

FASE 1: SKOLEPLACERING AF BØRN MED ASF
EN UNDERSØGELSE AF FORSKELLE MELLEM ELEVER DER GÅR I DEN ALMENE KLASSE OG
ELEVER I SPECIALTILBUD.

FORMÅL

Vi vil i fase 1 undersøge om der for gruppen af elever med ASF under den tidligere specialundervisningspraksis (før L379 af 28/04/2012) har været nogle specifikke faktorer som virkede bestemmende for om elever med ASF *enten* blev enkeltintegreret i den almene undervisning *eller* henvist til et specialundervisningstilbud i en specialklasse eller specialskole.

Børn med en ASF diagnose udgør en meget heterogen gruppe, med vidt forskellige adfærdsmæssige, kognitive, somatiske og psykiske udfordringer. Så selv om alle har det tilfælles at de har den samme basale og gennemgribende sociale funktionsforstyrrelse og derfor kan karakteriseres ved en række kardinalsymptomer, ud fra hvilke diagnosen stilles, så kan deres behov for støtte og behandlingsindsats variere betydeligt. Ud fra vores kliniske erfaringer med børn med ASF ved vi at nogle børn vil have brug for en meget stor grad af støtte, specialiseret pædagogisk og indlæringsmæssig indsats som kan være livslang, mens andre børn ikke behøver nær den samme støtte og med den rette indsats kan de udvikle sig, så de senere i livet kan fungere på lige fod med andre i samfundet. Den store variation af støttebehov og indsats børn med ASF har, forestiller vi os, må have haft en betydning i forhold til det skoletilbud børnene er blevet tilbudt, således at børn der tidligere blev tilbudt specialskole eller skoleklasse må have haft et større støttebehov end de børn med ASF, som blev tilbudt undervisning i den almene klasse (tidligere omtalt som "enkelintegreret").

I dette studie har vi, som sagt, medtaget børn, som har været visiteret til et skoletilbud *før* den nuværende inklusionspolitik blev sat i værk. Det er som omtalt oven for vores antagelse, at visitationen på daværende tidspunkt i højere grad kunne foretages på baggrund af en individuel vurdering af barnets specifikke behov og dermed netop kunne inddrage særlige faktorer hos barnet i beslutningen om, hvor barnet skulle tilbydes undervisning. I og med den nye inklusionspolitik er denne individuelle visitation i en vis udstrækning blevet erstattet af en kvoteordning, hvor målet er at kun 4% af børnene i en skoleårgang må tilbydes et specialtilbud uden for den almene undervisning. For børn med ASF vil det formodentligt betyde, at flere af disse børn nu må forventes at skulle placeres i den almene klasse i forhold til tidligere praksis. Hvis det kan dokumenteres, at der er særlige karakteristika hos børnene med ASF, der tidligere blev tilbudt et segregeret undervisningstilbud, vil der så også kunne tænkes at være "nye" og særlige udfordringer og behov knyttet til denne elevgruppe, som det segregerede tilbud tidligere varetog og som den almene skole og klasse nu skal kunne varetage. En diskussion af disse særlige udfordringer og behov er vigtige for at kunne tilvejebringe en vellykket inklusion af denne

elevgruppe og i sidste ende også være med til at kvalificere en visitation af det enkelte barn med ASF til det undervisningstilbud, som er optimalt for ham eller hende.

METODE

Fase 1 tager sit udgangspunkt i allerede eksisterende datamateriale vedrørende børn som har gennemgået en grundig og standardiseret undersøgelse for ASF på Center for Autisme (CFA) i perioden 1994-2014. På det tidspunkt hvor Fase 1 begyndte lå CFA inde med datamateriale vedrørende i alt 823 personer, hvoraf i alt 139 opfyldte inklusionskriterierne for studiet (se nedenfor).

Fra samtlige undersøgte personer kan vi uddrage en lang række variable som karakteriserer den enkelte persons adfærd, funktion og psykiatriske udfordringer m.v. Det drejer sig om information om personens autismspektrumsdiagnose (herunder hvilken kategori inden for spektret og symptomomfang eller grad af autisme) og eventuelle komorbide diagnose(r), intellektuelle og tilpasningsmæssige funktionsniveau, psykiske og adfærdsmæssige problemer samt medicinering, hvorvidt, personen på et tidligere tidspunkt før undersøgelsen på CFA har fået stillet en psykiatrisk diagnose (evt. hvilken), om han eller hun lider af sensoriske eller motoriske funktionsnedsættelser (syn, hørelse, spasticitet m.m.), somatiske sygdomme (f.eks. epilepsi) eller om han/hun aktuelt er i medicinsk behandling (jf. tabel 2 og 3 for en oversigt over alle variable). Alle disse variable afspejler netop heterogeniteten i gruppen af personer med ASF, hvor de hver især kan have forskellige kombinationer af udfordringer eller forstyrrelser ud over selv den autistiske forstyrrelse.

INKLUSIONSKRITERIER

Af de 823 personer, som var undersøgt på CFA på tidspunktet for studiets opstart, opfyldte 139 inklusionskriterierne, som var følgende:

- a. Alder på undersøgelsestidspunktet: ≥ 6 år og ≤ 16 år (altså i den skolepligtige alder)
- b. Der skal være gennemført ADI-R: ADI-R er forkortelsen for Autisme Diagnostisk Interview – revideret; et standardiseret instrument til diagnosticering af børn med ASF, som er en fast del af CFA's undersøgelsesprocedure). Det er muligt på baggrund af ADI-R at angive omfanget eller graden af autismerelateret symptomatologi hos det enkelte barn. I vores analyse anvender vi omfanget af symptomer målt ud fra den "diagnostiske algoritme".
- c. Der skal være gennemført ADOS: ADOS er forkortelsen for Autisme Diagnostisk Observations Skema – en semistruktureret observation, som anvendes i den standardiserede diagnosticeringsprocedure i undersøgelser af børn, hvor der er mistanke om en autismspektrumsforstyrrelse. Det er muligt på baggrund af ADOS, at angive omfanget eller graden af autismerelateret symptomatologi hos det enkelte barn på det aktuelle tidspunkt, hvor barnet undersøges.

- d. Oplysning om IK eller anden standardiseret vurdering af personens intellektuelle funktionsniveau¹. Oplysningerne bruges til at kategorisere børnene i henholdsvis "i normalområdet" eller "under normalområdet".
- e. Barnet skal have fået en ASF diagnose på baggrund af udredningen på CFA.
- f. Barnet går i grundskole (dvs. Børnehaveklasse/0.klasse – 10. klasse) i Danmark på undersøgelsestidspunktet, som er i perioden 1994-2014.

BEGRUNDELSE FOR INKLUSIONSKRITERIER

Ad a) Børn som ikke er i den skolepligtige alder er af åbenlyse grunde ikke relevante for fase 1 studiet.

Ad b) og c) Omfanget af autismspektrumssymptomer er åbenlyst en variabel af interesse som vi gerne vil kunne sammenligne alle børnene på. Graden af autisme eller omfanget af symptomer kan tænkes at have betydning for valg af skoletype.

Ad d) Intellektuelt funktionsniveau er ligeledes en variabel af åbenlys interesse, som vi gerne vil kunne sammenligne alle børn på. Barnets intellektuelle funktionsniveau kan tænkes at have betydning for valg af skoletype.

Ad e) Vi vil sikre, at personerne i vores studie har en klinisk diagnose, som er stillet ved hjælp af en standardiseret procedure, der følger "best practice" vejledning for ASF (se Ozonoff et.al. (2005)) dvs. hvor der er anvendt de standardiserede diagnostiske instrumenter ADOS og ADI-R (Jf. b) og c) ovenfor). Da diagnostiske udredninger i børne- og ungdomspsykiatrien ikke i alle tilfælde følger denne diagnostiske praksis, har vi valgt, at det kun er de børn, som har fået en diagnose på CFA, som inddrages i analysen. Der kan være børn, som er med i dataanalysen, der før undersøgelsen på CFA er set i børnepsykiatrien og her har fået en ASF diagnose, men hvor der af forskellige grundtillige er lavet en nyere undersøgelse i CFA. En årsag til en sådan re-undersøgelse, kan være at den første diagnosticering er foretaget, da barnet var meget ung og at der er behov for en revurdering senere i skolealderen på grund af eksempelvis tvivl om barnets aktuelle funktionsniveau eller trivsel.

Ad f) Vi udelukker de personer, som er blevet undersøgt i CFA, men som på undersøgelsestidspunktet har været bosat og gik i skole i udlandet. Der kan være en helt anden tilgang til visitation og udformning af specialundervisningen i andre lande, hvorfor data vedrørende disse børn ikke vil være brugbare for vores analyser.

¹ Ved de børn, hvor der ikke var en IK vurdering til rådighed, blev funktionsniveau vurderet ud fra andre standardiserede redskaber (Vineland Adaptive Composite Score, mental-alder, udviklingsalder eller klinisk skøn på baggrund af samtlige oplysninger om barnet).

KATEGORISERING AF SKOLETILBUD

På baggrund af en gennemgang af personernes journalmateriale fandt vi oplysninger om det skoletilbud, som barnet frekventerede på tidspunktet for dets henvisning til diagnostisk undersøgelse på CFA. På baggrund af denne gennemgang kunne de forskellige typer af skoletilbud kategoriseres på følgende måde:

Skolekategorier:

- 1 = Almenklasse (evt. med støtte i klassen, men med alle timer i den almene klasse) (n=56)
- 2 = Timer i både den almene klasse og i specialklasse (n=1)
- 3 = Gruppeordning (specialiseret i autisme) (n=1)
- 4 = Specialklasser på alm. skoler (ikke specialiseret i autisme) (n=12)
- 5 = Specialklasser på alm. skoler (specialiseret i autisme) (n=10)
- 6 = Specialskoler (ikke specialiseret i autisme) (n=46)
- 7 = Specialskoler (specialiseret i autisme) (n=6)
- 8 = Hjemmeundervisning (n=2)
- 9 = Uden skoletilbud (n=5)

I vores analyse har vi inddelt børnene i 2 overordnede skolekategorier: 1) "Almenklasse" som omfatter skolekategori 1, hvor barnet går i en almindelig klasse med eller uden ekstra støttetimer. Kriteriet for at placere et barn i kategorien "almenklasse" er, at barnet, hvis det modtager støtte, ikke er "taget ud" af klassen. Det kan dreje sig om elever, der modtager almindelig specialundervisning eller er enkeltintegreret. 2) Den anden overordnede kategori har vi i vores analyse valgt at kalde "Specialtilbud" og omfatter alle skolekategorierne fra 2-9, hvor eleven i en eller anden udstrækning har været taget ud af den almindelige klasse enten i nogen tid af skoledagen eller tilbragt al skoletid i et specialtilbud, sammen med andre børn med særlige behov. Endelig har vi i denne kategori medtaget de elever, der på det pågældende tidspunkt er blevet hjemmeundervist eller slet ikke har noget skoletilbud.

RESULTATER:

Af de 139 elever som mødte inklusionskriterierne havde 44 et intellektuelt funktionsniveau vurderet som "under normalområdet" (altså vurderet som "mentalt retarderet"²). Af tabel 1 ses tydeligt, at denne enkelte variable med meget høj sikkerhed, kan forudsige om en elev er placeret i en almenklasse eller i et specialtilbud. 41 elever ud af 44 der kan beskrives som "mentalt retarderede" er således placeret i et specialtilbud ($\chi^2(1, N=139) = 29,9; p < 0.00001$). Når det

² Diagnostisk betegnelse ifølge den officielle diagnoseklassifikation der anvendes i Danmark: International Classification of Diseases – 10th edition (ICD 10, WHO 1992).

drejer sig om de elever som har et intellektuelt funktionsniveau ”i normalområdet”, så er fordelingen i henholdsvis ”almenklasse” og ”specialtilbud” nærmest ”fifty-fifty” (53 i ”almenklasse” og 42 i ”specialtilbud”).

Tabel 1: Intellektuelt funktionsniveau og skoleplacering

Under normalområdet*	Skoletype		Total
	Almenklasse	Specialtilbud	
Ja	3	41	44
Nej	53	42	95

**Under normalområdet betyder her en IK under 70 eller at eleven er vurderet til at have et funktionsniveau under normalområdet*

Vi vil herefter kigge nærmere på den elevgruppe som omtales som ”i normalområdet”, for at se om der er særlige karakteristika i denne gruppe børn, som kan forudsige, om en elev er placeret i det ene frem for det andet tilbud. Det drejer sig om 95 elever, som havde en IK over 70 eller som blev vurderet som havende et funktionsniveau indenfor ”normalområdet”.

KARAKTERISTIK AF DE 95 ELEVER FRA GRUPPEN ”I NORMALOMRÅDET”

I Tabel 2 præsenteres oplysninger for alle inklusionsvariable (fordelt på skoletilbud: ”almenklasse” henholdsvis ”specialtilbud”) for de 95 elever i gruppen ”normalt begavede”. I Tabel 3 præsenteres de resterende variable vi rådede over.

Tabel 2: Inklusionsvariables fordeling ift. skoletype for elever i normalområdet (n = 95)

	Almenklasse	Specialtilbud
Alder ved undersøgelse på CFA	11.5 (2.9)	11.4 (2.9)
Dreng	46	33
Pige	7	9
Diagnose fra CFA		
Autisme	9	13
Atypisk autisme	8	6
Asperger's syndrom	26	14
PDD-NOS	10	9
IK*		
Total score	98 (19.1)	92 (16.5)
Sproglig	100 (16.3)	93 (14.9)
Ikke-sproglig	97 (22.5)	92 (19.5)
Total score – extern testing**	99 (11.8)	89 (9.9)
ADI-R*		
Gensidig social interaktion	11.9 (4.6)	15.7 (5.4)
Kommunikative afvigelser	9.9 (4.1)	10.5 (4)
Repetitiv/stereotyp adfærd	2.8 (1.6)	3.8 (2.4)
ADOS*		
Social interaktion	6 (2.7)	6.6 (2.7)
Kommunikation	3 (1.4)	3 (1.5)
Leg	0.9 (0.7)	0.88 (0.6)
Repetitiv adfærd	0.9 (0.8)	1 (1)

*Gennemsnit (standard afvigelse)

Tabel 3: Andre variables fordeling ift. skoletype for elever i normalområdet (n = 95)

	Almenklasse	Specialtilbud
Vineland*		
Kommunikation	76 (18.9)	74.6 (20.1)
Almindelig daglig livsførelse	72 (19.1)	68.7 (22.2)
Socialisering	64 (13.7)	60.4 (12.2)
Adaptive behavior composite 3	66.5 (14.9)	62 (13)
Co-morbid diagnose fra CFA (tourette, ADHD, OCD)	6	13
Somatiske problemer (syn, hørelse, motorisk, epilepsi)	11	13
Medicinering (anti-psykotisk, anti-epileptisk, anti-depressiv, centralstimulerende)	7	14
Adfærdsproblemer (selvdestruktiv, aggressiv, spiseforstyrrelse, søvnforstyrrelse, hyperaktivitet, opmærksomhedsproblemer, impulsivitet, negativitet, angst, seksualitet, tvangstanker, inkontinens)	42	36

*Gennemsnit (standard afvigelse)

MULTEPEL BINÆR LOGISTISK REGRESSION

Vi ønsker nu at foretage en samlet analyse af alle variable for at finde frem til hvilke faktorer (om nogen) der har indflydelse på hvorvidt en elev med ASF *enten* fuldt integreres i folkeskolens almindelige klasse *eller* henvises til specialskole/specialtilbud. Til dette formål vælges en multipel binær logistisk regression.

Alle variable kan ikke inddrages i én samlet multipel binær logistisk regression, da der ikke er nok elever i databasen til så mange variable. Vi foretager derfor en lang række χ^2 tests og t-tests på alle tilgængelige variable i Tabel 2 og 3, for at undersøge, om der er signifikante forskelle mellem eleverne i de to skoletyper. Disse tests udgør en udvælgelsesprocedure til den multiple binære logistiske regression. Ved fem variable viste forskellen sig at være signifikant:

1) ADI-R omfang af symptomer på kardinalsymptomområdet: "Gensidig social interaktion";

Signifikant forskel hvor gennemsnit for gruppen i specialtilbud er størst ($t(93) = -3,733, p < 0,0001$ (to-sidet)).

2) Komorbid psykiatrisk diagnose givet af Center for Autisme: ADHD (3 inkluderede elever og 10 elever i specialtilbud); signifikant forskel ($\chi^2(1, N = 95) = 6.534, p = 0,011$).

3) Medicinering ((anti-psykotisk, anti-epileptisk, anti-depressiv, central stimulans): ja/nej (7 inkluderede elever medicineret og 14 elever i specialtilbud medicineret); signifikant forskel ($\chi^2(1, N = 95) = 5.512, p = 0,019$).

4) Adfærdsproblem (selvdestruktiv: ja/nej): (7 inkluderede elever og 14 elever i specialtilbud havde dette adfærdsproblem); signifikant forskel ($\chi^2(1, N = 95) = 5.512, p = 0,019$)

5) Adfærdsproblem (aggressiv: ja/nej): (20 inkluderede elever og 25 elever i specialtilbud havde dette adfærdsproblem); signifikant forskel ($\chi^2(1, N = 95) = 4.462, p = 0,035$)

Vi indsatte dernæst de fem variable i en multipel binær logistisk regression (RStudio Team (2015)). En såkaldt Wald test, lavet efter de fem variable er blevet indsat i den multiple binære logistiske regression, viste at Medicinering (ja/nej) (Wald z-statistic = 1.45, ns), selvdestruktiv adfærd (ja/nej) (Wald z-statistic = 0.82, ns), og aggressiv adfærd (ja/nej) (Wald z-statistic = 0.88, ns) ikke med signifikant sikkerhed kan siges at bidrage til at modellen, som den multiple binære logistiske regression udgør, bliver bedre til at gætte rigtigt på hvorvidt en elev kommer i specialtilbud eller i almenklasse. I den endelige multiple binære logistiske regressionsanalyse, som vises i tabel 4a og b, anvendes derfor kun de to variable ADI-R (reciprok social interaktion) (Wald z-statistic = 3.18, $p < 0.0015$) og ADHD (diagnose fra CFA) (Wald z-statistic = 2.45, $p < 0.014$). En likelihood ratio test som sammenlignede en logistisk regressions model uden prædiktorvariable (kun med interceptet i tabel 4a) og modellen med de to variable (ADI-R score vedr. Gensidig social interaktion og ADHD (diagnose fra CFA)) resulterede i en p-værdi < 0.00001 (χ^2 test værdi = 22.9, $df = 2$). Sagt med andre ord: hvis viden om elevens score på omfanget af afvigelse i Gensidig social interaktion på ADI-R samt viden om hvorvidt eleven har ADHD, inddrages i forsøget på at gætte elevens skoletype vil man ved brug af den statistiske model oftere kunne ramme rigtigt, end hvis denne viden ikke inddrages.

Tabel 4a: Multipel Binær Logistisk Regression

	Coefficients	Std. Error	z-value	Pr(> z)
(Intercept)	-3.04335	0.77	-3.9	<0.00001
ADI-R: Social	0.184	0.05	3.6	<0.0003
ADHD: diagn. fra CFA	2.3	0.8	0.8	<0.0048

Tabel 4b: Multipel Binær Logistisk Regression

	Df	Deviance	Resid.Df	Resid. Dev	Pr(>Chi)
Null (kun intercept)			94	130.4	
ADI-R: Social	1	13.03	93	117.4	<0.0003
ADHD: diagn. CFA	1	9.9	92	107.5	<0.001

Endelig opstilles en klassifikations-tabel (tabel 5). Heraf ses at den endelige model gættede den rigtige skoletype i 69.5% af tilfældene ud af de 95 elever i normalområdet. Det ses også at modellen var markant over chanceniveau når den gættede på placering af inkluderede elever men tæt på chanceniveau (50/50), når den gættede på placering af elever i specialtilbud.

Tabel 5: Klassifikationstabel

Observeret skoletype	Klassificeret skoletype		% Korrekt
	Almenklasse	Specialtilbud	
Almenklasse	43	10	81.1
Specialtilbud	19	23	54.8
Total % Korrekt			69.5

HVILKE BEKYMRINGER HAR FORÆLDRENE GJORT SIG OM DERES BARN'S ADFÆRD OG UDVIKLING?

I forbindelse med udredningen har vi foretaget en systematisk registrering af, hvilke bekymringer forældrene havde vedrørende deres barns adfærd og udvikling på det aktuelle tidspunkt for undersøgelsen (ADI-R spørgsmål 1) (se Tabel 6). I ADI-R registreres disse bekymringer i en række variable (kode 1-8) med følgende inddeling:

- 1 = Forsinket/afvigende udvikling af tale og/eller ekspressivt sprog
- 2 = Medicinske problemer (fx anfald) eller forsinkelse på andre afgørende områder end sprog (ex.: fysisk vækst, motorisk udvikling, renlighed eller at være "langsom")
- 3 = Manglende interesse for eller afvigelse/særhed i forbindelse med social eller følelsesmæssig respons på andre
- 4 = Adfærdsvanskeligheder, som ikke er specifikke for autisme (fx søvn- eller spiseproblemer, generelt højt aktivitetsniveau, omkringfarende, aggressiv eller destruktiv adfærd)
- 5 = Adfærd karakteristisk for autisme (fx hånd- eller fingerstereotyper, usædvanlige tilknytninger (fx til genstande), ekstreme problemer med forandringer m.v.)
- 6 = Eventuel mangel på evnen til at leve selvstændigt eller lykkeligt (herunder besvær med at finde et job, klare sig selv osv.).

7 = Bekymringer, som ikke direkte hænger sammen med barnets adfærd eller udvikling (fx familieproblemer, strid om pleje eller undervisningstilbud m.v.).

8 = Fagfolk er bekymrede, forældrene er ikke

Koderne 1, 3 og 5 omfatter de tre kardinalsymptomområder, som indgår i en autismespektrumsdiagnose, mens kode 2 omhandler eksempelvis udviklingsforsinkelse og kode 4 adfærdsvanskeligheder, begge områder som hyppigt er en del af problemer der er knyttet til børn der får en ASF diagnose, men som ikke er en del af selve diagnosekriterierne. Kode 7 dækker andre forhold der ikke direkte er en del af barnets adfærd eller udviklingsproblemer, som eksempelvis problemer med at finde det rette undervisningstilbud til deres barn.

Vi har opgjort forældrenes *primære* bekymring (dvs. den bekymring de aktuelt synes er den største vedrørende deres barns adfærd eller udvikling) og vi kan her se, at der ikke er den store forskel på besvarelserne fra de forældre, hvis barn var placeret i en almenklasse og de forældre, hvis barn var i specialtilbud (Antal besvarelser = 92; 3 er ubesvaret og alle disse er fra gruppen "almenklasse"). Det er især inden for kernesymptomområdet for autismeforstyrrelsen: Gensidig social interaktion (Kode 3), at forældrene har bekymringer (49% hos forældre med inkluderede børn og 42.9 % hos forældre med børn i specialtilbud). Derefter følger bekymringer vedrørende barnets adfærdsvanskeligheder (Kode 4) (18.9% hos forældre med inkluderede børn og 23.8 % hos forældre med børn i specialtilbud). Tilsammen udgør disse bekymringer altså 68% og 66.7% hos henholdsvis inkluderede børn og børn i specialtilbud. De adfærdsmæssige karakteristika (Kode 5) og sproglige og kommunikative afvigelser (Kode 1), som er en del af kernesymptomområderne for autismediagnosen optræder kun i mindre grad som den primæres bekymring hos forældrene. 16 % af forældrene, hvis barn er i et specialtilbud vs. 5.7% af forældrene med et barn i en almenklasse, har udtrykt bekymring vedrørende andre forhold, herunder eventuelle problemer vedrørende barnets aktuelle undervisningstilbud (Kode 7). Bemærk her, at netop problemer med hensyn til Gensidig social interaktion og Adfærdsvanskeligheder (som eksempelvis hyperaktivitet) svarer til de i den multiple binære logistiske regression signifikante faktorer: Gensidig social interaktion (fra ADI-R) og ADHD (komorbid psykiatrisk diagnose fra Center for Autisme).

Tabel 6: Forældres primære bekymring vedr. deres barns adfærd og udvikling på undersøgelsestidspunktet for elever i normalområdet (n = 92). ADI-R sp. 1.

	Almenklasse	Specialtilbud
Forsinket/afvigende udvikling af tale/sprog (kode 1)	3.8 %	2.4 %
Medicinske problemer (kode 2)	0 %	0 %
Manglende interesse for eller afvigelse/særlighed i forbindelse med social interaktion (kode 3)	49.1 %	42.9 %
Adfærdsvanskeligheder ikke specifikke for autisme (kode 4)	18.9 %	23.8 %
Adfærd karakteristisk for autisme (kode 5)	3.8 %	2.4 %
Selvstændighed (kode 6)	13.2 %	9.5 %
Andre bekymringer (f.eks. vedr. undervisningstilbud) (kode 7)	5.7 %	16.7 %
Fagfolk bekymrede forældre ikke (kode 8)	0 %	2.4 %

DISKUSSION

Vi har i dette studie undersøgt sammenhængen mellem karakteristika hos børn med ASF og deres skoleplacering i henholdsvis den almene klasse eller i et specialtilbud. Studiet omhandler børn, som er skoleplaceret under den tidligere specialundervisningsstruktur, dvs. før Lov nr. 379 af 28/04/2012 blev vedtaget. Før da kunne børn med specialundervisningsbehov visiteres til en variation af undervisningstilbud i henholdsvis amtsregi i form af eksempelvis specialskoler eller i

kommunalt regi i eksempelvis specialklasser eller specialklasserækker eller som enkeltintegreret i en almindelig folkeskoleklasse. Langt de fleste børn i studiet har på det tidspunkt, hvor vi har registreret deres skoleplacering endnu ikke fået en diagnose (af de 95 elever som befandt sig i normalområdet havde 11 i almenklasse og 12 i specialtilbud modtaget en af de fire ASF diagnoser fra tabel 2), hvorfor vi må antage, at det ikke er diagnosen i sig selv, men en vurdering af barnets individuelle karakteristika, som i højere grad har været bestemmende for barnets aktuelle skoleplacering. Om der er stillet en diagnose eller ej har ikke haft betydning for om et barn fra gruppen "i normalområdet" på undersøgelsestidspunktet er i en "almenklasse" eller placeret i et "specialtilbud" ($\chi^2(1, N=95) = 0,78, p = N.S.$).

Vi finder i vores analyse, at barnets intellektuelle ressourcer er stærkt determinerende for dets skoleplacering (se Tabel 1). Børn, der viser sig at have et funktionsniveau under normalområdet, er i stort set alle tilfælde placeret i et specialtilbud. Når det drejer sig om børnene inden for normalområdet kan vi i Tabel 2 se, at den gennemsnitlige IK er størst for inkluderede børn for hver af de fire typer af IK-mål vi har oplysninger om. I ingen af tilfældene viste denne mindre forskel sig dog at være signifikant.

Når vi sammenligner børnene i de to forskellige skoletilbud, kan vi se at graden af sociale vanskeligheder målt ved ADI-R er signifikant højere i gruppen af børn i "specialtilbud". Det er et interessant resultat, når vi sammenligner dette med de bekymringer, som forældrene har vedrørende deres barns adfærd og udvikling på tidspunktet for barnets udredning (se Tabel 6). Her finder vi, at en meget stor andel af forældrene peger på barnets sociale vanskeligheder, som den *primære bekymring* og at der ikke ses nogen signifikant forskel hos gruppen af forældre til børn der er placeret i en "almenklasser" (49.1%) og til børn i "specialtilbud" (42.9%). Det kunne således tyde på, at barnets sociale "profil" er en af de variable, som – uanset en eventuel ASF diagnose, som langt de fleste af børnene endnu ikke havde fået på det tidspunkt – har kunnet være en problematik, der har indgået i overvejelser om valg af skoletilbud til barnet.

Vi finder også, at børn der ud over en ASF diagnose tillige får en ADHD diagnose signifikant hyppigere er placeret i et "specialtilbud". Det er måske ikke så overraskende, idet symptomer på ADHD ofte er karakteriseret ved mere synlige forstyrrelser i adfærden i form af hyperaktivitet, impulsivitet og opmærksomhedsproblemer. Her kan den ofte mindre klassestørrelse og dermed større grad af lærerstøtte til den enkelte elev formodentligt hurtigere føre til et forslag om at placere barnet i et "specialtilbud" frem for en almindelig klasse. Interessant er det også, at vi finder netop "adfærdsproblemer" (ikke den autismespecifikke type af adfærdssymptomer, men den mere uspecifikke type, som hyperaktivitet m.v.), som den næstmest udbredte bekymring hos forældrene vedrørende deres barns adfærd og udvikling.

Selv om vi således finder, at der er signifikante forskelle imellem børnene i de to forskellige skoletilbud på en række variable, betyder det ikke, at disse karakteristika (sværere grad af sociale vanskeligheder, ADHD-diagnose) i sig selv med sikkerhed *bestemmer*, hvor barnet placeres, alt

efter om det har et af disse karakteristika. Vi kan ikke på baggrund af de enkelte karakteristika med sikkerhed sige, om barnet så er placeret i det ene eller det andet tilbud. En nærmere analyse fandt dog, at omfanget af sociale vanskeligheder (mål ved ADI-R's algoritmeskala for afvigelser i Gensidigsocial interaktion) og om barnet ud over ASF også har ADHD øger *sandsynligheden* for at barnet er i et "specialtilbud" i en sådan grad, at vi med udgangspunkt i analysemodellen korrekt kan klassificere barnets skoletilbud i næsten 70% af tilfældene. Her er det dog vigtigt at fremhæve, at det især er i gruppen af børn der er placeret i "almenklasse", hvor vi rammer plet, mens vi i mindre grad er i stand til at klassificere de børn som er placeret i "specialtilbud". Det betyder, at børnene i gruppen, der er placeret i "almenklasse" er langt mere homogene i deres karakteristika end børnene i "specialtilbud". Der er således en større andel af børnene i "specialtilbud", hvis karakteristika *ikke* kan skelnes fra børnene i almenklassen. Dette kan være et resultat af vores datamateriale, hvor vi ikke har de tilstrækkelige variable vedrørende barnets adfærd og udvikling, der skal til for at finde en sådan forskel på børnene. Det kan dog også tænkes at der er andre forhold, der har betydning for et skolevalg, så som forældres eller barnets egne ønsker om skoleplacering eller om lokale kommunale forhold omkring skolevisitationen m.v.

I forbindelse med Fase 1 kunne man med rette være bekymret for, at den gruppe af børn der indgår i vores studie, kunne være en "tilfældig" sammensat gruppe af børn med ASF og at vores resultater således ikke har bredere værdi eller validitet. Som vi skal se nedenfor i sammenligningen med et amerikansk studie, så er dette dog ikke tilfældet. Vores gruppe af børn, der her er betegnet som "i normalområdet", er på inklusionsvariablene stort set identiske med den amerikanske gruppe af børn.

Afslutningsvis skal vi her fremhæve, at Fase 1 studiet har omhandlet, hvilket skoletilbud barnet har på det pågældende tidspunkt, hvor det undersøges på CFA. Vi ved således ikke, hvor mange af børnene der senere henvises til en anden type af tilbud, således at nogle børn måske går fra "almenklasse" til "specialtilbud" og andre den modsatte vej. Vi ved således heller ikke, hvilke karakteristika eller problematikker, der kan have betydning for ændret skolevalg efter at en diagnose er stillet og der eventuelt kommer mere fokus på barnets særlige behov.

DISKUSSION AF VORES STUDIE I RELATION TIL ET NYERE AMERIKANSK STUDIE

Fase 1 er ikke en undersøgelse der fokuserer på autismespektrumsforstyrrelsen som sådan, men derimod en undersøgelse af mulige karakteristika eller faktorer hos børn med ASF, som de fagpersoner/instanser, som er ansvarlige for visitationsprocessen måske har vægtet i spørgsmålet om, hvilket skoletilbud barnet skal tilbydes. Det er klart at vægtningen af disse faktorer kan være kulturelt bestemt og derfor kan variere fra land til land eller endog region til region. Det kan ikke udelukkes, at der kan være lokale (kommunale) eller regionale (amtslige) forskelle, som vi ikke har kunnet opfange, da personerne som indgår i vores datamateriale alt overvejende har været bosat øst for Storebælt. I det følgende vil vi sammenligne resultaterne fra Fase 1 med en nyere undersøgelse fra USA (White, Scahill, Klin, Koenig, & Volkmar, 2006), som på en lang række

punkter er identisk med Fase 1. I sammenligningen vil vi især kigge på de forskelle, der har med vægtningen af elevernes karakteristika, når der skal vælges mellem et tilbud i den "almene klasse" eller i et "specialtilbud" og dermed mulige kulturelle faktorer der kan være bestemmende herfor.

I White et al. rapporteres en multipel binær logistisk regression udført på 80 elever i første klasse (49 der er i "almenklasse" (omtalt som "regular class" eller "mainstream") og 31 i "specialtilbud" (omtalt som "special education class") inddelt efter samme kriterier som vi har gjort i Fase 1 (se sektionen *Kategorisering af skoletilbud*)). Eleverne var diagnosticeret med autisme, Asperger's syndrom eller PDD-NOS (alle diagnosticeret vha. ADI-R og ADOS) og havde en IK ≥ 70 (målt med WISC-III, WAIS-R eller WAIS-III) og var rekrutteret til studiet fra 25 forskellige stater i USA. Deres endelige multiple binære logistiske regressions model indeholdt variablene IK og Vineland Adaptive Behavior Scales Kommunikations-skala og klassificerede 73% af eleverne korrekt (I vores studie kunne vi klassificere 69,5% af eleverne korrekt).

"Findings highlight the emphasis placed on certain child characteristics (e.g., cognitive ability), with far less emphasis on other areas (e.g., degree of social deficit), in educational placement and service provision" (White et al., 2006, p1403).

Når vi sammenligner vores studie med White et al (2006), finder vi, at de to børnegrupper der indgår i studierne til forveksling ligner hinanden på data vedrørende kognitivt niveau (når vi isoleret ser på vores gruppe af børn med $IK \geq 70$), ADI-R, ADOS og Vineland Adaptive Behavior Scales. Dette er betryggende, idet den "stikprøve" som vores 95 elever udgør hermed valideres, dvs. ikke er en atypisk sammensat gruppe af børn med ASF.

Vi finder i begge studier, at barnets intelligensmæssige niveau har betydning for skoleplacering, men hvor vi i vores studie alene finder, at det har en bestemmende rolle for børn der er mentalt retarderede, finder man i White et al studiet, at det også har betydning for de børn som ligger inden for normalområdet ("high-functioning" children with ASD): børn i "mainstream" tilbud har en signifikant højere IK end børn i "specialtilbud". I vores studie fandt vi til gengæld, at grad af sociale vanskeligheder kan knyttes til typen af skoletilbud. Dette gjorde sig ikke gældende for eleverne i White et al studiet.

I White et al. fremhæves, at når der *ikke* tages højde for barnets sociale vanskeligheder ved valg af skoletype, så er der risiko for at man inden for "mainstream" klasserne ikke er rustet til at varetage den særlige indsats mange af disse børn har brug for netop med hensyn til social træning og udvikling.

"If degree of social deficit is not predictive of special education placement and most children with ASD do not receive services targeted at social skill development and social integration, then the social benefit that these youngsters accrue from being involved in the mainstream merits careful examination" (White et al., 2006, p1410).

I White et al's studie peger man på behovet for at undersøge andre variable eller karakteristika hos børn med ASF, som kan have betydning for skoleplaceringen, herunder adfærdsmæssige problemer hos børnene. I vores studie har vi haft adgang til sådanne data og vi fandt da også at sandsynligheden for at blive placeret i et specialtilbud steg med 10 gange, hvis barnet ud over en ASF diagnose også har en ADHD diagnose.

HVAD KAN VI BRUGE VORES STUDIES RESULTATER TIL?

På baggrund af den nye inklusionsdagsorden, som er blevet sat i værk siden vedtagelsen af lov om øget inklusion (L379 af 28/04/2012) rejser vores studie en række vigtige pointer, der bør tages i betragtning, hvis ønsket er at øge antallet af børn med ASF, der skal inkluderes. Hvis sammensætningen af børnene med ASF i dag modsvarer sammensætningen i vores studie så vil det betyde, at gruppen af børn der bliver inkluderet vil være præget af en større grad af sociale vanskeligheder og udviklingsmæssige udfordringer. Det stiller nogle flere krav til almenklassen, der skal rumme disse børn. Specialviden og særlige foranstaltninger til at varetage børnenes sociale udvikling og træning af de sociale færdigheder, er noget som har været udviklet inden for og som er en integreret del af specialmiljøet for børn med ASF i dag. For den almene klasse vil der være tale om nye tiltag, som man måske ikke har haft behov for i samme grad tidligere, hvor de enkeltintegrerede børn med ASF tidligere havde færre sociale og adfærdsmæssige vanskeligheder. Dermed står vi i dag med samme udfordringer som White et al gør opmærksom på i deres studie. På samme vis, kan det forventes med et stigende antal af børn med ASF der inkluderes, at der også kommer flere med adfærdsmæssige problematikker relateret til eksempelvis en ADHD-diagnose. Dette vil også stille større krav til den almene klasses lærere og skolen som sådan i form af en strukturering og organisering af læringsmiljøet, der kan tage højde for disse problemer, samt at lærere/pædagoger i den almene skole får let adgang til specialviden om og metoder til, hvordan adfærdsproblemer kan takles hos børn med ASF.

Når der i offentligheden har været fokus på og omtale af problemer med inklusion af specielt elever med ASF kan vores studie her måske give noget af forklaringen. Der inkluderes i dag flere elever med ASF, som er karakteriseret ved en række psykiske og adfærdsmæssige udfordringer, som tidligere i et større omfang ville være blevet tilbudt et segregeret specialundervisningstilbud. Når disse elever træder ind i den almene klasse er man ikke endnu i stand til at imødekomme deres særlige behov, hvilket afstedkommer en mistriksel hos eleverne, som kan resultere i bl.a. skolevægring m.v.

Resultaterne fra projektets Fase 1 vil blive diskuteret i et sammenfattende diskussionsafsnit sammen med resultaterne fra Fase 2 og Fase 3.

LITTERATUR

International Classification of Diseases – 10th edition (ICD 10, WHO 1992).

Ozonoff, S. et.al. (2005): Evidence-Based Assessment of Autism Spectrum Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 3, 523-540.

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.457.1185&rep=rep1&type=pdf>

White, S. W., Scahill, L., Klin, A., Koenig, K., & Volkmar, F. R. (2006). Educational Placements and Service Use Patterns of Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(8), 1403–1412. <http://doi.org/10.1007/s10803-006-0281-0>