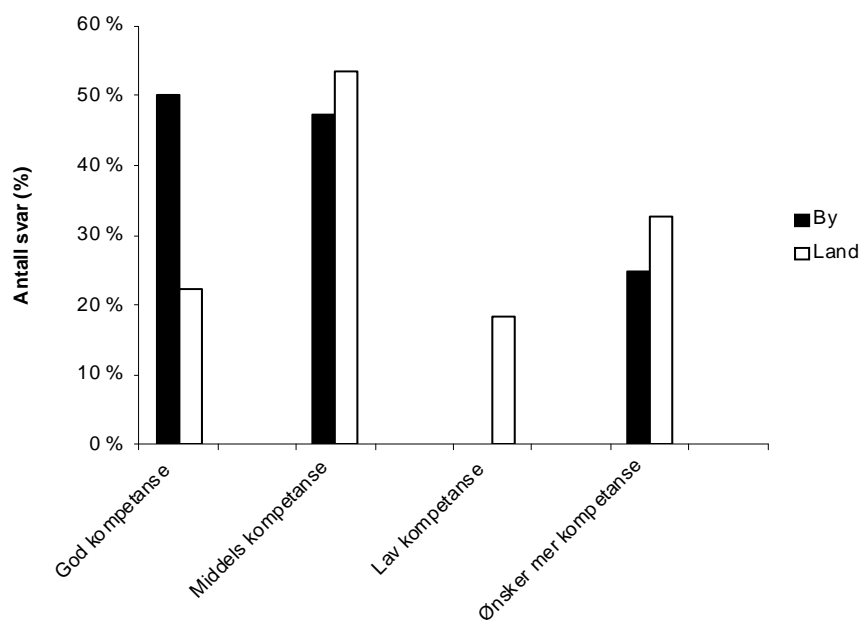
Figur 2.1.2a viser at pedagoger fra bydeler rapporterer mer frekvent god og middels kompetanse på å ha foreldresamtale om autistiske trekk hos barnet enn pedagoger fra landkommuner, mens de fra landkommuner rapporterer mer frekvent lav kompetanse og behov for økt kompetanse enn de fra bydeler



Figur 2.1.2 b viser at pedagoger fra bydeler rapporterer mer frekvent å ha god kompetanse på å ha foreldresamtale om symptomer på lærevansker. Det er også forskjeller mellom pedagoger fra bydeler og landkommuner i rapportert middels- og lav kompetanse, samt behov for økt kompetanse, men disse forskjellene er noe mindre.



Figur 2.1.2c viser at pedagoger fra bydeler mer frekvent rapporterer å ha god kompetanse på å ha foreldresamtale om avvikende kontaktsøket mot jevnaldrene enn pedagoger fra landkommuner, mens pedagoger fra landkommuner rapporterer mer frekvent å middels kompetanse enn pedagoger fra bydeler. 12,7 % av pedagoger fra landkommuner svarer at de har lav kompetanse, mens ingen pedagoger fra bydeler har valgt denne svarkategorien



Figur 2.1.2d viser forskjell i frekvens av rapportert kompetanse på å ha foreldresamtale om tegn på avvikende voksenkontakt i barnehagen. Pedagoger i bydeler rapporterer markert høyere frekvens av god kompetanse enn de fra landkommuner, og ingen pedagoger fra bydeler rapporterer lav kompetanse slik 20% pedagoger fra landkommuner rapporterer.

2.1.3. Kartlegging med foreldre om observerte symptomer eksisterer i hjemmet eller i fritiden.

På spørsmål om den enkelte førskolelærer kartlegger med foreldre om symptomene eksisterer i hjemmet eller i fritiden svarer 57,6 % av respondentene ”ja”, og 35,9 % ”noen ganger”, 5,5 % av respondentene oppgir at de ”sjelden” eller ”aldri” gjør dette.

På oppfølgingsspørsmål om man kan bruke denne informasjonen til å vurdere barnets tilstand og situasjon, svarer 22,8 % av respondentene ”ja” og 57,6 % ”noen ganger” på dette, 25 % svarer ”sjelden”, mens ingen svarer ”dette ligger utenfor mitt ansvarsområde” (se Figur 2.1.3).

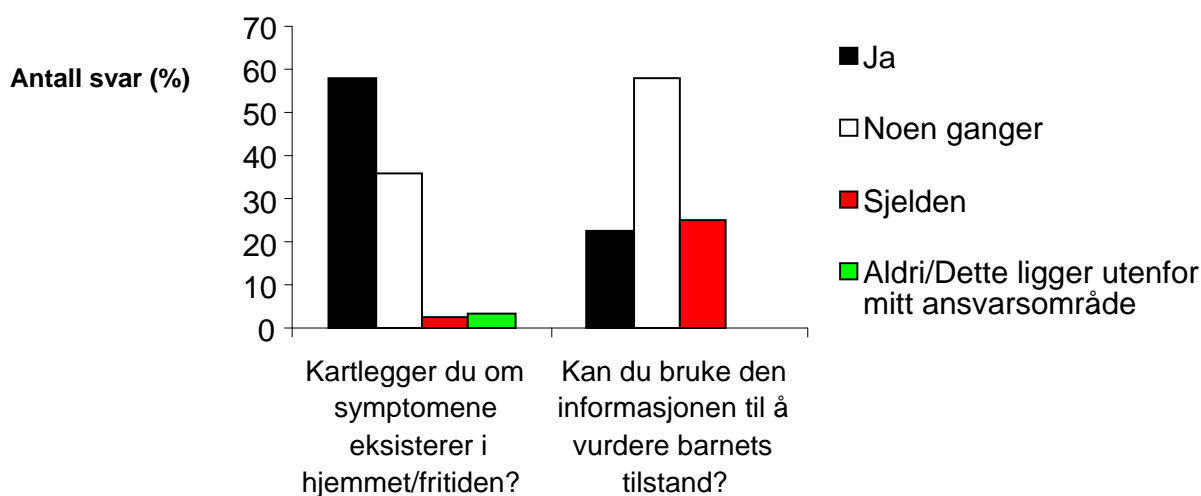


Fig. 2.1.3. Kartlegging med foreldre om observerte symptomer eksisterer i hjemmet eller i fritiden

2.2 Kompetanse på avvikende omsorgsmiljø

I denne delen av spørreskjemaet var fokus på barnets omsorgsmiljø, vurdering av risikofaktorer i omsorgsmiljø, og iverksetting av tiltak når man er bekymret for barnets omsorgsmiljø.

2.2.1. Kompetanse på å vurdere risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø

I dette spørreleddet ble det spurt etter kompetanse på å forfølge en bekymring med foreldre eller andre hjelpeinstanser i forhold til ulike oppgitte risikofaktorer. Svarene i dette spørreleddet viser at 21,7 % av respondentene oppgir å ha god kompetanse når det gjelder å vurdere foreldres overdrevne engstelighet for, eller overbeskyttelse av barnet. 30,4 % oppgir å ha god kompetanse på å vurdere foreldres manglende ferdigheter i stimulering og grensesetting.

Samtidig så oppgir over 40 % av respondentene å ha dårlig kompetanse på forfølge sin bekymring når det gjelder mors psykiske helse (41,3 %), fars psykiske helse (44,6 %) og dårlig familieøkonomi (40,2 %). Og over 40 % av respondentene oppgir behov for økt kompetanse på alle risikofaktorene, unntatt når foreldrene viser manglende ferdigheter i stimulering og grensesetting (38 %) (se Figur 2.2.1).

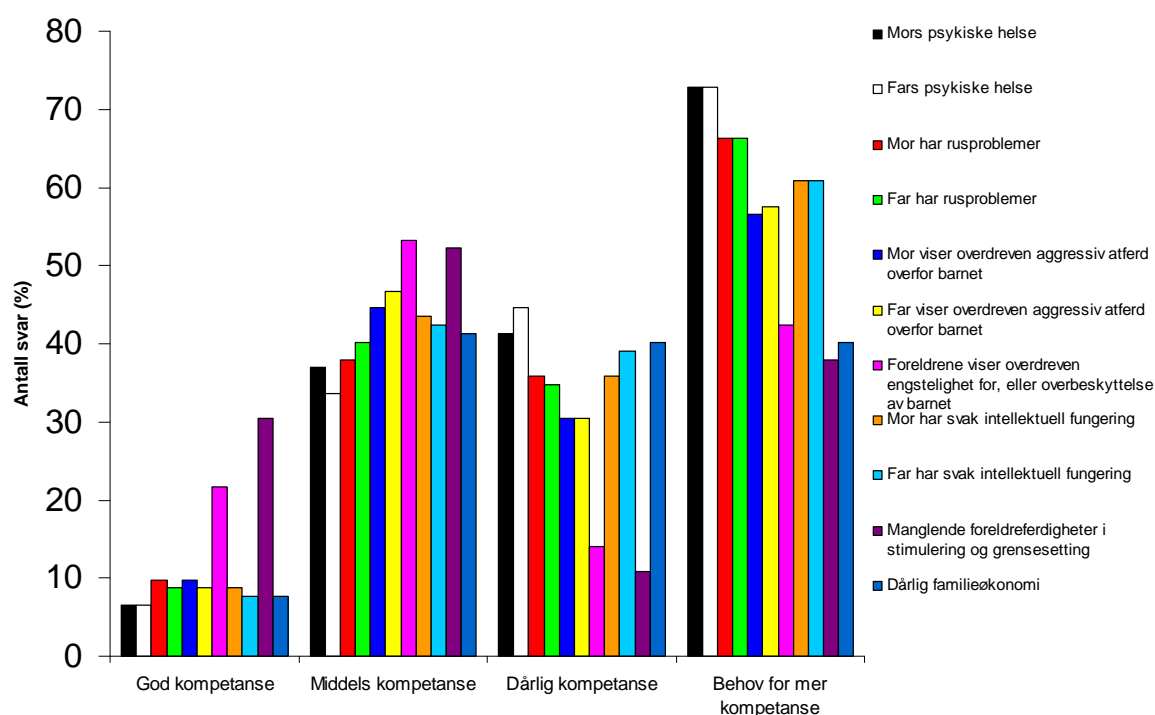


Fig. 2.2.1. Kompetanse på å vurdere risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø

*Her kunne respondentene svare med flere kryss, og noen har svart at de har god, middels eller lav kompetanse, men også har behov for økt kompetanse. Noen har ikke tatt stilling til nåværende kompetanse, men svart at de har behov for økt kompetanse.

Det var ingen markante forskjeller i rapport kompetanse og kompetansebehov når man sammenlignet svar fra pedagoger i bydeler og svar fra pedagoger i landkommuner.

2.2.2. Risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø og iverksetting av tiltak

På spørsmål om hvem man tar opp tegn på en eller flere av de tidligere nevnte risikofaktorene, svarer majoriteten av respondentene (62-72 %) at dette er noe som tas opp med leder for barnehagen, noe som korresponderer med andelen av utvalget som ikke er

barnehagestyrer (70,7 %).

På risikofaktorene ”mor har rusproblemer” og ”far har rusproblemer”, oppgir henholdsvis 70 % og 68 % at de vil ta opp disse faktorene med barnevernet. Når foreldrene viser ”overdreven engstelighet for, eller overbeskyttelse av barnet”, og ”ved manglende ferdigheter i stimulering og grensesetting” oppgir henholdsvis 64 % og 70 % at dette er noe de vil ta opp med foreldrene. Over 40 % av respondentene vil ta opp ”mors psykiske helse” (40 %), ”mor viser overdreven aggressiv atferd overfor barnet” (49 %) og ”far viser overdreven aggressiv atferd overfor barnet” (53 %) med barnevernet.

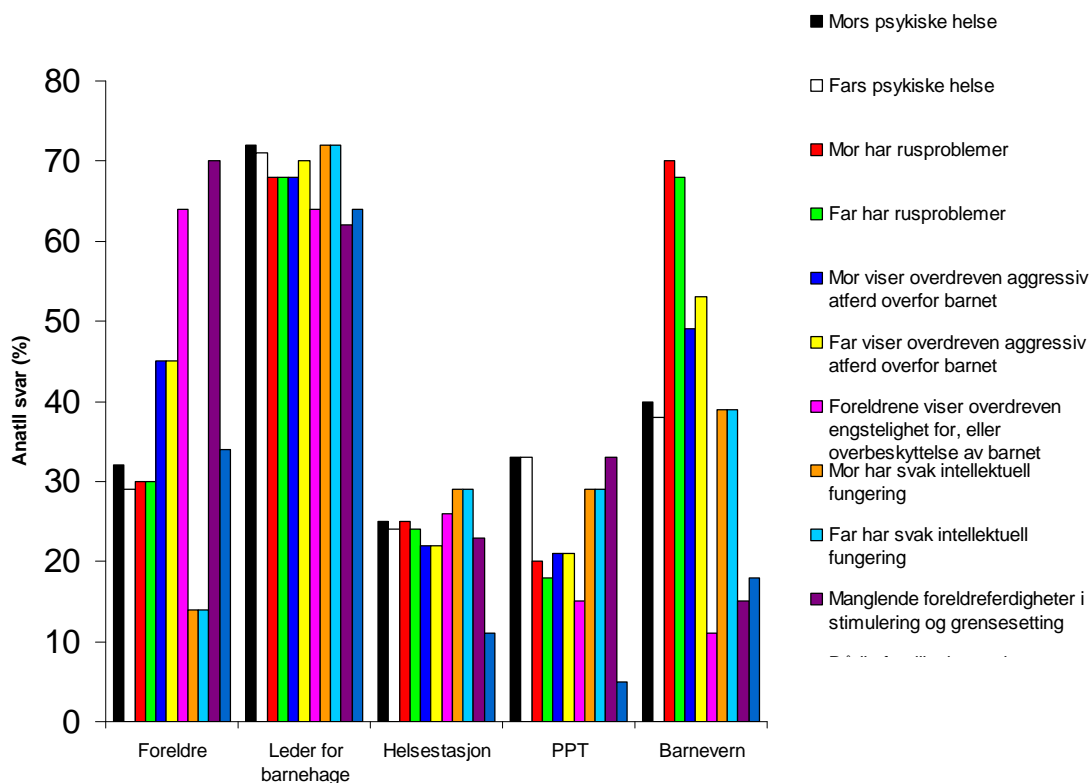
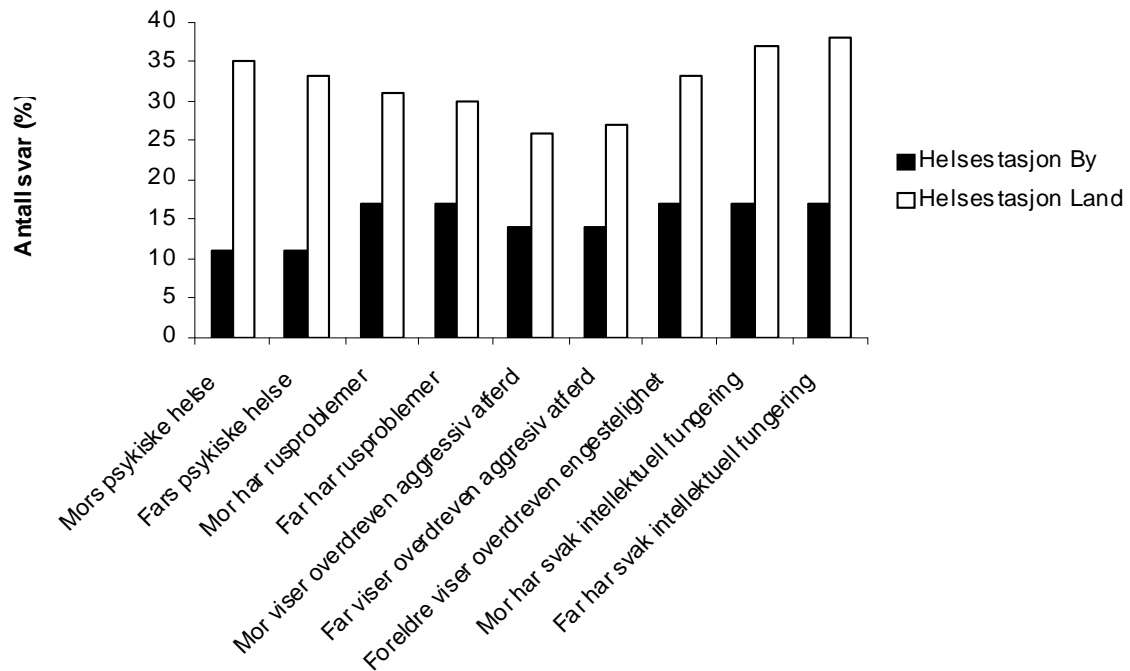


Fig.2.2.2. Risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø og iverksetting av tiltak

*Her kunne respondentene sette opptil flere kryss for hvem de ville ta opp de ulike risikofaktorene med.

Når resultatene ble inspisert i forhold til om det er forskjeller mellom pedagoger i bydeler og landkommuner når det gjaldt hvem de henvendte seg til, så viste resultatene at pedagoger i landkommuner mer frekvent henvender seg til helsestasjon enn pedagoger i bydeler, i forhold til mange risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø (se Figur 2.2.2a). Andre forskjeller er at ”mor viser overdreven aggressiv atferd overfor barnet” rapporteres mer frekvent å bli tatt opp med foreldre

av pedagoger fra bydeler (56 %) enn pedagoger i landkommuner (39 %), og at ”fars viser overdreven aggressiv atferd overfor barnet” også rapporteres mer frekvent å bli tatt opp med foreldre av pedagoger fra bydeler (53 %) enn pedagoger i landkommuner (40 %). Pedagoger i bydeler (25 %) rapporterer at de tar opp ”foreldres overdrevne engstelighet” mer frekvent med PPT enn hva pedagoger i landkommuner gjør (9 %).



Figur 2.2.2a Pedagoger i landkommune-barnehager rapporterer markert mer frekvent at de drøfter risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø med helsestasjon enn pedagoger i bydels-barnehager.

2.2.3 Om tilføring av kunnskap og kompetanseheving

De av respondentene som svarte at de hadde behov for mer kompetanse på å vurdere risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø, samt iverksetting av tiltak, ble så spurt om hvordan de ønsket å få tilført ny kunnskap. Respondentene ble bedt om å ta stilling til hvor aktuelle ulike utdannings-, kurs og veiledningstilbud var for dem (se figur 2.2.3). Resultatene viser at kursing innenfor hvert tema er veldig aktuelt for 68,5 % av respondentene, mens mange færre svarer at det er svært aktuelt med fordypningsseminar i småbarnspsykologi (30,4 prosent) eller videreutdanning i psykisk helsearbeid med barn og unge (27,2 %). Regelmessig kontakt med PPT

er veldig aktuelt for 35,9 % og det er også veldig aktuelt med kontakt med spesialisthelsetjenesten for 33,7 % av respondentene. Gruppeveiledning er også rapportert som veldig aktuelt av 33,7 % av respondentene.

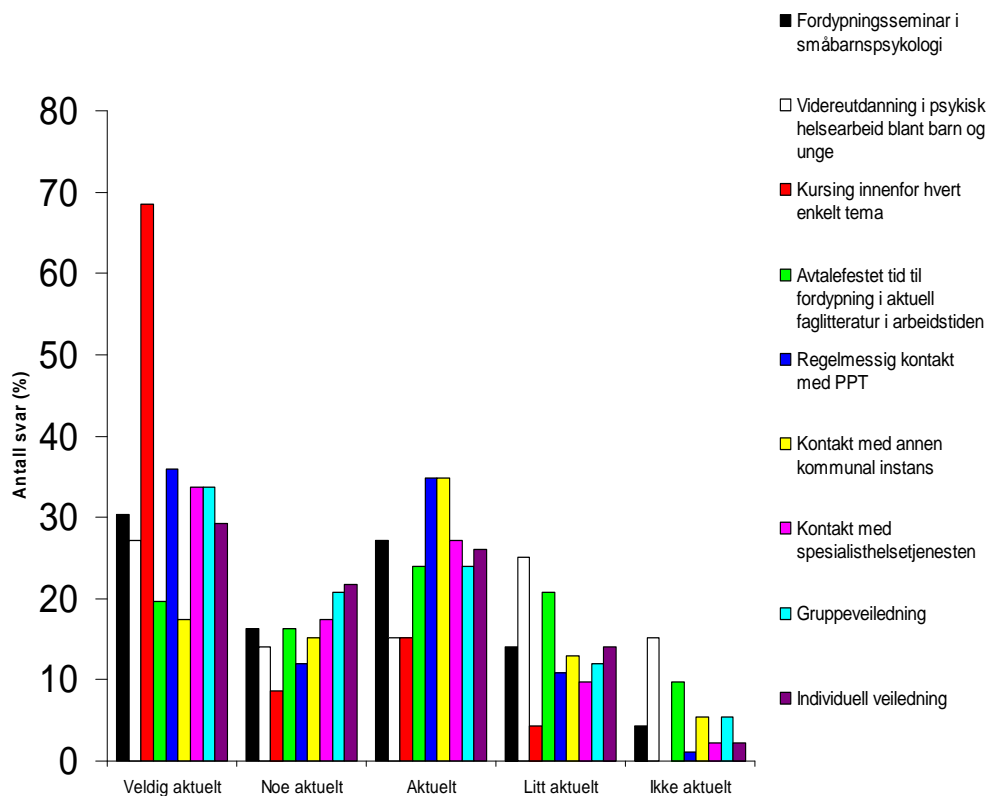


Fig.2.2.3.Om tilføring av kunnskap og kompetanseheving

Av alternative tilbud på kunnskapstilegnelse nevnes:

- 1 Utdypende/videreføring av "Når mor eller far er psykisk syk", arrangert av "Voksne for Barn" hadde vært interessant
- 2 Det viktigste er kunnskap om, men også et "sted" å melde sin bekymring eller spørsmål. Vite hvem og hvilke instanser en kan samtale med anonymt, får råd og oppfølging.
- 3 Videreutdanning dekket av arbeidsgiver eller andre for eksempel statlig prioritering av videreutdanning
- 4 Lønnet permisjon til videreutdanning, innen spesialpedagogikk, subsidiert av kommunen
- 5 Faglige drøftinger - tverrfaglige møter i bydelen. Faglige drøftninger internt i barnehagen og med eksterne styrekollegaer
- 6 Kollokviegrupper/nettverk hvor man kan drøfte/få veiledning
- 7 Etter- og videreutdanning v/NKS evt. NKI og lignende
- 8 Kunne ønske det var tettere samarbeid med helsestasjon

2.3 Barnehagens rolle i å styrke barns psykiske helse og utvikling

I dette spørreleddet ble det nevnt fem ulike tema for utviklingsarbeid og forebyggende tiltak hvor respondentene ble bedt om å beskrive ved hjelp av tre kategorier i hvilken utstrekning deres barnehage driver med disse tiltakene.

Over 40 % oppgir at barnehagen ”Jobber systematisk med dette” når det gjelder ”Tiltak for å styrke sosial fungering” (44,6 %), ”Tiltak i forhold til språkutvikling” (70,7 %), ”Tiltak i forhold til barnets evne til å forstå egne og andre følelser” (44,6 %) og ”Tiltak rettet mot barn med spesielle behov” (57,6 %). Like mange (over 40 %) rapporterer at barnehagen ”Har fokus på dette, men jobber ikke systematisk med temaet” når det gjelder ”Tiltak for å styrke sosial fungering” (52,2 %), ”Tiltak i forhold til motorisk utvikling” (68,5 %) og ”Tiltak i forhold til barnets evne til å forstå egne og andres følelser” (45,7 %; se figur 2.3).

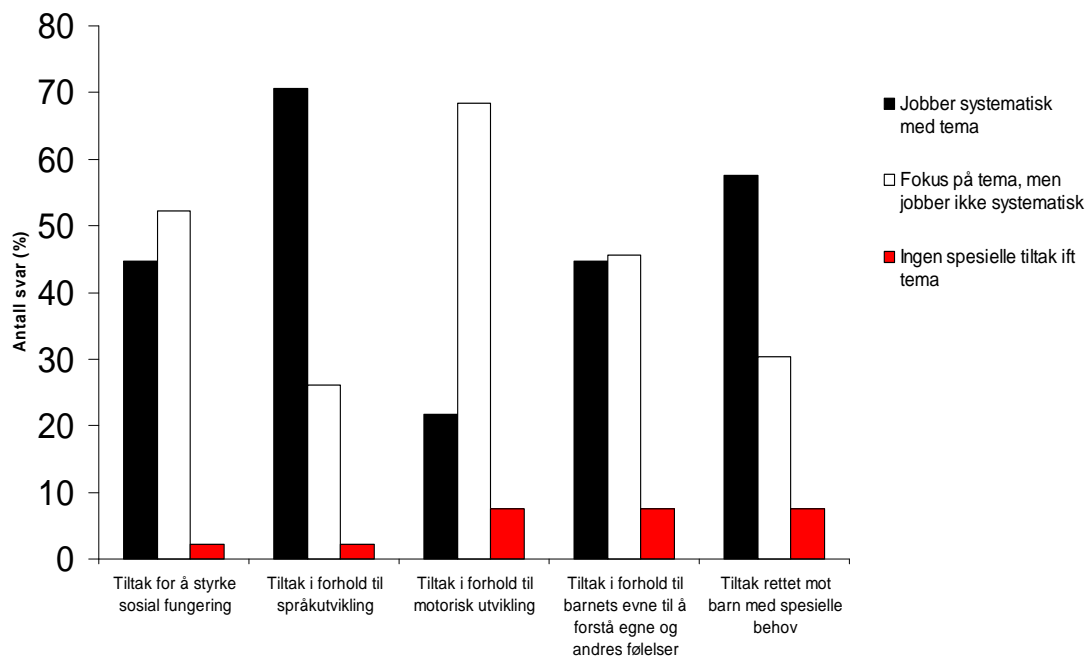
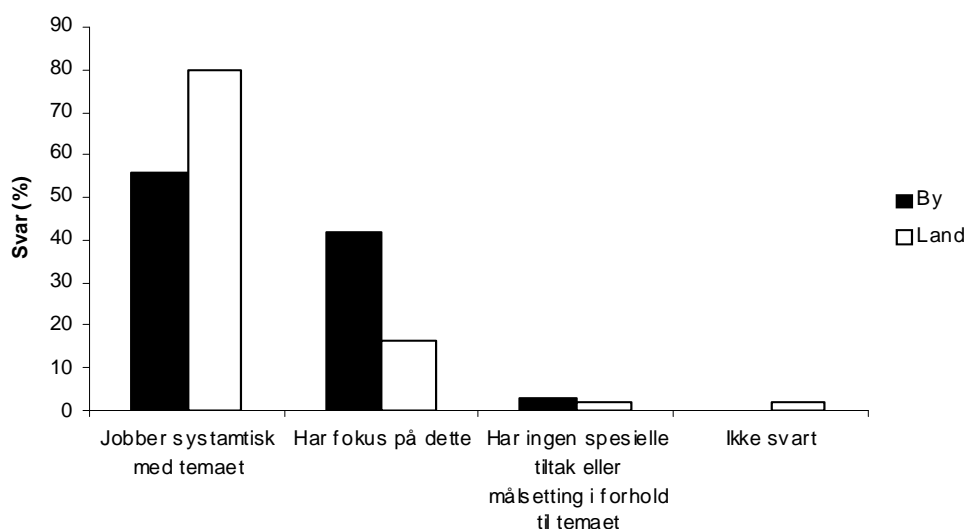


Fig. 2.3. Barnehagens rolle i å styrke barns psykiske helse og utvikling

Når dataene ble inspisert for om det forekom forskjeller i svarrespons mellom pedagoger fra

landkommune-barnehager og bydels-barnehager, så var det en forskjell i ”Tiltak i forhold til språkutvikling”. Pedagoger i landkommuner rapporterer markant mer frekvent at de jobber ”systematisk” med temaet, sammenlignet med pedagogisk personale i bydeler som mest frekvent rapporterer at de har ”fokus på dette, men jobber ikke systematisk med temaet” (se figur 2.3.1)



Figur 2.3.1 Forskjell mellom by og land i forhold til ”Tiltak i forhold til språkutvikling”

3. Om tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

Samarbeid med andre kommunale etater og faggrupper kan være mer eller mindre formelt forankret i rutiner, der flere aktører og ulike virkemidler brukes for å oppnå en felles målsetting. De neste spørsmålene i spørreskjemaet hadde fokus på samarbeid om barns helse som forebyggende tiltak mellom barnehagen og kommunale instanser og samarbeid om forebyggende tiltak mellom barnehagen og spesialisthelsetjenesten.

3.1 Samarbeidspartnere i 1.linjetjenesten

På spørsmål om å vurdere hvor ofte den enkelte respondent, i løpet av det siste året, har samarbeidet med ulike instanser/etater om barn i aldersgruppen 3-6 år, svarer 26,1 % at de har et

forpliktende samarbeid med PPT. Utover dette varierer det fra 0 til 8,7 % i forhold til forpliktende samarbeid med de andre oppgitte 1.linje-instansene helsestasjon; barnevern; fastlege; ergo- og fysioterapitjeneste; sosialkontor; kommunal psykiaritjeneste (se figur 3.1.1).

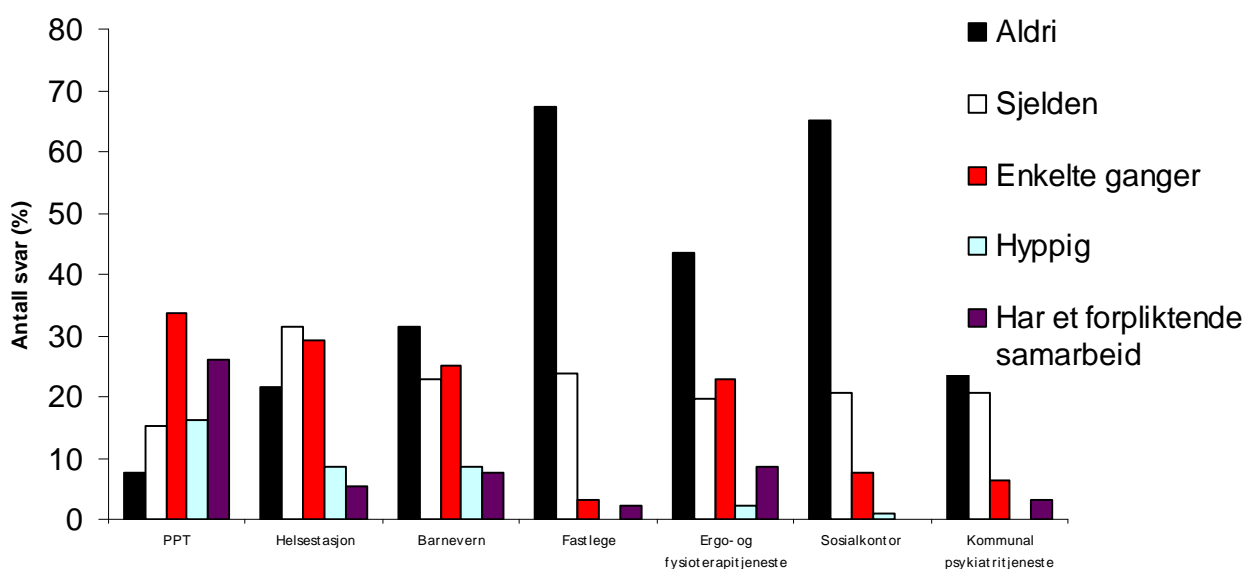


Fig.3.1.1. Samarbeidspartnere i 1.linjetjenesten

3.1.3. Hva samarbeides det om når samarbeidet er etablert?

På spørsmål om hva det samarbeides om når kontakt med en 1.linje-instanse er etablert oppgir 75 % av respondentene at det ”ofte” dreier seg om ”tiltak rettet mot enkelte barn”. 37 % oppgir at det ”enkelte ganger” samarbeides om ”generelt forebyggende tiltak” (se figur 3.1.3). Det bør bemerkes at mellom 16,3 og 3,3 % har unnlatt å svare på de ulike leddene i dette spørsmålet.

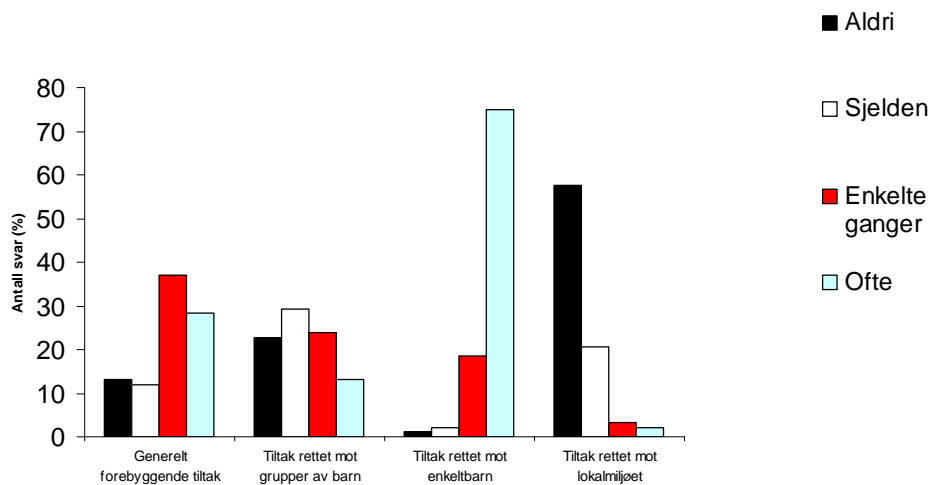


Fig 3.1.3. Hva samarbeides det om når samarbeidet er etablert?

3.2.1. Samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten

På spørsmål om å vurdere hvor ofte den enkelte respondent, i løpet av det siste året, har samarbeidet med ulike instanser/etater i spesialisthelsetjenesten, så er "aldri" den hyppigste svarkategorien. Over 70 % oppgir at de "aldri" samarbeidet med BUP (70,7 %), BUPA (78,3 %), Eikelund kompetansesenter (71,7 %), Barneklubben (79,3 %), Vestlund (75 %), annen somatisk sykehusavdeling (87 %) eller Voksenpsykiatrisk poliklinikk (90,2 %). Det som er det nest hyppigste svaralternativet er "Enkelte ganger" hvor denne svarkategorien for høyest forekomst i forhold til samarbeid med BUP (13 %) og Eikelund Kompetansesenter (14,1 %; se figur 3.2.1).

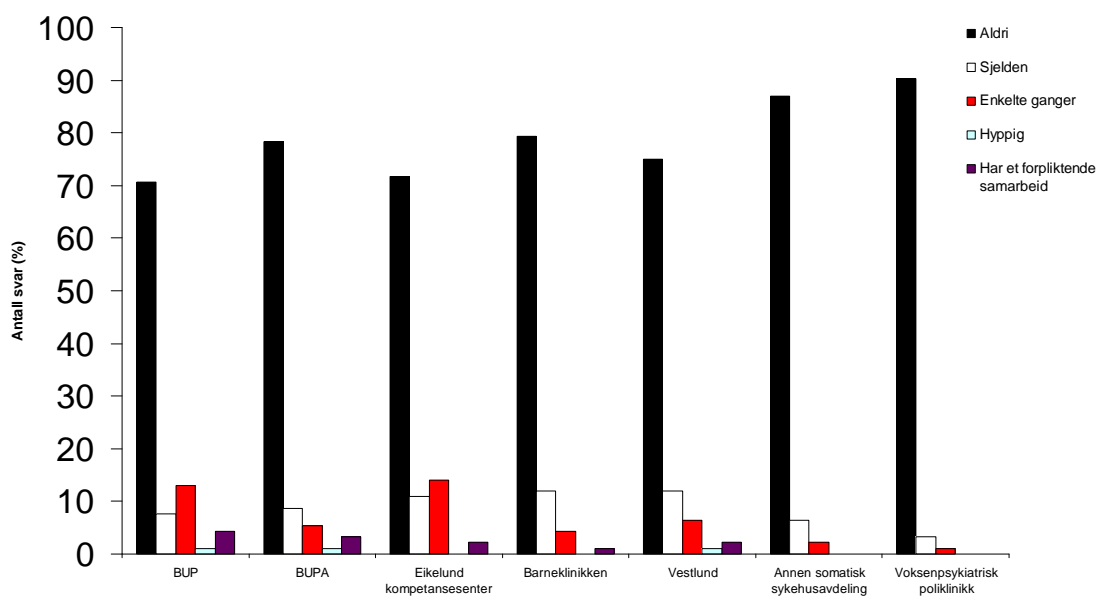
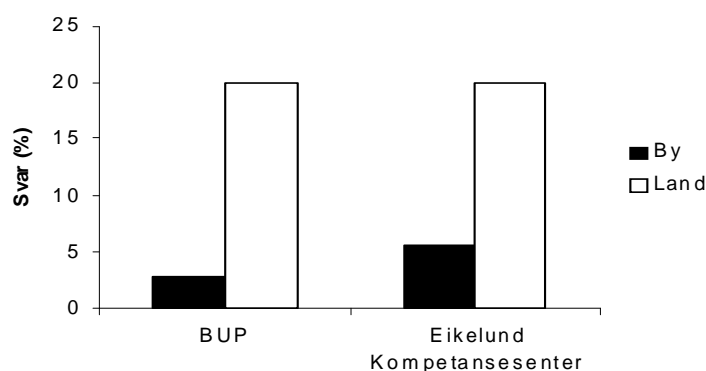


Fig. 3.2.1. Samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten

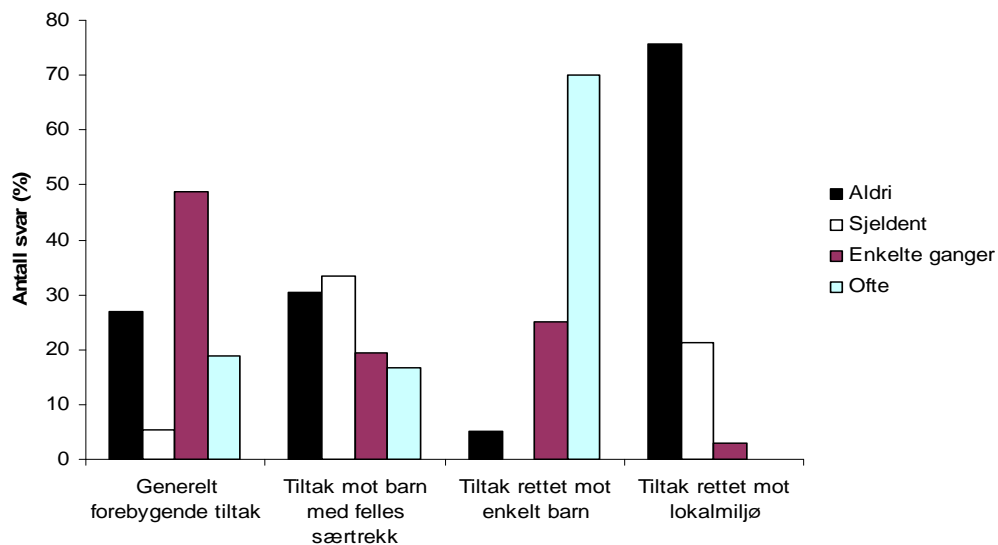
Når svar fra pedagoger i bydeler og landkommuner ble sammenlignet, var det en markert forskjell ved at en del flere pedagoger fra landkommune-barnehager rapporterte at "de enkelte ganger" samarbeidet med BUP og Eikelund kompetansesenter, enn pedagoger i bydels-barnehager (se figur 3.2.1a).



Figur 3.2.1a viser at pedagogeri landkommune-barnehager rapporterer høyere frekvens av å samarbeide enkelte ganger med BUP og Eikelund Kompetansesenter, enn pedagoger i bydels-barnehager.

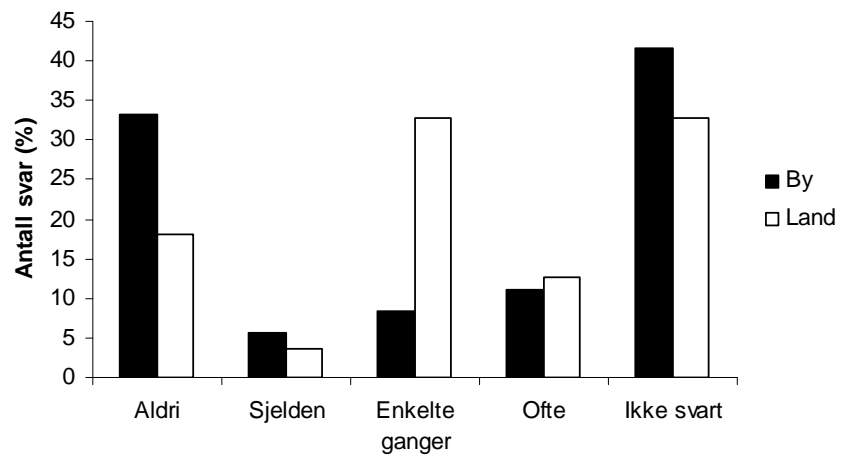
3.2.3. Hva samarbeides det om, når samarbeidet er etablert?

På spørsmål om hva det samarbeides om, når samarbeid er etablert oppgir 45,7 % at det ”ofte” ble samarbeidet om ”tiltak rettet mot enkeltbarn”. 22, 8 % oppgir at det ”enkelte ganger” ble samarbeidet om ”generelt forebyggende tiltak” (se figur 3.2.3). Det er over 30 % av respondentene som har avstått fra å svare på dette spørsmålet i forhold til ”generelt forebyggende tiltak”, ”tiltak rettet mot grupper av barn med felles særtrekk”, ”tiltak rettet mot enkeltbarn” og ”tiltak rettet mot lokalmiljøet”.



Figur 3.2.3Hva samarbeides det om når samarbeidet er etablert?

En sammenligning mellom landkommuner og bydeler viste også markante forskjeller i forhold til samarbeid om ”generelt forebyggende tiltak” når samarbeidet er etablert. Pedagoger i landkommune-barnehager oppgir i langt større grad å samarbeide med spesialisthelsetjenesten enn pedagoger i bydels-barnehager (se figur 3.2.3 a)



Figur 3.2.3 a. Forskjell i samarbeid om generelt forbyggende tiltak mellom barnehager i bydeler og barnehager i landkommuner

4. Diskusjon

Resultatene fra kartleggingsstudiet er basert på 92 svar fra 50 barnehager i distrikt Bjørgvin DPS. 36 svar er fra pedagoger ansatt i barnehager i bydeler i Bergen kommune, mens 55 svar er fra pedagoger som er ansatt i barnehager i 7 landkommuner i Nordhordaland. Det ble sendt ut fire spørreskjema til hver barnehage, men antall utfylte skjema i retur varierer. En årsak til denne variasjonen kan være variasjon i antall pedagoger som er ansatt i barnehagen. Det var bare ansatte med pedagogisk utdanning som skulle svare på spørreskjema. Sammenligning mellom land- og bydelsbarnehager er rapportert der hvor det eksisterer markante forskjeller i svarresponsen fra pedagoger i bydels-barnehager og pedagoger i landkommune-barnehager. Videre vil diskusjonen fokusere på hva som rapporteres av kompetanse og kompetansebehov i forhold til identifisering og forebygging av psykiske problemer hos småbarn, og tverrfaglig samarbeid.

Den første faglige delen av spørreskjemaet spør etter kompetanse på å identifisere vansker eller symptomer hos barn, samt å ha foreldresamtale om dette med barnets foreldre. Samlet sett så viser resultatene at blant alle de temaene som er tatt opp i spørreskjema, så rapporteres det om god kompetanse på å håndtere mulige motoriske problemer og språkproblemer hos små barn. Det er en langt lavere frekvens av respondenter som rapporterer god kompetanse på å identifisere hyperaktivitet, lærevansker, symptomer på omsorgssvikt, avvikende foreldre-barn samspill, symptomer på depresjon og angst, og autistiske trekk. Behov for økt kompetanse rapporteres mest frekvent i forhold til å identifisere symptomer på angst, depresjon, autistiske trekk og omsorgssvikt, samt ha foreldresamtale om symptomer på hyperaktivitet, depresjon, angst, avvikende foreldre-barn samspill og omsorgssvikt. Flere av respondentene har kommentert på skillet mellom kunnskap og erfaring. De har kunnskap om flere av temaene i "teori", men mangler praktisk erfaring. Dette gjelder både i forhold til å identifisere vansker og å ta opp en bekymring med foreldre. Flere synes også det kan være vanskelig å identifisere disse vanskene hos små barn, at det er enklest å identifisere det som er lett å observere som ytre tegn, men en respondent hevder også at det ventes for lenge med å søke hjelp når de er bekymret for et barn. Når man synes tegn på vansker hos mindre barn er vanskeligere å identifisere pga av mindre tydelige observerbare trekk, så kan dette også føre til at man venter lenger med å forfølge sin bekymring til man er sikrere på at det er hold i bekymringen.

Over halvparten av respondentene rapporterer at de kartlegger om observerte symptomer

også eksisterer i barnets hjem og i fritiden, men langt færre benytter denne informasjonen for å vurdere barnets tilstand og situasjon. Det er vanskelig å vite hvorfor det er en diskrepans mellom omfanget i å innhente informasjon og å benytte denne informasjonen for å vurdere barnets tilstand og situasjon.

Det er lav frekvens av respondentene som rapporterer å ha god kompetanse på å vurdere risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø. Psykiske problemer, rusproblematikk, intellektuell fungering og dårlig familieøkonomi hos foreldre er alle tema som anses som vanskelige blant respondentene. En nærmere inspeksjon av respondentenes egne kommentarer viser at ganske mange ikke har opplevd en slik situasjon, men én legger til at dette kan handle om at hun/han ikke har lært å tolke signaler på risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø. Mangel på kunnskap om problematikken og hvordan man griper den an, kan derfor være en barriere som forhindrer pedagoger å forfølge sin bekymring om spesielle faktorer i barnets omsorgsmiljø (Melkeraaen, 1998). Flere av respondentene oppgir også dette i sine kommentarer.

Flere av respondentene kommenterer på temaene som det spørres om er vanskelig å ta opp med foreldre. Grunnutdannelsen har ikke fokusert på temaene, og noen er også opptatt av å "handle riktig", og fremhever også at foreldrenes kommunikasjon med personalet er av betydning. Killén (1991) definerer "bekymringsstadiet" som det stadiet hvor familiens sosiale eller profesjonelle nettverk begynner å bekymre seg hvordan barnet eller foreldrene har det, og hvorvidt foreldrene er i stand til å til å gi barnet "god nok" omsorg. Det er imidlertid bekymringsfullt at "bekymringsstadiet" kan vare lenge uten at fagpersoner tar opp bekymringen med foreldrene. Bonnevie og Pålerud (1998) beskriver i sin bok hvordan en slik "vente-holdning" kan få negative følger ved personalets hypoteser etter hvert blir så fasttømret at de overskygger alternative hypoteser. En slik innsnevring av fokus kan på sikt føre til at man bare ser tegn hos barnet som understøtter og bekrefter egne hypoteser, i stedet for å drøfte dette med foreldrene (Bonnevie & Pålerud, 1998). Ut i fra påstandene til Killén (1991) og Bonnevie og Pålerud (1998) så er ikke nødvendigvis en 100 % riktig tolkning av signaler på risikofaktorer viktigst, men heller å tidlig etablere en holdning om åpenhet overfor foreldre om bekymringen. Dette gir foreldre mulighet til å snakke åpent om situasjonen sin, og man får dermed mulighet for evt. å tilrettelegge tiltak slik at omstendighetene ikke får utvikle seg til mer alvorlig omsorgsvikt. Fra personalets perspektiv kan man også anta at det å ta opp bekymring tidlig vil gi et grunnlag for et videre samarbeid, i stedet for at bekymringen blir større og hopper seg opp. En slik

kontaktetablering er likevel følelsemessig og metodisk utfordrende (Killén, 1991). Bonnevie og Pålerud (1998) foreslår sin bok at en kombinasjon av faglig utvikling, veiledning og øvelse er nødvendig for tilegnelse av trygghet, kompetanse og erfaring i å kunne ha bekymringsamtaler med foreldre på et tidlig tidspunkt.

Iverksetting av tiltak ved tegn på en eller flere av risikofaktorene er spesielt rettet mot å ta det opp med styrer, uavhengig av innhold i bekymringen. Tegn på rusproblemer hos foreldre og aggressiv atferd hos far drøftes med barnevernet også. Foreldres overdrevne engstelighet eller manglende stimulering drøftes direkte med foreldre. Helsestasjon og PPT blir i mye mindre grad kontaktet i forbindelse med bekymringer om barnets omsorgsmiljø. Det er spesielt overraskende at det ikke rapporteres en hyppigere grad av kontakt med helsestasjon i forhold til bekymring om barnets oppvekstmiljø. Dette samsvarer dårlig med det faktum at helsestasjon har fulgt barnet og familien siden barnet ble født, og således burde være den tjenesten som har best kunnskap til helse- og ressursopplysninger om familien.

De av respondentene som har svart at de ønsket mer kompetanse på risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø, ble så spurt om hvordan de ønsket å få tilført ny kunnskap. Resultatene viser at kursing innen hvert enkelt tema var veldig aktuelt for mange av respondentene. Av andre kompetansehevingstiltak så var jevnlig kontakt med PPT og kontakt med spesialisthelsetjenesten og gruppeveiledning en form for kunnskapstilegnelse som også ble rapportert som veldig aktuelt. De nevnte videreutdanningstilbudene var mindre aktuelle. En nærmere inspeksjon av respondentenes egne kommentarer tyder likevel på at det ikke nødvendigvis er videreutdanningen i seg selv som er lite attraktiv, men de økonomiske konsekvensene det medfører å måtte ta permisjon fra jobben. Flere nevner at det er ønskelig med lønnet permisjon til videreutdanning, eller at videreutdanning subsidieres av kommunen.

Neste spørreledd undersøker barnehagens rolle i forhold til styrking av sosial fungering, tiltak for språkstimulering, motorisk utvikling, tiltak i forhold til barnets evne til å forstå egne og andres følelser, og tiltak rettet mot barn med spesielle behov. Svarkategorien "Jobber systematisk med tema" oppgis mest frekvent for tiltak i forhold til språkutvikling og barn med spesielle behov. Svarkategorien "Fokus på tema, men jobber ikke systematisk" har høyest svarfrekvens for styrking av sosial fungering, motorisk utvikling og å styrke barnets evne til å forstå egne og andres følelser. De av respondentene som har svart at de jobber systematisk med tema, ble bedt om å gi en beskrivelse av hvordan barnehagen jobber med dette. I forhold til språkutvikling så

blir særlig TRAS trukket frem. TRAS er observasjonsmatriell for språkutvikling myntet på barn mellom 2 og 5 år (Statped, 2007). Fokus på språk foregår som utfylling av TRAS som kartlegging/registrering, faste dager med språkstimulering, og etablering av språkgrupper, og bruk av rim, regler, spill og rytme. Noen samarbeider med PPT og logoped, der samarbeidet også er et kompetansehevingsopplegg for personalgruppen. Barn med spesielle behov mottar systematisk og individuell oppfølging, og flere faggrupper og ekstraressurser er involvert, avhengig av barnas vansker og behov. TRAS (Statped, 2007), Steg for Steg (Nasjonalforeningen, 2007) og Du og jeg og vi to (LOM, 2007) trekkes også frem som systematiske tiltak som benyttes i forhold til styrking av sosial fungering, motorisk utvikling og evne til å forstå egne og andres følelser også.

Den andre faglige delen av spørreskjemaet etterspør tverrfaglig og tverretalig samarbeid. PPT fremgår som den kommunale instansen som barnehagen rapporterer mest frekvent å ha et samarbeid med generelt. Langt færre svarer at de har et forpliktende samarbeid med helsestasjon og barnevernet. Fastleger er den faggruppen som barnehagen rapporterer mest frekvent at de *aldri* samarbeider med. Når resultatene fra samarbeid i 1. linjen sammenholdes med resultater om risikofaktorer i barnets omsorgsmiljø og iverksetting av tiltak så er likevel PPT den instansen barnehagen har minst kontakt med, etter helsestasjon. Resultatene sett under ett kan tyde på at PPT anses som en samarbeidspartner i forhold til tiltak rettet mot spesifikke problemer hos barnet eller forebygging av disse, som små barns språkutvikling. Langt færre svarer at de har et forpliktende og generelt samarbeid med helsestasjon og barnevernet.

I Rammeplan for barnehagers innhold og oppgaver beskrives både barnevernet, PPT og helsestasjon som sentrale samarbeidspartnere for barnehagen (Kunnskapsdepartementet, 2006). Rammeplanen understreker særlig barnehagens samarbeid med barnevernet. Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn ikke lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling. For å kunne ivareta denne oppgaven kan barnevernet være avhengig av opplysninger av andre. Barnehagepersonell er i en unik posisjon gjennom sin daglige kontakt med barna, og har dermed mulighet for å observere og motta informasjon om barnets omsorgs- og livssituasjon. Kunnskapsdepartementet (2006) anbefaler derfor at det etableres et generelt og systematisk samarbeid, med jevn og formalisert kontakt mellom barnehage og barnevern, men hvor utforming av samarbeidet utvikles etter hva som er mest hensiktsmessig etter kommunale forhold. Helsestasjon skal drive med generelt helsefremmende og forebyggende arbeid, og er en viktig

samarbeidsinstans ved tilrettelegging av tilbud for barn med særskilte behov. Helsestasjon har også en sentral rolle i forhold til kartlegging av barns språk, mens PPT er sakkyndig instans ved tilråding om spesialpedagogisk hjelp (Kunnskapsdepartementet, 2006). Når samarbeidet er etablert med en av de nevnte instansene, så samarbeides det oftest om tiltak rettet mot enkeltbarn.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten forekommer i meget liten grad. Kartleggingen viser at det forekommer samarbeid med BUP, BUPA og Eikelund kompetansesenter i noe grad, men dette svaralternativet rapporteres likevel i mye mindre frekvens enn svaralternativet *aldri*. Når det er blitt etablert et samarbeid så er dette hyppigst i forhold til tiltak rettet mot enkelt barn.

I de tilfellene hvor det ikke forekommer et etablert samarbeid mellom barnehagen og de andre tjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten, så ble respondentene bedt om å gi en beskrivelse av hva som setter i gang et samarbeid. I forhold til både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, så vil barn med spesielle behov sette i gang tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

Spørreskjema ble distribuert til fire bydeler i Bergen kommune og 7 kommuner i Nordhordaland. Da andel svar fra bydeler og kommuner var noenlunde lik, lot det seg gjøre å sammenligne resultatene fra bydeler og landkommuner. I rapporten ble det bare oppgitt resultater som viser markante forskjeller i svarrespons mellom by-barnehager og landkommune-barnehager. På spørsmål om kompetanse på å identifisere symptomer på ulike vansker som barnet kan ha, eller kompetanse på å ha foreldresamtaler om disse vanskene så viser denne kartleggingen en gjennomgående forskjell ved at pedagoger fra by-barnehager rapporterer mer frekvent å ha "God kompetanse" på å identifisere symptomer og ha foreldresamtale om sin bekymring for barnet, enn pedagoger i land-barnehager. En mulig forklaring på disse forskjellene kan handle om respondentenes erfaringer med å identifisere tidlige problemer og ha foreldresamtale om sine bekymringer. Når denne kartleggingen ikke har spurt om respondentenes erfaringer, så kan antall år som pedagogene har jobbet etter utdannelsen være en indikator på respondentenes erfaringer. En statistisk kalkulering ble foretatt for å undersøke om det var en forskjell mellom respondenter i landkommuner og bydeler i forhold til arbeidserfaringer. Resultatet viste ingen forskjell i antall år med arbeid mellom respondentene fra landkommuner og bydeler. Siden respondentene fra landkommuner også svarer mer frekvent at de har behov for mer kompetanse innenfor de utvalgte temaene for å identifisere vansker, så kan resultatene tyde på at det er en reell forskjell mellom pedagoger i by-barnehager og landkommune-barnehager i

hvordan de vurderer egen kompetanse på å identifisere symptomer på autistiske trekk, lærevansker, depresjon og avvik i kontaktsøken mot voksne i barnehagen, samt å ha foreldresamtaler om autistiske trekk hos barnet, lærevansker, avvikende kontakt med jevnaldere og voksne i barnehagen. Pedagoger i landkommune-barnehager rapporterer høyere grad av at det samarbeides om generelt forebyggende tiltak med spesialisthelsetjenesten enn pedagoger fra bydels-barnehager.

Oppsummert viser kartleggingen at det er et generelt behov for mer kompetanse på ulike tema i forhold til småbarns psykiske helse blant pedagoger i Bergen og Nordhordaland. Resultatene fra flere av temaene i kartleggingen viser også at det er et behov for å bli tryggere på å ha samtale med foreldre om bekymringer som handler om foreldrenes omsorgsutøvelse. Den norske barnehagen har en relativt flat struktur, og det er ønskelig at alle ansatte har direkte kontakt med og ansvar for barna (Barne- & familiedepartementet, 2005). En slik modell fordrer imidlertid at alle, ikke bare pedagogene, som arbeider i barnehagen må ha kunnskap om barn, barndom og barnehagers samfunnsmandat. Det må derfor sørges for at også assistenter får ta del i kompetansehevede tiltak som gjennomføres i barnehager. Kartleggingen avdekker også et behov for kompetanseheving gjennom jevnlig møter med PPT og Psykisk helsevern for barn og unge (BUP), samt å få delta i gruppeveiledning. Det bør derfor satses på å formalisere jevnlig samarbeid med PPT, helsestasjon, barnevernet og evt. BUP, både for veiledning og råd i spørsmål og bekymring for små barn og deres foreldre, os som et forum for utveksling av informasjon og kompetansetilførsel. Etablering av kommunale (i byer) eller interkommunale konsultasjonsteam kan være en modell for å møte det behovet for samarbeid med kommunal tjenester og spesialisthelsetjenesten som denne kartleggingen avdekker.

5. Referanser

- Achenbach, T. M. (1997). What is normal? What is abnormal? Developmental perspective on behavioral and emotional problems. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (Eds.), *Developmental Psychopathology* (pp. 93-114). Cambridge: Cambridge University Press.
- Barne-, & familiedepartementet, o. (2005). *Klar, ferdig, gå! Tyngre satsing på de små!* Oslo: Barne og familiedepartementet.
- Bonnevie, K., & Pålerud, T. (1998). *Tett oppfølging- om den gode barnehagen og barn med spesielle behov*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- DelCarmen Wiggins, R., & Carter, A. (Eds.). (2004). *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York: Oxford University Press.
- Gylseth, G., & Heian, F. (2004). *SIU Samarbeid i Utvikling*. Molde: Helse Nordmøre og Romsdal, Avdeling for barn og unge.
- Helsedepartementet. (2003a). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.....sammen om psykisk helse.....* (No. I-1088). Oslo.
- Helsedepartementet. (2003b). *St.meld.nr.16. Resept for et sunnere Norge*.
- Helsedepartementet. (2003a). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.....sammen om psykisk helse*. Oslo: Helsedepartementet.
- HelseVest. (2004). *Regional opptrappingsplan for psykisk helse Helse Vest*: Helse Vest.
- Killén, K. (1991). *Sveket*. Oslo: Kommuneforlaget.
- LOM. (2007). *Du og jeg og vi to*. Retrieved 28.02, 2007, from http://www.skolenettet.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=16294&epslanguage=NO
- Melkeraaen, H. (1998). *Forebyggende rusmiddelarbeid i helsestasjonen*. Oslo: Sosial og helsedepartementet, Rusmiddeldirektoratet.
- Nasjonalforeningen. (2007). *Steg for Steg*. Retrieved 28.02, 2007, from <http://www.nasjonalforeningen.no/index.asp?topExpand=3000038&subExpand=3000042&strUrl=/applications/System/publish/view/showobject.asp?infoobjectid=1000937>
- Rypdal, P. (2004). *Kommunens kompetanse og kompetansebehov innen området barn og unges psykiske helse*. Trondheim: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Midt-Norge.
- Statped. (2007). *Tras*. Retrieved 28.02., 2007, from http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=37276&epslanguage=NO
- Helsedepartementet. (2003a). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.....sammen om psykisk helse*. Oslo: Helsedepartementet.
- Kunnskapsdepartementet. (2006, 1.mars 2006). *Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*. Retrieved 10.03, 2007, from http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/lover_regler/reglement/2006/Rammeplan-for-barnehagens-innhold-og-oppgaver.html?id=278626

Sluttord

Takk til pedagogisk personell I barnehager i bydelene Bergenhus, Årstad, Åsane og Arna i Bergen kommune, Meland Kommune, Austrheim Kommune, Masfjorden Kommune, Fedje Kommune, Radøy Kommune, Lindås Kommune og Osterøy Kommune, for deres deltakelse i kartleggingen.