



# Fordypningsoppgave

**VBU723 Psykososialt arbeid med barn og unge**

**Trygg helsemessig oppfølging i barnehage**

Helene Heiberg Solli

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 24/05-2018



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Helene Hoemsnes

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Dato: 22/05-2018

**Antall ord: 8771**

## Sammendrag

Valg av tema/problemstilling var egentlig ganske lett for meg. Gjennom arbeidet mitt som sykepleier i barnehage har jeg fått en stor interesse for hvordan man kan sikre at barn med store funksjonsnedsettelse får en trygg helsemessig oppfølging i barnehagen. Jeg har gjennom de siste årene fått inntrykk av at det er veldig varierende hvilken oppfølging og tilrettelegging disse barna med store funksjonsnedsettelse får i barnehagen. Jeg er derfor interessert i å finne ut av hva det er som gjør at det fungerer; når føler disse barna, og ikke minst foreldrene seg trygge i hverdagen i barnehagen, og hva skal til for å sikre denne tryggheten.

Jeg begynte tidlig med litteratursøk for å innhente relevant forskning knyttet til fordypningsoppgavens tematikk og problemstilling. Det var litt utfordrende å finne relevant forskning, men jeg ble til slutt sittende igjen med to forskningsrapporter og en fagartikkel som var av relevans for min problemstilling.

Gjennom valgt teori og forskning har jeg forsøkt å tegne et bilde av hva som skal til for å sikre en trygg helsemessig oppfølging i barnehagen. Den faglige kompetansen hos personalet og godt samarbeid og god dialog med foreldre syntes å være viktig. Det tverrfaglige samarbeidet er selve grunnlaget for en trygg og helhetlig oppfølging. Når det gjelder tilgang til kompetanse var det tydelig at ressursbarnehagene skapte trygghet ved at det var tilrettelagt og mye kompetanse på et sted. Likevel syntes det å være et godt alternativ de ressursbarnehagene som hadde vanlige avdelinger i tillegg til forsterkede. Dette virket som en fin løsning for både å sikre fellesskapet og en trygg helsemessig oppfølging for barn med funksjonsnedsettelse. Det viser seg at foreldre opplever hjelpen og tjenestene som personavhengig og opp til den enkeltes skjønn, og at det slår ut i ulik tildeling av ulikt tilbud. Spesielt virker dette å gjelde hos barn som ikke har diagnose og tydelige funksjonsnedsettelse fra fødselen av. Videre viser funnene at det er behov for en profesjonalisering av koordinatorrollen. Foreldre gir uttrykk for at de ønsker seg en person å forholde seg til som har god kjennskap til barnet og hjelpesystemet.

Gjennom denne oppgaven håper jeg at jeg har fått belyst viktige aspekter ved hvordan man kan sikre at barn med funksjonsnedsettelse får en trygg helsemessig oppfølging i barnehagen.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Introduksjon og bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Problemstilling .....	1
1.3	Avgrensninger, definisjoner av sentrale begreper .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teoretisk referanseramme</b> .....	<b>3</b>
2.1	Barn med funksjonsnedsettelse .....	3
2.2	Somatisk kompetanse .....	4
2.3	Tilknytning .....	6
2.4	Samarbeid med foreldre .....	7
2.5	Tverrfaglig samarbeid .....	8
2.6	Inkludering og samarbeid i personalgruppa .....	9
<b>3.0</b>	<b>Metode/framgangsmåte</b> .....	<b>10</b>
3.1	Datainnsamling .....	10
<b>4.0</b>	<b>Presentasjon av resultat</b> .....	<b>12</b>
4.1	”Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse” .....	12
4.2	”Barnehagetilbudet til barn med særlige behov” .....	13
4.3	”Dette er barnehagen som gjør barna friske” .....	14
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon/drøfting</b> .....	<b>16</b>
5.1	Trygg tilknytning .....	16
5.2	Tverrprofesjonelt samarbeid .....	17
5.2.1	Ansvarsgruppe .....	17
5.2.2	Samarbeid med foreldre .....	18
5.2.3	Tilgang til kompetanse .....	19
5.3	Graden av funksjonsnedsettelse og behov for helsemessig oppfølging .....	22
5.3.1	Sakkyndig vurdering og kommunen sitt vedtak .....	22
5.3.2	Behov for koordinator .....	23
<b>6.0</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>24</b>
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>26</b>
	<b>Vedlegg 1: PIO-skjema</b> .....	<b>28</b>

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema**

Gjennom de fire siste årene har jeg vært så heldig å få følge et barn i barnehagen med store funksjonelle nedsettelse. Dette er et barn som trenger hjelp, tilrettelegging og oppfølging gjennom alle dagens gjøremål, og som er avhengig av et stort hjelpeapparat rundt seg.

Dette barnet er avhengig av at det er en person rundt henne gjennom hele døgnet som kjenner barnet og sykdomsbildet godt. Barnehagen skal være et inkluderende fellesskap og det er i dag mer og mer vanlig at barn med slike store funksjonelle nedsettelse går i vanlig barnehage fremfor ulike pleie- og avlastningsinstitusjoner.

Flere av disse barna har store sammensatte vansker som impliserer medisinske tiltak i hverdagen. For at personalet i barnehager skal mestre dette komplekse arbeidet kreves det et tett samarbeid med og veiledning av helsefaglig personell. Jeg tror at det tette tverrfaglige samarbeidet jeg som sykepleier har erfaring med i fra barnehagen med blant annet fysioterapeut, ergoterapeut, spesialpedagog, habiliteringstjenester med flere har bidratt til en trygg og helhetlig oppfølging av barnet jeg følger i barnehagen, og gjort til at både barnet og foreldrene har fått oppleve en trygg og god hverdag i barnehagen gjennom disse årene.

Gjennom mitt arbeid som sykepleier i barnehage har jeg fått inntrykk av at det er veldig varierende hvilken oppfølging og tilrettelegging disse barna med store funksjonsnedsettelse får i barnehagen. Jeg er derfor interessert i å finne ut av hva det er som gjør at det fungerer; når føler disse barna, og ikke minst foreldrene seg trygge i hverdagen i barnehagen, og hva skal til for å sikre denne tryggheten.

### **1.2 Problemstilling**

”Hvordan sikre at barn med store funksjonsnedsettelse får et barnehagetilbud som ivaretar deres behov for trygg helsemessig oppfølging?”

### 1.3 Avgrensninger, definisjoner av sentrale begreper

I denne oppgaven fokuseres det på *barn* i førskolealder fra alderen 1-5 år. Hvordan sikre at både barn og deres foreldre får et barnehagetilbud som ivaretar deres behov for trygg helsemessig oppfølging. Alle barn som fyller ett år senest innen utgangen av november det året det har blitt søkt har rett til barnehageplass (regjeringen.no). Barnehageloven (2005) § 13 gir barn som etter sakkyndig vurdering har nedsatt funksjonsevne, rett til prioritet ved opptak i barnehage (lovdata.no). Paragrafen er et uttrykk for at man ser på barnehagen som godt egnet til å inkludere barn med ulike typer funksjonsnedsettelse (Mørland 2016).

Med *barnehagetilbud* mener jeg det tilbudet disse barna får i barnehagen. I følge Rammeplan for barnehagen (2017) skal barnehagen sørge for at barn som trenger ekstra støtte, tidlig får den sosiale, pedagogiske og/eller fysiske tilretteleggingen som er nødvendig for å gi barnet et inkluderende og likeverdig tilbud i barnehagen.

Med *funksjonsnedsettelse* menes individets funksjonelle begrensninger og knyttes gjerne her til underliggende patologi; til sykdom, skade eller lyte (Tøssebro og Wendelborg 2014). Funksjonsnedsettelse kan for eksempel dreie seg om nedsatt kognitiv funksjon og cerebral parese, som ofte er medfødt, eller sykdommer som opptrer i barneårene, som for eksempel kroniske sykdommer, som astma, diabetes og epilepsi (Grønseth og Markestad 2011). Det kan altså være et stort sprang når det gjelder funksjonsnedsettelse, fra en "lett" astma-diagnose til store funksjonelle nedsettelse. Ettersom vanskebildet er såpass sammensatt, er disse barna svært forskjellige med hensyn til hvilke ferdigheter de besitter, og hva slags omverdensforståelse de har. Kombinasjoner av helsemessige vansker, bevegelsesvansker, forståelsesvansker, synsvansker, hørselsvansker er vanlig. Vanskene kan ha sitt opphav i skader oppstått før, under eller etter fødselen, eller de kan skyldes progredierende sykdom. Felles for disse barna er at de i stor grad trenger tilrettelegging og hjelp for å ha det bra og for å kunne delta i lek og andre aktiviteter (Hvidsten 2014).

Med *trygg helsemessig oppfølging* menes det helhetlige tilbudet barnet og foreldrene får, som bidrar til at de opplever kontinuitet og trygghet i hverdagen. Ikke bare en psykologisk trygghet, men også en fysiologisk. For å sikre dette i barnehagen er det derfor ofte behov for tjenester fra helsesektoren, som har kunnskap utover det vanlige barnehageansatte har kunnskap om. For å sikre trygg helsemessig oppfølging bør det være et tverrfaglig samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene for å sikre at barnet får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Grønseth og Markestad 2011).



## 2.0 Teoretisk referanseramme

Et grunnleggende premiss for arbeidet i barnehagen er at alle barn skal bli inkludert i fellesskapet, i følge St.meld nr. 41. (2008-2009) *Kvalitet i barnehagen* (regjeringen.no). Den inkluderende barnehagen er basert på verdier og et menneskesyn med respekt for menneskerett og menneskeverd i følge Lov om barnehager § 1. Formål (lovdata.no). Videre sier § 18 (lovdata.no) at bemanningen i barnehagen må være tilstrekkelig til at personalet kan drive en tilfredsstillende pedagogisk virksomhet. I følge § 19 g. (lovdata.no) skal kommunen sikre at barn med nedsatt funksjonsevne får et egnet individuelt tilrettelagt barnehagetilbud.

### 2.1 Barn med funksjonsnedsettelse

Barn med nedsatt funksjonsevne er en sammensatt gruppe. Barna kan ha tapt eller fått skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Det kan for eksempel dreie seg om nedsatt bevegelse, hørsel- eller synsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon eller ulike funksjonsnedsettelse på grunn av allergi, hjerte- og lungesykdommer. Det dreier seg om barn som har skade eller avvik i sosiale, kognitive, psykologiske, fysiologiske og/eller biologiske funksjoner (Mørland 2016).

10-15 % av barn og unge har nedsatt funksjonsevne eller en kronisk sykdom som påvirker hverdagen deres. Funksjonsnedsettelse, for eksempel nedsatt kognitiv funksjon og cerebral parese, er ofte medfødt, mens mange av de kroniske sykdommene, som astma, diabetes, epilepsi og kronisk inflammatorisk tarmsykdom, kan debutere i løpet av barneårene. Alvorlighetsgraden av en kronisk sykdom varierer fra lette helseplager som gradvis blir bedre og etter hvert forsvinner, til progredierende sykdommer med dødelig utgang. Barn og unge med nedsatt funksjonsevne og kronisk sykdom har større sårbarhet for følelsesmessige og atferdsmessige utviklingskader enn andre barn, og økt risiko for tilpasningsvansker. Nedsatt funksjonsevne og kronisk sykdom begrenser det vanlige livsmønsteret og krever mer eller mindre spesiell assistanse eller tilpasning (Grønseth og Markestad 2011).

## 2.2 Somatisk kompetanse

De fleste barn med funksjonsvansker går i dag i barnehage, og ansatte i barnehager i dag har bred erfaring med å legge til rette for barn med forskjellige behov på grunn av kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse. Likevel er det flere tilfeller hvor barnet trenger spesiell behandling eller tilrettelegging som krever hjelp og veiledning fra for eksempel habiliteringsteam eller helsepersonell (Hvidsten 2014). Her kommer det videre noen eksempler på når barnehagen kan kunne trenge veiledning av helsepersonell.

Rundt 5 av 1000 barn har epilepsi. Ca. 30 % av barna er samtidig utviklingshemmet, og ca 20 % har cerebral parese. Mange av dem som ikke har så alvorlige funksjonsnedsettelse, har likevel funksjonsvansker, for eksempel atferds- eller lære vansker. Det er viktig at barnehagen og andre sosiale kontakter er informert om tilstanden og vet hvordan de skal opptre når et anfall oppstår; hvordan man skal håndtere anfallet og hvordan man eventuelt gir akuttmedisin hvis det behøves. Dersom barnet har andre funksjonelle nedsettelse, som motoriske, kognitive, emosjonelle eller atferdsmessige vansker, trengs det et tilpasset multidisciplinært opplegg som omfatter medisinske, psykologiske, pedagogiske og sosiale tilbud (Grønseth og Markestad 2011).

Barn kan ha inkontinensproblemer av forskjellige årsaker, for eksempel ved medfødte misdannelser i tarm og urinveier eller i nervesystemet som forsyner disse organene. Anorektale misdannelser, blæreekstrofi, epispadi og ryggmargsbrokk er eksempler på slik tilstander. Noen barn kan på grunn av dette ha utlagt tarm, andre kan ha en alternativ løsning for å lede urin ut av kroppen. Begge deler kalles stomi. Barna har da en oppsamlingspose på magen for urin eller avføring. Posene må tømmes eller skiftes i løpet av dagen, de kan også løsne under lek og annen aktivitet. Barnehagepersonalet trenger opplæring i hvordan man skal skifte poser og hvordan huden skal stelles, for å unngå lekkasje problemer og sår hud. Noen voksne synes det er ekkelt å se på og skifte på en stomi, andre er redde for at det kan oppstå en farlig situasjon for barnet. Slike bekymringer bør tas på alvor. Saklig informasjon og veiledning til de ansatte er derfor viktig. Det kan gjøres av foreldrene eller habiliteringsteam eller rådgiver fra et kompetansesenter. En stomisykepleier kan også komme å gi veiledning og opplæring i stell og pleie av stomier i barnehage (Hvidsten 2014).

Noen barn har utfordringer rundt mat og måltider. Hvis barnet ikke klarer å få i seg nok næring, kan det i enkelte tilfeller bli nødvendig å gi mat i sonde. Da får barnet flytende mat tilført gjennom en tynn slange i stedet for, eller i tillegg til å spise selv. I noen tilfeller

går slangen fra nesen til magen (nesesonde). I andre tilfeller legges slangen direkte til magesekken gjennom mageskinnet (gastrostomisonde). Barn som trenger sondemat over lengre tid, får vanligvis maten gjennom en slik gastrostomisonde. Barnehagen må da få opplæring i sondemating og stell av gastrostomien fra foreldre eller helsepersonell. Det er mange forskjellige grunner til at barn trenger å få ekstra næring gjennom sondemat, et eksempel er cystisk fibrose (CF). Ved denne sykdommen har de fleste en svikt i bukspyttkjertelen, som gir mangel på fordøyelsesenzymer som gjør at barnet kan få vansker med å spise nok til å vokse og legge på seg. Det må da ta fordøyelsesenzymer som ”medisin” til hvert måltid. Enzymmengden avpasses etter hva og hvor mye barnet spiser. For å få i seg nok næring bruker noen spesielle næringsdrikker i tillegg til vanlig mat. Hvis det likevel ikke får tilstrekkelig med næring kan det da i enkelte tilfeller bli nødvendig å gi noe av maten i sonde (Hvidsten 2014). Det er også slik at barn med cystisk fibrose har lungeproblemer. Det kreves at lungene daglig må behandles med inhalasjoner av saltvannsdamp og slimløsende legemidler for å gjøre slimet i lungene mindre seigt, og det må få intensiv lungefysioterapi og fysisk trening for å mobilisere og drenere vekk det seige slimet fra lungene og luftveiene (Grønseth og Markestad 2011).

Ved noen diagnoser, for eksempel den medfødte stoffskiftesykdommen PKU (fenyلكetonuri eller Føllings sykdom) må personalet passe på å begrense de fleste vanlige matvarer til små, nøyaktig oppveide porsjoner. Spesialprodukter, diettvekt og lister med oversikt over hva og hvor mye barnet skal ha, blir en del av måltidene. Dietten er tilpasset barnet, og dårlig oppfølging kan gi alvorlige konsekvenser for barnets helse og utvikling. Uten riktig diett kan barn med PKU utvikle varig hjerneskade. En annen tilstand som krever tilrettelegging av måltidene, er øsofagusatresi. Barn med øsofagusatresi er født med spiserøret (øsofagus) delt i to, der den øvre delen ikke har forbindelse med magesekken. Selv om barnet blir operert for dette kort tid etter fødselen, er spiserøret ofte trangere enn normalt, noe som kan gi problemer med å svelge maten. Ofte må mat som lett klumper seg, som for eksempel hveteboller og kjøtt, unngås fordi barnet ikke klarer å svelge det (Hvidsten 2014).

Andre eksempler som kan kreve ekstra tilrettelegging og oppfølging av helsepersonell kan være barn med medfødt immunsvikt og økt risiko for blødninger, hudsykdommer, diabetes, hjertesykdommer, allergiske luftveisinfeksjoner og astma. Disse eksemplene viser noen områder eller situasjoner der kunnskap og tilrettelegging i barnehagen kan bidra til en bedre hverdag for barn med ulike funksjonsnedsettelse. Med

tilstrekkelig kunnskap om diagnosen og det enkelte barns behov vil de som jobber i barnehagen forstå hvilke tiltak som kan bli nødvendige (Hvidsten 2014).

## 2.3 Tilknytning

Tilknytningen mellom omsorgsgiver og barnet utgjør begynnelsen og grunnlaget for at det skal kunne utvikles et samspillsforhold. Det er viktig at omsorgsgiveren er sensitiv og har forståelse for barnets ulike tilstander og behov. Når omsorgsgiver er i stand til å registrere og fortolke barnets signaler og reaksjoner i forbindelse med øyekontakt, smil, mimikk og lyder, danner barnet etter hvert en opplevelse av at omverdenen oppfatter og reagerer positivt på signaler som uttrykker behov, initiativ og følelser (Rye 2003).

Når det gjelder å skape tilknytning til barn med funksjonsutvikling kan man nevne det man kaller en ressursorientert tilnærming. En ressursorientert tilnærming til å støtte og veilede mennesker med spesielle behov har sammenheng med den erkjennelse av at alle mennesker har behov for en positiv opplevelse av seg selv som person i en meningsfull sammenheng. Erfaring i arbeid med mennesker med spesielle behov har vist at det kan være vanskelig å få i stand varige forandringer av atferd, oppfatninger, holdninger og følelser gjennom informasjon, råd, overtalelse eller undervisning. Dette er særlig tilfellet når svak selvopplevelse og sterke negative følelser er knyttet systematisk sammen med personlige erfaringer. Negative sosiale erfaringer kan gi grobunn for et utrygghetspreget, kontrært, tilbaketrekkende eller avvergepreget forhold til omverdenen, hvor mistillit og liten tro på egne muligheter og en virkelig akseptering fra andre mennesker ligger i bunnen (Rye 2003).

Når man snakker om ressursorientert tilnærming til barn med spesielle funksjons- og utviklingsforstyrrelser kan man nevne at mange av disse barna har vært gjennom korrigerende medisinsk/fysioterapeutisk behandling, funksjonsorientert trening og spesialpedagogiske læringsopplegg. Her tas det ofte utgangspunkt i beskrivelser av barnas svake funksjoner, og barna opplever ofte at treningen medfører langsom fremgang, og at motivasjonen stadig blir svakere. I vanlige utredninger foreligger sjelden en systematisk kartlegging av slike barns positive eller intakte funksjoner og potensielle muligheter for at sterke funksjoner kan kompensere for og trekke svake funksjoner med seg. En systematisk beskrivelse av eller tilnærming til mobilisering av ressurser hos det enkelte barn burde være grunnlaget for tiltak. En ressursorientert tilnærming gjelder i etableringen av kontakt og interaksjon i forholdet barn-omsorgsgiver. Det foreligger her en omfattende og vel

dokumentert innsikt i betydningen av å utnytte de grunnleggende kvaliteter i menneskelig kommunikasjon og formidling av læringserfaringer. Det er viktig å tenke på at alle barn har behov for å utvikle sin evne til å ta initiativ, for å oppleve mestring og for å styre egne funksjoner og egne erfaringer i en meningsfull og positiv interaksjon med andre mennesker (Rye 2003).

## **2.4 Samarbeid med foreldre**

Det er en stor faglig utfordring å møte foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne på en respektfull og anerkjennende måte. Foreldrene kan ofte være i sorg over å ha fått et annet barn enn forventet. De kan være slitne etter å ha kjempet tunge kamper mot systemet. Foreldrene kan være sinte over at ingen forstår deres spesielle livssituasjon. De kan være fortvilet over at barnet deres har smerter og må ut og inn av sykehus. De kan glede seg over små fremskritt som er en selvfølge for andre barn. De kan ha dårlig samvittighet over for lite overskudd til søsken og partner. Følelsene til foreldrene vil svinge, og i disse bølgene er mange barnehageansatte til god støtte for familien. Det handler altså om å få til et profesjonelt, trygt samarbeid til beste for barnet. Foreldre til barn med funksjonsnedsettelse er like forskjellige som andre foreldre. Personalets utfordring er å møte hele familien som unike personligheter og ikke bare som en diagnose. Det å møte hverandre med gjensidig respekt, anerkjennelse og forståelse er grunnleggende for å bygge opp et trygt og godt samarbeid. Hvordan samarbeidet best kan organiseres vil variere. De daglige samtaler er spesielt viktig for dem som trenger tett oppfølging og hvor barna ikke i samme grad kan gi uttrykk for sine ønsker og behov. Personalet og foreldrene må sammen finne fram til den beste samarbeidsformen, behovene kan ofte endre seg slik at barnehagen må være fleksibel i å vurdere og å finne gode samarbeidsformer (Mørland 2016).

## 2.5 Tverrfaglig samarbeid

*For at barn og foreldre skal få et mest mulig helhetlig tilbud til beste for barns oppvekst og utvikling, kreves det at barnehagen samarbeider med andre tjenester og institusjoner i kommunen (Mørland 2016, 26).*

Samarbeid på tvers er grunnlaget for en helhetlig oppfølging. Ulike profesjoner innehar kompetanser som på mange områder kan være kompletterende. Et tverrfaglig samarbeid kan bidra til et mer helhetlig perspektiv på barnets individuelle behov og hvilke tiltak som skal settes i verk. Avgjørende i et slikt samarbeid er imidlertid at den enkelte fagperson anerkjennes for sin særskilte kunnskap, og at man i fellesskap arbeider for å utvikle ny faglighet som kommer barnet til gode (Hvidsten 2014). Barn med nedsatt funksjonsevne vil ofte trenge spesialisert hjelp og støtte. Ulike instanser kan bli involvert, blant annet PPT, helsestasjon, habiliteringstjeneste og barnepsykiatri. Det er ikke mulig at en fagperson kan sitte med svar på alle spørsmål som gjelder barn med nedsatt funksjonsevne. I Norge er det derfor oppbygd et stort offentlig apparat for å bistå med hjelp og støtte til barn med funksjonsnedsettelse og deres familier (Mørland 2016).

Både fagpersoner og foreldre opplever ofte behov for å bedre samordning av tiltakene for barn med behov for omfattende hjelpetiltak. For at alle gode hjelpere skal dra i samme retning kan det være aktuelt at det opprettes en ansvarsgruppe. Gruppen bør settes sammen av personer i hjelpeapparatet som er sentrale for barnet og familien. Målet er å samordne enkelttiltakene og planene for å kunne gi et mest mulig helhetlig tilbud til barnet og familien. Et barn med nedsatt funksjonsevne kan altså ha behov for oppfølging fra ulike instanser både på kommunalt og statlig nivå. Barn med slike behov har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Dette gjelder for barn som trenger langvarige og koordinerte helsetjenester. Den individuelle planen kan bestå av flere delplaner som ivaretar ulike sider ved barnets behov. Individuell opplæringsplan (IOP) er en slik delplan, som også må samordnes og sees i sammenheng med den individuelle planen (Mørland 2016).

Det å jobbe i en tverrfaglig arbeidsgruppe krever samarbeidskompetanse. Samarbeidskompetanse handler om å ha bevissthet om egen yrkesidentitet og faglig bevissthet, og å klare å trekke grenser for hva som er egen og hva som krever en annens innsikt. Det å se betydningen av andres kompetanse og fagfelt i arbeidet med barn er en viktig ferdighet å utvikle (Glaser 2013).

## 2.6 Inkludering og samarbeid i personalgruppa

Alle barn har rett til å delta i det sosiale, faglige og kulturelle felleskap på en likeverdig måte. Barns rett til en likeverdig utdanning er sentralt for både skole og barnehage. Barnehagemiljøet skal bygge opp om respekt for menneskeverd og retten til å være forskjellig. For å synliggjøre slike sentrale prinsipper og verdier stilles det krav til personalets kompetanse og refleksjoner over egne verdier og handlinger. Både erfaringer og forskning viser at den gode barnehagen har personale som søker kunnskap, viser engasjement og etisk refleksjon, kreativitet og vilje til å utvikle en barnehage som gir rom for alle og har blick for det enkelte barns og families behov og muligheter. Målet med inkludering er altså variasjon og respekt for ulikhet. I en del barnehager er personalet opptatt av at hele personalgruppa får informasjon om barn som er annerledes, som et ledd i inkluderingsarbeidet (Mørland 2016).

I barnehager er det tradisjon for å samarbeide tett om ulike oppgaver. Når det skal ansettes en ekstra ressurs (som spesialpedagog eller andre med annen fagbakgrunn) for spesiell oppfølging av et barn er det betydningsfullt å avklare roller og forventninger til hverandre. Hva innebærer det at barnet skal være en del av gruppa eller basen? Hvem tar ansvar hvis ekstraressursen er syk? I noen barnehager plasseres ansvaret for disse oppgavene hos ekstraressursen. Det kan være en praktisk og grei ordning. Men personalet kan da glemme at barn med nedsatt funksjonsevne skal være del av barnegruppa og derved felles ansvar. Det kan i noen tilfeller være vanskelig at alle gjør seg like godt kjent med barnet og opplegget rundt. Dette er i tilfeller der det kreves spesialisert kompetanse på bestemte treningsopplegg, medisiner og lignende. Når det ansettes en ekstraressurs på et barn, kan det være lett for resten av personalgruppa å tro at arbeidet med barnet er kun denne personens ansvar. Hva vil i så fall skje den dagen denne personen blir syk? (Mørland 2016).

I Norge er målet om barnehageplass til alle barn snart i havn. Men fortsatt er det mange faglige og politiske utfordringer for at barn med funksjonsnedsettelse får den likeverdige og tilpassede opplæringen som de trenger (Mørland 2016).

### 3.0 Metode/framgangsmåte

For å få svar på min problemstilling har jeg ut ifra retningslinjene for Fordypningsoppgave for VBU fra Høgskolen i Molde anvendt oppgaven i form av en systematisk litteraturstudie. Man får en systematisk litteraturstudie gjennom å formulere en tydelig problemstilling som bevares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengeström 2013, 27). Stegene i denne prosessen blir forklart i dette kapittelet.

#### 3.1 Datainnsamling

Min strategi for å finne gode søkeord var å ta utgangspunkt i problemstillingen. Jeg startet ved å lage søkeord av nøkkelordene i problemstillingen, som *barn*, *funksjonsnedsettelse*, *barnehagetilbud* og *trygg helsemessig oppfølging* og oversatte disse til engelsk. Da jeg har noe kjennskap til trunkering \*, benyttet jeg også dette. Ved å trunkere får man med alle – endelsene av søkeordet, gitt at man bare skriver begynnelsen av ordet. For eksempel i et søk på *child\** vil alle varianter av ordet tas med, som *child*, *children*, *childhood* og så videre (Nortvedt et al. 2008). Søkeordene ble da som følgende; *child\**, *disability\**, *kindergarden\** og *safe health follow-up\**. Jeg begynte å søke i ulike databaser gjennom Høgskolen i Molde sin internettside. Jeg søkte i blant Ovid, ProQuest, Psykinfo, SveMed+, Medline og Idunn. Det ga en del treff, men lite var relevant for min studie. Siden søket virket usystematisk og uoversiktlig prøvde jeg å bygge videre på søkeordene, eller rettere sagt utvide hvert søkeord ved å tilføye ord som er i samme sjanger.

Jeg laget meg derfor et PICO-skjema for å strukturere og få oversikt over søkeordene. **P** står for *Population/Problem*- hvem er det spørsmålet gjelder. **I** representerer *Intervention*- hva er det som ønskes vurdert, **O** står for *Outcome*- hvilket utfall er man interessert i. Jeg ekskluderte **C** i PICO-skjema, **C** betegner *Comparison*- sammenligning av tiltak, noe som ikke er relevant for min studie (Nortvedt et al. 2008). I PIO-skjemaet (se vedlegg 1) tilførte jeg flere ord i samme sjanger for å utvide søket. Søkeordet *disability\** ble utvidet til *special need\**, *multifunctional impairment\**, *handicap\**. Til søkeordet *kindergarden\** ble det tilføyet *daycare\**, *pre-school\**, *nursery\**, og søkeordet *safe health follow-up\** ble det tilføyet *safety\** og *healthcare\**. På denne måten bidro de nye søkeordene til å gjøre søket mer helhetlig.

Jeg fortsatte videre å søke i de forskjellige databasene i god tro om å finne relevant forskning på temaet jeg ville belyse. Jeg forholdt meg stort sett til bruk av fritekstsøk og



knyttet sammen søkeord av samme sjanger ved å sette 'OR' i mellom. Ved å gjøre dette utvider man søket til å gi funn på artikler som inneholder enten det ene eller andre søkeordet, og fortsatte å knytte de ulike søkekategoriene sammen ved bruk av 'AND' (Nortvedt et al. 2008). Fortsatt var det lite relevant forskning å oppdrive. Etter noen søk i Idunn (Nordisk tidsskriftdatabase) ble jeg til slutt sittende igjen med en rapport (Wendelborg et al. 2015) som jeg syntes var av relevans for min problemstilling. Videre valgte jeg å foreta med Google-søk for å se om jeg kunne finne flere relevante artikler jeg kunne benytte meg av. Da kom jeg frem til en fagartikkel og en rapport som var av relevans for min studie (Fjeld 2016, og Demiri og Gundersen 2016). Jeg har da to forskningsrapporter og en fagartikkel som jeg har valgt ut for å få svar på problemstillingen i min studie.

## 4.0 Presentasjon av resultat

Her kommer sammendrag og oppsummering av hovedfunn fra de to forskningsrapportene og fagartikkelen jeg har valgt ut for å besvare min problemstilling.

### 4.1 "Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse"

Jeg vil først presentere en rapport skrevet av Aisha Synnøve Demiri og Tonje Gundersen (2016). Denne rapporten handler om foreldres opplevelser av offentlige tjenester når foreldre har barn med funksjonsnedsettelse. Forsknings spørsmål som ble belyst i denne rapporten er følgende: Hvordan opplever foreldre hjelpetjenester når de har barn med funksjonsnedsettelse? Og hvilke mulige følger kan resultatene ha? Disse ble besvart ved en litteraturgjennomgang. I tillegg gjennomførte de i januar-mars 2016 en intervjuundersøkelse blant 10 foreldre til barn med funksjonsnedsettelse i Oslo og omegn (Demiri og Gundersen 2016).

Funnene fra litteraturgjennomgangen viser at foreldres opplevelser er varierte, og at noen er godt fornøyd med informasjonen og tjenestene de får, og hjelperne de møter. Særlig ser dette ut til å gjelde foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse som oppdages i forbindelse med fødselen, og som får tidlig hjelp. Det viste seg at det var forskjeller i tjenester og hvilke omfang de gis i, avhengig av kommunen eller bydelen foreldrene bor i. Mange foreldre opplevde også at informasjonen om tjenester og hjelpesystemet er mangelfull, tilfeldig og personavhengig, og at det er opp til dem å finne, utløse og koordinere hjelpen som gis. De kom også frem til at det var et behov for å profesjonalisere koordinatorrollen. Funnene fra litteraturgjennomgangen samsvarer her med resultatene fra forskerens egne intervjuer. Samtlige av foreldrene som var intervjuet ga uttrykk for at de ønsket seg en person å forholde seg til som hadde oversikt over hjelpesystemet (Demiri og Gundersen 2016).

Alle foreldrene som ble intervjuet fortalte at barna hadde startet i vanlig barnehage, og enten gått der i hele barnehagetiden eller i begynnelsen av den. Fem fortalte at barnehagen hadde fungert fint og at de var fornøyd. To fortalte at selv om de i utgangspunktet var fornøyd, hadde de i ettertid tenkt at det hadde vært bedre for barnet med et spesialisert tilbud, med færre barn, flere voksne og mer tilrettelegging. Alle fortalte at barna og personalet etter hvert hadde fått oppfølging og veiledning fra PPT og/eller

kompetansesenter. Fem fortalte at hjelpen kom sent i gang, og at den kom etter at de hadde byttet barnehage. To sa de hadde opplevd motstand fra personalet i barnehagen, fordi de hadde en annen oppfatning av hva barnet trengte enn kompetansesenter og PPT. Fire sa at de etter hvert byttet barnehage, slik at barnet fikk gå i en forsterket avdeling. Til forskjell fra vanlige barnehager har tilrettelagte avdelinger mer kompetanse på alternativ pedagogikk og opplæring, og avdelingene er fysisk utformet til å ivareta barn med funksjonsnedsettelse. Dette gjør at de i større grad kan tilrettelegge for barnet, og gi det et tilbud ut fra dets forutsetninger. Ved at det er flere med funksjonsnedsettelse på samme avdeling, får barnet mulighet til å delta i et mer variert, og kanskje også inkluderende, sosialt fellesskap. Flere sa også at det var personalet i den forsterkede avdelingen som fortalte om hjelpesystem og tiltak de kunne få (Demiri og Gundersen 2016).

## **4.2 "Barnehagetilbudet til barn med særlige behov"**

Den andre rapporten jeg vil presentere er skrevet av Christian Wendelborg et. al (2015), denne rapporten er omfattende og forfatterne har forsøkt å tegne et bredt bilde av de utfordringene som er knyttet til tilbudet til barn med særlige behov i barnehagene. I omfattende casestudier i flere kommuner har de snakket med representanter for barnehageeiere, styrere, PPT og foreldre. Gjennom en rekke ulike datakilder og analysemodeller har de forsøkt å ta opp det som er sentrale spørsmål i diskusjonen omkring denne gruppen. Intervjuer og casestudier på "bakkenivå" er med på å belyse funn i de store kvantitative undersøkelsene av spørreskjemaer og registerdata. Til sammen gir resultatene både bredde og nyanseringer til spørsmålet om hva slags tilbud barn med særlige behov får i barnehagen.

Den ene hovedproblemstillingen i denne studien var "Hva slags tilbud gis barn med rett til spesialpedagogisk hjelp, og barn med nedsatt funksjonsevne?" Det viser seg at de alle fleste barna med særskilte behov går i ordinære barnehager. Det at barnehagen hadde bedre pedagogisk kompetanse og spesialistkompetanse var avgjørende for mange, i tillegg til faktorer som at det var der de fikk barnehageplass og at de opplevde at det var imøtekommende og fleksible ansatte i barnehagen. Det utkrystalliserer seg to hovedstrategier i organiseringen av tilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne. Den ene er at kompetansen ledes til visse barnehager i kommunen, mens den andre omhandler at kompetansen følger barnet. Det er kun i de store kommunene man i særlig grad finner egne

forsterkede enheter, men det er flere eksempler i mindre kommuner på at man bygger opp egne underavdelinger til barn med særlige behov (Wendelborg et al. 2015).

Når det gjelder innholdet i den spesialpedagogiske hjelpen kommer det frem gjennom casestudiene at mange har satt spørsmålsteget ved treffsikkerheten i tiltakene og grundigheten i de sakkyndige vurderingene. Dette kan være et problem når enkeltvedtakene sjelden avviker fra de sakkyndige vurderingene. Temaet reiser spørsmålet om det er tilstrekkelig kompetanse hos de som skal skrive enkeltvedtak, sett i lys av at de også skal forholde seg kritisk til PPTs vurderinger. Videre kommer det frem gjennom de inngående undersøkelsene tidligere i rapporten at det som hadde signifikant betydning for antall timer med spesialpedagogisk hjelp var om barnet hadde generelle lærevansker og alvorlighetsgraden av funksjonsvansken. Det indikerer at det i større grad er diagnose enn behov som er med på å bestemme hvilket tilbud barnet får. Dette underbygges av informasjonen de fikk gjennom casestudiene, der flere informanter oppgir at dersom barnet har en definert diagnose går saksbehandlingen mer automatisk mot et enkeltvedtak, mens andre saker får en mer omfattende prosess/sakkyndig vurdering. Diagnoser beskrives som en portåpner med tanke på å mobilisere hjelpeapparatet og utløse rettigheter og ressurser. En begrensning ved undersøkelsene som er gjort her i denne rapporten er at ”gråsonerbarna”, barna med tilsvarende behov som de med klare diagnoser, men som nettopp ikke har diagnoser, er vanskelig å fange inn i undersøkelsene (Wendelborg et al. 2015).

### **4.3 ”Dette er barnehagen som gjør barna friske”**

Den tredje og siste artikkelen jeg vil presentere er en fagartikkel skrevet av Bjørnhild Fjeld (2016). Denne artikkelen omhandler en spesialbarnehage i Oslo som er tilrettelagt slik at barn med alvorlig astma, allergi eller somatisk sykdom, som hjerteproblemer, immunsviktsykdommer eller sjeldne diagnoser opplever en stor forbedring av sykdommen. Hovedregelen er at barn med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse skal gå i vanlig barnehage. Det er kommunen sitt ansvar å gi et tilbud som er tilrettelagt slik at alle barn kan gå i barnehagen. Spesialbarnehager er et tilbud som gis til svært få barn, og det er i Norge et storbyfenomen.

Barna som går i denne barnehagen på Trosterud i Oslo har gjerne prøvd å gå i en vanlig barnehage før, men har erfart at det ikke har gått så bra. Foreldrene forteller historier om barn som er i barnehagen en dag, og så blir syk og må være hjemme i flere uker. De har også opplevd forskjellige uhell, der blant annet barnet har fått i seg mat det

ikke tåler og har måttet bli hentet med ambulanse, eller lagt inn på sykehus. Etter at barna begynner i den spesielt tilrettelagte barnehagen, opplever de fleste en stor forbedring av sykdommen. Barnehagen har en egen sykepleier og en spesialpedagog. Sykepleieren har blant annet ansvaret for medisineringen. Den største forskjellen på denne barnehagen og en vanlig barnehage er at det er mange voksne. Det gjør det mye lettere å tilrettelegge for hvert enkelt barn (Fjeld 2016).

## 5.0 Diskusjon/drøfting

Gjennom valgt teori og forskning vil jeg i dette kapittelet diskutere de ulike faktorene som bidrar til at barn med funksjonsnedsettelse og deres foreldre får et barnehage tilbud som ivaretar deres behov for trygg helsemessig oppfølging.

### 5.1 Trygg tilknytning

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne og kronisk sykdom har større sårbarhet for følelsesmessige og atferdsmessige utviklingsskader enn andre barn, og økt risiko for tilpasningsvansker (Grønseth og Markestad 2011). Rye (2003) sier at det er viktig at omsorgsgiveren er sensitiv og har forståelse for barnets ulike tilstander og behov for at den trygge tilknytningen skal finne sted. Her tror jeg den faglige kompetansen til omsorgsgiver spiller inn, at personalet i barnehagen har kunnskap om sykdommen til barnet og greier å handle når barnet trenger hjelp til å mestre utfordringene som sykdommen medfører. Selv om barnet har store funksjonelle nedsettelse tror jeg det senser om omsorgspersonen er trygg i utførelsen av tiltakene eller ikke. Hvis omsorgspersonen er trygg i håndteringen av barnet og sykdommen bidrar det til en trygg tilknytning til barnet, som igjen gjør at foreldrene også føler en trygghet. Ansatte i barnehagen må være i stand til å registrere og fortolke barnets signaler og reaksjoner i forbindelse med øyekontakt, smil, mimikk og lyder, slik at barnet etter hvert danner en opplevelse av at omverdenen oppfatter og reagerer positivt på signaler som uttrykker behov, initiativ og følelser (Rye 2003). Dette tror jeg de fleste som arbeider i barnehage er gode på etter hvert som de blir kjent med barnet. Jeg har også inntrykk av at de fleste barnehageansatte er opptatte av at alle barn har rett til å delta i det sosiale, faglige og kulturelle felleskap på en likeverdig måte. Dette kan ses i lys av Wendelborg et al. (2015) sin rapport der det er flere som vektlegger den sosiale deltakelsen blant barn med nedsatt funksjonsevne:

*”Vi er opptatt av at det ikke er et funksjonshemmet barn, det er et barn som har en funksjonshemming. Det er viktig å være oppmerksom på at det er et barn som skal oppleve, lære, sanse og holde på, få leke det de klarer. Å ha det sosiale er superviktig” (Barnehagestyrer)*

Av egen erfaring har jeg inntrykket av at det ikke bare er barnehagepersonale som ser viktigheten av dette, også foreldre har stor glede av å se at barnet deres er med på det sosiale og får utfolde seg sammen med de andre barna. Men jeg tror likevel det er helt grunnleggende i første omgang at barnet og foreldrene er trygge i forhold til sykdomsbildet og at det medisinske blir godt håndtert for at barnet skal oppleve en trygg tilknytning til omsorgspersonen i barnehagen.

## **5.2 Tverrprofesjonelt samarbeid**

Viktigheten av et tverrfaglig samarbeid har jeg selv kjent på kroppen. Det at vi, de ulike fagpersonene rundt barnet med ulik kompetanse samarbeider, er selve grunnlaget for en trygg og helhetlig oppfølging.

### **5.2.1 Ansvarsgruppe**

For at alle gode hjelpere skal dra i samme retning tror jeg det er helt avgjørende at det opprettes en ansvarsgruppe. Gruppen bør settes sammen av personer i hjelpeapparatet som er sentrale for barnet og familien. Målet er å samordne enkelttiltakene og planene for å kunne gi et mest mulig helhetlig tilbud til barnet og foreldrene (Mørland 2016). Dette samsvarer med rapporten til Wendelborg et al. (2015) hvor det trekkes frem at en tverrfaglig organisering av arbeidet er viktig. At drøftinger og vurderinger i ulike fora er en arbeidsmåte som tar tid, men som kan gi et bedre resultat. En spesialpedagog understreker i intervjuene hvor viktig evaluering i faste, månedlige møter er, og peker på at det skjer en løpende vurdering mellom de som jobber direkte med barnet i hverdagen. Jeg har selv positive erfaringer med slike møter. Vi har arbeidsgruppemøte en gang i måneden med kun de nærmeste rundt barnet; foreldre, fysio- og ergoterapeut, spesialpedagog og meg (sykepleier i barnehagen). Ansvarsgruppemøte er en gang i halvåret og her er det flere tilstede; i tillegg til overnevnte kalles også inn styrer, PP-tjenesten, barnehabiliteringen, nattevakt og fastlege. Det tverrfaglige samarbeidet øker tryggheten både hos personalet, foreldrene og barnet (Mørland 2016).

I undersøkelsene til Wendelborg et al. (2015) kommer det videre frem at flere kommuner etterlyser flere ressurser, blant annet i form av større fagmiljøer og mer rom for tverrfaglig samarbeid. Da kan det være aktuelt å gjøre slik som i en av de andre kommunene som var med i undersøkelsen, hvor det er blitt opprettet ressursteam og tverrfaglig team for

hver barnehage, som omfatter ulike hjelpeinstanser og hvor spesialpedagogiske tema kan diskuteres. Disse vurderes som å gi god støtte (Wendelborg et al. 2015).

Det er helt avgjørende at foreldrene får ta stor del i disse møtene og at de føler seg ivaretatt. Min erfaring er at det er foreldrene som kjenner barnet best og at det er viktig at vi fagpersonene rundt er ydmyke og forståelsesfulle ovenfor foreldrene i slike møter. Foreldre som er intervjuet i Wendelborg et al. (2015) sin rapport trekker fram samarbeidet rundt barnet som viktig, og at det er viktig at de føler innflytelse. En far forteller at tilbudet tas opp til drøfting hvert halvår. Da er det ansvarsgruppemøte, hvor han sier at han har stor innflytelse på det som planlegges. Han er også imponert over at alle stiller opp for hans barn:

*”Det sitter en hel gjeng med mennesker i et møterom. Og det er godt å se at de alle er der for mitt barn”.*

### **5.2.2 Samarbeid med foreldre**

I Wendelborg et al. (2015) sin rapport kommer det frem at flere foreldre hadde lagt inn klage på dårlig samarbeid og lite systemrettet arbeid. Foreldrene forteller at de for eksempel vet lite om hva barnet gjør i timene med spesialpedagog. Dialogen mellom barnehagen og foreldre oppleves ikke som spesielt tett, og de har ulikt syn på enkelte ting knyttet til barnets utvikling. Her kan for eksempel virkemidler som dagbøker være med å formidle til foresatt hva som er blitt gjort i barnehagen. Dette samsvarer også med Mørland (2016) sitt temahefte hvor hun skriver at noen foreldre setter pris på jevnlig telefonsamtaler eller en felles rapportbok:

*”Fra første dag i barnehagen hadde vi en rapportbok som fulgte Ane mellom hjem og barnehage. Spesialpedagog og/eller assistent skrev daglig noen linjer om trening, dagsform, søvn, mat, aktiviteter osv. På samme måte skrev vi viktige beskjeder og korte rapporter til barnehagen” (Mørland 2016, 28)*

De daglige samtalene er viktig for alle foreldre, men kanskje spesielt viktig for de barna som trenger tett oppfølging og hvor barnet ikke i samme grad som friske barn greier å gi uttrykk for sine ønsker og behov. Hvordan samarbeidet best kan organiseres vil selvfølgelig variere. Jeg har selv erfaring med bruk av dagbok i en mer ”moderne” variant.



Barnet jeg følger har en egen Ipad som følger barnet mellom hjem og barnehage. På Ipaden er det lagt inn en dagbokapp som kalles ”Dayone”. Her skriver vi om hvordan barnehagedagen har vært og legger inn bilder fra dagen. Det er også et ”hashtag”-system i appen hvor vi markerer hvis barnet har hatt epilepsianfall, avføring, gitt medisin, innhalasjon, bruk av ulike hjelpemidler som stimulerer den motoriske utviklingen etc. Dette gjør det lett å finne tilbake til hvis en lurer på noe, for eksempel når barnet sist hadde anfall, når barnet sist har hatt avføring, eller når barnet sist fikk akuttmedisin etc. Men selv om denne varianten av dagbok fungerer veldig bra ser jeg også at det er veldig avhengig av hvem som er på jobb om en følger opp med rapportskrivningen. I prinsippet skal alle ansatte i barnehagen kunne gjennomføre tiltakene, dette gjelder også alle andre prosedyrer og tiltak barnet skal ha gjennomført i løpet av dagen. Hvis alle kan den metodikken det er snakk om vil det bli mindre sårbart og uavhengig av hvem som er til stede til enhver tid (Wendelborg et al. 2015).

### **5.2.3 Tilgang til kompetanse**

I Wendelborg et al. (2015) sin rapport kommer det frem at det er i de største kommunene man finner de ”rendyrkede” forsterkede enhetene, mens man i mindre kommuner enten forsøker å styrke kompetansen til personalet i barnehager der det er ekstra behov, eller man organiserer tilbudet på en annen måte, dette samsvarer med Demiri og Gundersen (2016) sin rapport og Fjeld (2016) sin artikkel.

Barnehagen på Trosterud i Oslo er eksempel på en slik forsterket enhet. Barnehagen har uvanlig stor voksentetthet, ansatt egen sykepleier og spesialpedagog, og de har spesielt fokus på inn klima (sanert miljø). Dette gjør at barna og deres foreldrene føler en trygghet som de ikke følte da barna deres gikk i vanlig barnehage (Fjeld 2016). Den ene kommunen i Wendelborg et al. (2015) sin rapport er en stor bykommune på Østlandet der det i alt er fire såkalte ressursbarnehager. Disse barnehagene har forsterkede tilbud og den ene av de har ansvar for barn med spesielt store hjelpebehov. Her befinner det seg barn med store helsemessige utfordringer. Et argument for å ha noen forsterkede barnehager kan være at en ikke kan ha like god kompetanse over alt, og at det er viktig å samle kompetanse på noen steder for å sikre en trygg helsemessig oppfølging. Det finnes videre i denne kommunen et eget nettverk for ressursbarnehagene, og PP-tjenesten gir dem veiledning og oppfølging. Ressursbarnehagene har større areal og har bedre grunnbemanning enn ordinære barnehager. Blant annet er det ansatt vernepleiere i tillegg til

ansatte med spesialpedagogisk kompetanse (Wendelborg et al. 2015). Dette kan ses i sammenheng med en mor i Demiri og Gundersen (2016, 86) sin artikkel som valgte å bytte barnehage, slik at barnet fikk gå i en forsterket avdeling;

*”I vanlig barnehage følte jeg at de hadde begrenset mulighet til å tilrettelegge for mitt barn. Jeg tenker at de mulighetene en helt vanlig barnehage har for å tilrettelegge for et barn med den typen vansker ikke er så store, fordi personalet har helt standard barnehageutdanning, som er beregnet på vanlige barn. De må bruke sunn fornuft, og prøve å gjøre det beste de kan, og det gjorde de. Men det er jo likevel mange begrensninger. Også i forhold til det fysiske miljøet, at det ikke er tilrettelagt”.*

Sitatet illustrer at den vanlige barnehagen forsøker så godt de kan å tilrettelegge, men at det likevel er begrenset hva det er mulig å få til. Det er vanskelig å si her hva som vil være det beste for barnet og familien. De fleste vil nok være enig i at det er de forsterkede ressursbarnehagene at barn med store funksjonelle nedsettelse og deres foreldrene får den største tryggheten i forhold til den helsemessige oppfølgingen, på grunn av både fysisk tilrettelegging og kompetanse hos personalet. Men samtidig vil det være hensiktsmessig at kompetansen blir spredt utover i barnehagene sett ut ifra et mangfoldsperspektiv; at sammensetningen av barn i barnehagen bør gjenspeile mangfoldet av barna man vil møte ellers i samfunnet. Hvis ikke vil man kanskje si at man går tilbake i tid i tankegangen, at de barna med store behov blir plassert for seg selv. Det vil kanskje bidra til en stigmatisering av disse barna og at de blir ekskludert fra fellesskapet, noe som ikke er ønskelig. Dette kan ses i lys av St.meld nr 41 (2008-2009) *Kvalitet i barnehagen*, der det står at et grunnleggende premiss for arbeidet i barnehagen er at alle barn skal bli inkludert i fellesskapet (regjeringen.no). I Wendelborg et al. (2015) sin rapport kommer det frem at i noen av ressursbarnehagene har de også vanlige avdelinger i tillegg til forsterkede avdelinger, og det blir understreket at det er viktig at det er en overvekt av barn som ikke har behov for noe ekstra. Dette er nok en fin løsning for både å sikre fellesskapet og en trygg helsemessig oppfølging for barn med funksjonsnedsettelse.

Da jeg ble ansatt i barnehagen var jeg de første årene den eneste som kunne ta hånd om barnet. Dette var delvis fordi foreldrene ønsket det, på grunn av utrygghet i forhold til om barnet mestret barnehagehverdagen og de ville ha noen de følte seg trygge på til å ta hånd om barnet i barnehagen. I startfasen var jeg hjemme hos barnet i noen uker for å bli

kjent med barnet og rutinene, dette gjorde at foreldrene ble trygge på meg. Det at jeg var den eneste som kunne ta hånd om barnet gjorde situasjonen noe sårbar. Det gjorde det vanskelig for meg å være borte fra jobb pga. sykdom eller lignende fordi jeg følte et stort ansvar for å være tilstede på jobb hver dag. Her ser man viktigheten av at flere får opplæring rundt barnet og at barn med nedsatt funksjonsevne skal være en del av barnegruppe og derved et felles ansvar (Mørland 2016). I tilfellet i barnehagen hvor jeg jobber ble vi enig om, med god hjelp fra styrer, at to til skulle læres opp på barnet. Det ble en lang opplæringsperiode siden det kreves spesiell kompetanse på bestemte treningsopplegg, medisiner og lignende. Men når alt var på plass, foreldrene ble trygge på de "nye" ble alt trygt og forutsigbart både for barnet, foreldrene og personalet. I Wendelborg et al. (2015) sin rapport kommer det frem at hovedvekten av foreldre svarte at de syntes det var for dårlig kompetanse og stabilitet blant assistentene i barnehagen. Dette kan ses i sammenheng med Mørland (2016, 29) sitt Temahefte hvor hun gir et eksempel på en mor som fortalte at: *"Personalet nektet å kateterisere barnet mitt når spesialpedagogen var borte"*. Videre sa moren at hun måtte ta seg fri fra arbeid for å dra i barnehagen og sette kateter på sønnen sin tre ganger for dagen. Hun undret seg over hva hun kunne forvente og hva hun kunne forlange av barnehagen. Dette er eksempel på at det ofte kreves mer kompetanse enn hva vanlige barnehageansatte har kunnskap om. Noen voksne synes prosedyrer som dette er ubehagelig, og er redde for at det skal oppstå en farlig situasjon for barnet. Slike bekymringer bør tas på alvor. Saklig informasjon og veiledning fra helsefaglig personell er derfor viktig (Hvidsten 2014). Her er det styrer som må ta initiativ og finne gode løsninger.

For å kunne praktisere inkludering kreves det altså at både styrer og personalgruppa ser alle barna som sitt felles ansvar. I tilfeller som dette kan det være vanskelig at alle gjør seg like godt kjent med barnet og opplegget rundt (Mørland 2016). Selv om personalgruppa skal se på barnet som sitt felles ansvar tror jeg det er mest hensiktsmessig at kanskje 3-4 ansatte er tilstrekkelig opplært på barn med denne typen funksjonsnedsettelse, dette tror jeg bidrar til mer kontinuitet og trygghet både for barnet, foreldrene og de ansatte.

## **5.3 Graden av funksjonsnedsettelse og behov for helsemessig oppfølging**

I følge Wendelborg et al. (2015) viser det seg at det i større grad er diagnose enn behov som er med på å bestemme hvilket tilbud barnet får. Flere informanter oppgir at dersom barnet har en definert diagnose går saksbehandlingen mer automatisk mot enkeltvedtak, mens andre saker får en mer omfattende prosess. Diagnoser beskrives som en portåpner med tanke på å mobilisere hjelpeapparatet og utløse rettigheter og ressurser. Barn som har diagnoser eller klare funksjonsnedsettelse er ofte kjente for barnehagene når de begynner, de er ofte henvist til PP-tjenesten fra helsestasjon slik at tilbudet står klart når de starter i barnehagen. Det er gjerne helsestasjon eller habiliteringstjenesten som har kontakt med disse fra de er ganske små. Dette samsvarer med funnene til Demiri og Gundersen (2016) som viser til at foreldrene til barn med funksjonsnedsettelse som oppdages i forbindelse med fødselen, og som får tidlig hjelp, er godt fornøyd med informasjonen og tjenestene de får, og hjelperne de møter. Det er bred enighet om at kommunen bruker mye ressurser og gir et godt tilbud til denne gruppen. Grunnen til dette er blant annet at det er en omforent holdning til at barnet har behov for hjelp. Det er mer krevende når det gjelder mer diffuse plager som viser seg etter hvert som barnet utvikler seg (Wendelborg et al. 2015).

### **5.3.1 Sakkyndig vurdering og kommunen sitt vedtak**

Gjennom Wendelborg et al. (2015) sin rapport kommer det frem at mange har satt spørsmålstegn ved treffsikkerheten i tiltakene og grundigheten i de sakkyndige vurderingene. Intervju av foreldre viser at tilbudet fra PP-tjenesten oppleves som personavhengig og opp til den enkeltes skjønn, og at det slår ut i ulik tildeling av ulikt tilbud. Den sakkyndige vurderingen blir ofte svært avgjørende og kan medføre at barnet får lite hensiktsmessige tiltak (Wendelborg et al. 2015, 131):

*”La oss si at PPT kommer inn her og skriver et vedtak på et barn de har sett i 45 minutter. Det er realiteten enkelte ganger. De får vår pedagogiske rapport, de observerer barnet i 45 minutter og så er det et møte på kanskje 45 minutter etterpå mellom PPT, foreldre og barnehage. Ut fra det skriver de en sakkyndig rapport. De ser 45 minutter av barnets liv, og det er veldig variabelt hvilke 45 minutter de ser.*

*Det kan være gode 45 minutter og det blir det ofte når barnet merker at det blir observert” (Styrer, barnehage).*

Saksbehandlingstiden for barn med omfattende vansker, som for eksempel syndromer, multifunksjonshemmede og andre alvorlige funksjonshemminger, går ofte svært raskt. Her henvises de gjerne fra sykehuset, før de begynner i barnehage, så alt er klart. Grunnen til at disse går kjapt er blant annet at det er en omforent holdning til at barnet har behov for hjelp. Her er også foreldrene enig i det uten videre (Wendelborg et al. 2015).

### **5.3.2 Behov for koordinator**

Foreldre til barn med funksjonsnedsettelse opplever ofte at informasjonen om tjenestene og hjelpesystemet er mangelfull og tilfeldig. Foreldrene opplever at de selv må finne ut av hvordan de skal skaffe seg hjelp, noe som medfører at hjelpen ofte blir skjevfordelt (Demiri og Gundersen 2016). Dette samsvarer med Wendelborg et al. (2015) hvor foreldrene gir uttrykk for at de synes det er et komplisert system, der de har vansker med å holde oversikten over hvilke instanser som steller med hva og hva som skjer til enhver tid. Det er mange personer involvert, og lett å miste oversikten. Selv har jeg positive erfaringer med koordinatorrollen. Fysioterapeuten til barnet jeg følger har fått oppgaven som koordinator, hun er den som har fulgt barnet lengst og hun har en sentral rolle for barnet og øvrig familie. Hun kjenner barnet godt, er ukentlig i barnehagen og følger opp (både i forhold til den motoriske utviklingen og andre problemstillinger) og har god oversikt over hjelpeapparatet rundt. Det er også hun som kaller inn til, og leder ansvars- og arbeidsgruppemøter. Men det er tydelig at det er varierende hvordan koordinatorrollen fungerer i de ulike tilfellene. Studien til Demiri og Gundersen (2016) viser på samme måte som Wendelborg et al. (2015) at det er behov for tiltak som sikrer at foreldrene får informasjon og riktige tjenester til rett tid. De trekker frem at det er nødvendig at foreldrene får hjelp til å utforme søknader og til å ha oversikt over hvilke krav som stilles til dokumentasjon og tjenester de har krav på. Samtlige av foreldrene ga uttrykk for at de ønsket seg en person å forholde seg til som hadde oversikt over hjelpesystemet, hjalp dem å søke, informerte om tjenestene og å holde orden på vedtak, dokumentasjonskrav og søknadsfrister. Det kommer frem gjennom rapporten at en profesjonalisering av koordinatorrollen vil være et viktig tiltak for at barn og deres foreldre opplever en trygg og helhetlig oppfølging.

## 6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å finne ut av hvordan man kan sikre at barn med store funksjonsnedsettelse får et barnehagetilbud som ivaretar deres behov for trygg helsemessig oppfølging. Gjennom valgt teori, forskning og egne erfaringer har jeg forsøkt å tegne et bilde av hva det er som gjør at barnet og ikke minst foreldrene føler seg trygge i hverdagen i barnehagen.

Det er viktig at personale i barnehagen er sensitiv og har forståelse for barnets ulike tilstander og behov for at den gode tilknytningen skal finne stede, dette bidrar igjen på tryggheten til både barnet og foreldrene. Den faglige kompetansen til personalet er tydelig viktig, at personalet i barnehagen har kunnskap og fått tilstrekkelig opplæring til å ta hånd om barnet og mestre utfordringene funksjonsnedsettelsen medfører. Her er det tverrfaglige samarbeidet sentralt, at de ulike fagpersonene rundt barnet samarbeider, er selve grunnlaget for en trygg og helhetlig oppfølging. At det er helsefaglig personell tilgjengelig for veiledning og opplæring synes å være viktig. Det er likevel hensiktsmessig at det er flere som er opplært og føler seg trygge på å ta hånd om barnet, at avdelingen ser på barnet som sitt felles ansvar på linje med andre barn. Slik unngår man sårbare situasjoner ved for eksempel sykdom hos personalet. Også godt samarbeid og god dialog med foreldre er utslagsgivende for en trygg oppfølging, at foreldrene får ta stor del og at de føler innflytelse og blir hørt. Når det gjelder tilgang til kompetanse var det tydelig at ressursbarnehagene skapte trygghet ved at det var tilrettelagt og mye kompetanse på et sted. Likevel syntes jeg det er et godt alternativ med de ressursbarnehagene som hadde vanlige avdelinger i tillegg til forsterkede. Dette virket som en fin løsning for både å sikre fellesskapet og en trygg helsemessig oppfølging for barn med funksjonsnedsettelse.

Det at foreldre opplever hjelpen og tjenestene som personavhengig og opp til den enkeltes skjønn, og at det slår ut i ulik tildeling av ulikt tilbud er noe som er svært uheldig og som bør gjøres noe med. Spesielt virker dette å gjelde hos barn som ikke har diagnose eller tydelige funksjonsnedsettelse fra fødselen av. Dette er noe som kunne blitt forsket mer på for å finne bedre løsninger for disse barna og deres foreldre. Funnene impliserer at det er behov for en profesjonalisering av koordinatorrollen. Foreldre gir uttrykk for at de ønsker seg en person å forholde seg til som har god kjennskap til barnet og hjelpesystemet, dette er et tiltak som sikrer at foreldrene får informasjon og riktige tjenester til rett tid.

Gjennom denne oppgaven håper jeg at jeg har fått belyst viktige aspekter ved hvordan man kan sikre at barn med funksjonsnedsettelse får en trygg helsemessig oppfølging i barnehagen, og at i fremtiden kan barn med slike behov og deres foreldre få et godt og noenlunde likt tilbud.

## Litteraturliste

Demiri, Aisha Synnøve og Tonje Gundersen. 2016. *"Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse"*. Oslo: Velferdsinstituttet NOVA.

Fjeld, Bjørnhild. 2016. *"Barnehagen som gjør barna friske"*. Utgitt i "Første steg – et tidsskrift for barnehagelærere fra utdanningsforbundet.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengestrøm. 2013. *"At göra systematiska litteraturstudier"*. 3. utg. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.

Glaser, Vibeke. 2013. *"Foreldresamarbeid, barnehagen i et mangfoldig samfunn"*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grønseth, Randi og Trond Markestad. 2011. *"Pediatri og pediatrik sykepleie"*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Hvidsten, Bente I. Borthne. 2014. *"Spesialpedagogikk i barnehagen"*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>

Lest: 20/2-2018

Mørland, Bodil (red.) 2016. *"Temahefte om barn med nedsatt funksjonsevne i barnehagen"*. Kunnskapsdepartementet.

Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2008. *"Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere"*. Oslo: Norsk sykepleieforbund.

Rammeplan for barnehagen. 2017. Utdanningsdirektoratet.



Regjeringen <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/barnehager/innsikt/Rett-til-barnehageplass/id2344761/>

Lest: 7/2-2018

Rye, Henning. 2003. *"Tidlig hjelp til bedre samspill"*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tøssebro, Jan og Christian Wendelborg (red.) 2014. *"Oppvekst med funksjonshemming – Familie, livsløp og overganger"*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wendelborg, Christian, Joakim Caspersen, Anna M. Kittelsaa, Stina Svendsen, Anne Sigrid Haugset, Trond Kongsvik og Rune Borgan Reiling. 2015. *"Barnehagetilbudet til barn med særlige behov"*. NTNU Samfunnsforskning.

## Vedlegg 1: PIO-skjema

<b>P</b> <b>(Population/pasient/problem)</b>	<b>I</b> <b>(Intervention)</b>	<b>O</b> <b>(Outcome)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barn*</li> <li>- Funksjonsnedsettelse*</li> <li>- Spesielle behov*</li> <li>- Mulitfunksjonshemming*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barnehage*</li> <li>- Barnehagetilbud*</li> <li>- Tilrettelegging*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trygghet*</li> <li>- Trygg helsemessig oppfølging*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Child*</li> <li>- Disability*</li> <li>- Special need*</li> <li>- multifunctional impairment*</li> <li>- Handicap*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kindergarden*</li> <li>- Kindergarden offer*</li> <li>- Daycare*</li> <li>- Pre-school*</li> <li>- Nursery*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Safety*</li> <li>- Safe health follow-up*</li> <li>- Healthcare*</li> </ul>