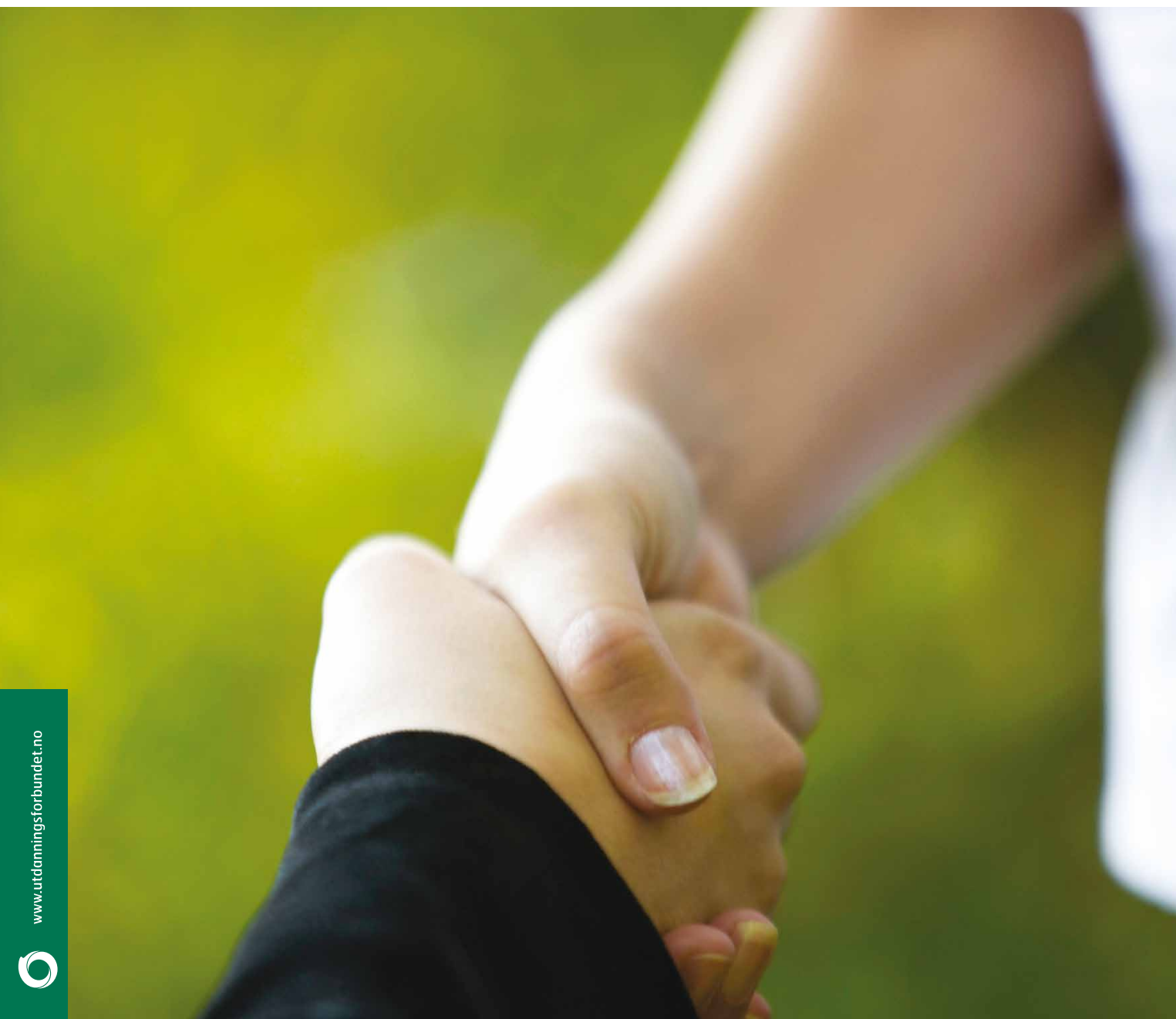


05 spesialpedagogikk

2011 årsabonnement kr 450,-

04 «Godt begynt er halvt fullendt» 12 «En god skolehistorie» 16 «Kartlegging i ein inkluderande skule» 26 «Tverrfaglig samarbeid – utfordringer og muligheter»



Kartlegging av ressurser og muligheter



Ellen B. Ruud

I disse dager er det eksamenstid for mange skolebarn og ungdom. For enkelte er dette noe de kan se fram til som en mulighet for å få vist all den lærdommen de har tilegnet seg gjennom skoleåret. For andre igjen kan eksamen og de karakterene de får, bli en bekreftelse på alt de ikke får til og ikke har forstått.

I spesialpedagogikken er det et mål å hjelpe barn, ungdom og voksne til å mestre bedre det de måtte streve med. Da er det ikke nok bare å avdekke alt de ikke kan. Det fører bare til at de mister all motivasjon. Gunvor Sønnesyn skriver i sin artikkel om bruk av dynamisk testing. Denne type testing har som mål å finne ut hvordan elevene tenker når de forsøker å løse en oppgave og hvilke strategier han eller hun benytter. Bare ved å møte elevene der de er og bygge videre på det de kan fra før, er det mulig å gi den støtten, stimuleringen og hjelpen som skal til for at de skal prestere enda bedre. Det må også være et mål å bevisstgjøre både eleven selv, foreldrene og læreren på elevenes sterke sider, deres ressurser og interesser, å bygge videre på dette.

Når et barn eller en ungdom er alvorlig syk, som i Knut Jevnakers artikkel, blir det spesielt viktig å tilpasse undervisningen til elevens forutsetninger. Læreren hans på sykehuset klarte nettopp å ta tak i hans interesser og bruke disse i læringsarbeidet. Det at han fikk sjansen til å mestre på tross av sykdomsbegrensningene, gjorde at han kom styrket gjennom den påkjenningen det var å være langvarig syk. Han ble psykisk sterkere og fikk mer tro på sine muligheter.

Hvis det, som pp-rådgiver Inge Jørgensen skriver, er store nedskjæringer i oppvekstsektoren i mange kommuner blir det vanskeligere å gi et kvalitativt godt nok tilbud tilpasset de elevene som strever på ulike måter. Det er de som jobber direkte med barna og ungdommene i skole og barnehage, som vet best hva som må til. Derfor er det dem kunnskapsministeren må spille på lag med og høre på i det videre arbeidet med å få satt de gode intensjonene i Stortingsmelding 18 ut i livet.

Jeg ønsker alle leserne av Spesialpedagogikk en riktig god sommer. Neste nr. kommer i 26. august. Da er vel de fleste av oss tilbake fra sommerferie, forhåpentligvis med nytt overskudd til å ta fatt på nye utfordringer og utforske nye muligheter.

Ellen B. Ruud

Ellen Birgitte Ruud

Utgiver

Utdanningsforbundet

Redaktør

Ellen B. Ruud
ellruu@qudf.no

Markedskonsulent

Hilde Aalborg
hilde.aalborg@qudf.no

Design

Tank Design AS

Trykk

Gunnarshaug Trykkeri AS

Spesialpedagogikk

Hausmannsgt. 17, Oslo
Postboks 9191 Grønland
0134 Oslo

Telefon 24 14 20 00
redaksjonen@spesialpedagogikk.no
www.spesialpedagogikk.no

Annonser

Berit Kristiansen
Telefon 24 14 20 62
annonser@spesialpedagogikk.no

Abonnement og løssalg

Telefon 24 14 20 74
Abonnement kr 450,- pr år.
For medlem/studentmedlem
av Utdanningsforbundet kr 150,-
Løssalg kr 75,-. I tillegg kommer
porto og faktureringsgebyr.
(Enkelte temanummer vil ha
en høyere pris.) Ved kjøp av
over 10 eks gis 15 % rabatt.

Utgivelse

10 nr pr år, månedlig, unntatt
juni og juli. Siste uke hver måned.
Gj.sn. opplag 6444 eks.

Copyright: Det må ikke kopieres fra dette nummeret ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i «Lov om opphavsrett til åndsverk», «Lov om rett til fotografi» og «Avtale mellom staten og rettighets-havernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i under-visningsvirksomhet».

Foto forside: istockphoto

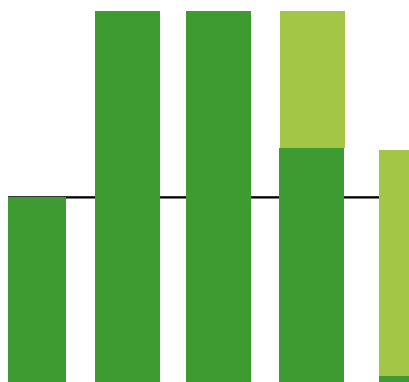
Årgang 76

ISSN 0332-8457



Spørsmålet er korleis ulike typar kartlegging kan bidra til eller vere hinder for, likeverdig deltaking for alle born i opplæring og utdanning i ein inkluderande skule.

artikkel side 16



Far til et barn med funksjonshemming etterlyser samarbeidsveiene mellom fagmiljøene.

- 4 Godt begynt er halvt fullendt
Gunnar Opstad
- 12 En god skolehistorie
Knut Jevnaker
- 16 Kartlegging i ein inkluderande skule
Gunvor Sønnesyn
- 26 Innstikk: Kristin Halvorsen og PP-tjenesten

- 28 Tverrfaglig samarbeid – utfordringer og muligheter
Bente Aars og Kari Aftret
- 38 Fagfellevurdert artikkel
Ona Bø Wie mfl.
- 50 Bokmeldinger
- 53 Kunngjøringer

Godt begynt er halvt fullendt

Hva er det som fremmer den gode relasjonen og den gode samtalen?

Denne artikkelen handler om hvordan man kan møte mennesker som kommer til barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) på en slik måte at det etableres en god relasjon mellom terapeuten og barnet/ungdommen.



Gunnar Opstad er klinisk pedagog ved BUP Bryne.

I løpet de seks årene jeg har arbeidet som spesialpedagog/klinisk pedagog i barne- og ungdomspsykiatrien (heretter BUP), har jeg mang en gang stanset opp og reflektert rundt hva det er som avgjør om relasjonen til den enkelte pasienten oppleves som åpen, meningsfull og god. Jeg tror at begynnelsen, den første kontakten, den første samtalen mellom terapeut og pasient, er ganske avgjørende for hvordan relasjonen blir.

Denne artikkelen handler i hovedsak om den gode starten på en relasjon, mest relatert til forholdet mellom terapeut og pasient i BUP, men dette vil sannsynligvis også være relevant i andre barn-voksen-relasjoner.

Begrepsavklaring

Det er nødvendig å avklare begrepet relasjon slik jeg bruker det her. Relasjonsbegrepet er stort og vidt og kan betraktes ut fra mange perspektiv. Inge Bøe (1993) sier i sin bok om innføring i sosiale nettverk at mennesket er uhelbredelig sosialt og at det trenger medmenneskelig kontakt, ikke bare for å overleve, men for å kunne realisere sine iboende muligheter. Relasjonsbegrepet brukes ulikt; fra å gjelde kun stabile sam-

spillsforhold mellom to eller flere personer som står hverandre nær (primærrelasjoner), til å gjelde samspill med personer en bare ser en sjelden gang (sekundærrelasjoner). Urie Bronfenbrenner (referert i Bø, 1989) definerer relasjoner som de sosiale forhold og følelser som utvikles i det menneskelige samspill. En relasjon oppstår når en person i et nærmiljø legger merke til eller deltar i en annens aktiviteter. Den minste enheten er to personer, toer-gruppen eller dyaden; denne er sentral hos Bronfenbrenner. I teorien regner han med 3 ulike typer: «observasjonsdyaden», «samhandlingsdyaden» og «primæradyaden». I virkelighetens verden faller de ofte sammen.

Inge Bø (1993) henviser til Allport, som hevder at barnets fysiologiske behov etter hvert går over til sosiale behov, som bare kan tilfredsstilles gjennom kontakt og samspill med andre mennesker, noe som kalles *sosiale relasjoner*. I sosiale relasjoner foregår en gjensidig påvirkning, gjensidig hensynstaking og gjensidig avhengighet. Jeg deler Bøe sin beskrivelse av en relasjon, og det er først og fremst sosiale relasjoner som blir omtalt i denne artikkelen. Samspill og relasjoner til foreldre og barn som jeg møter i BUP-systemet, oppfatter jeg som en dynamisk prosess, hvor vi streber etter å møte hverandre i felles forståelse og respekt. Det handler for meg mye om å ha en anerkjennende væremåte overfor både foreldrene og barna.



Jeg tror at begynnelsen, den første kontakten, den første samtalen mellom terapeut og pasient, er ganske avgjørende for hvordan relasjonen blir.

Betydningen av relasjonen i utredning og behandling

Det har de siste årene vært forsket på og skrevet mye om betydningen av relasjonen for utfallet av behandling/terapi. Fra å være mest opptatt av *hva slags terapi* og behandling som virker best på hvilke sykdomsbilder innen psykiatrien, ser man nå mer og mer at forholdet mellom terapeut og pasient ofte betyr mer enn de teknikker man måtte velge å benytte i behandlingen. Anne Grete Tuseth (2007) ved RBUP Øst og Sør skriver i en artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening at behandlingsforskningen forteller at det er andre faktorer enn metoder og teknikker som avgjør terapieresultatet (Lambert og Bergin, 1994). De to viktigste faktorene er snarere *hva klienten bringer inn i terapirommet* i form av ressurser og hendelser utenfor terapirommet, samt *klientens vurdering* av den terapeutiske alliansen.

Nyere forskning bekrefter disse funnene, skriver Tuseth. Verken store eksperimentelle undersøkelser eller omfattende studier av vanlig klinisk praksis finner vesentlige forskjeller i behandlingseffekt mellom ulike metoder. Derimot er det store forskjeller i behandlingseffekt mellom terapeuter innenfor samme metode.

Klientens vurdering av den terapeutiske relasjonen og opplevelse av endring tidlig i terapien, er altså av stor betydning. I de siste årene har det vært gjennomført en rekke studier der terapeuten nettopp får fortløpende tilbakemeldinger på klientens vurdering av behandlingsforløpet. Resultatet fra slike studier viser at der terapeuten er spesielt opptatt av den terapeutiske relasjonen og alliansen og får systematiske tilbakemeldinger fra pasienten, gir dette signifikant økning i effektiviteten av terapi.

Jeg tenker at en «god» i betydning virkningsfull relasjon til et barn, utvikles best når barnet opplever å bli bekreftet av en person som barnet opplever er genuint interessert, som bryr seg, og som evner å være nær. I en slik relasjon bekreftes ikke barnet ut fra hva det gjør, men ut fra hva det er (Morkestrand, 2001). Denne personen kan for eksempel være den saksbehandleren/terapeuten som barnet møter i BUP. Psykologen Irvin Yalom (2003) er opptatt av at prosessen i det terapeutiske rommet må være styrt av det relasjonelle og ikke av det terapeutiske, og av hva som har vært og er målet for terapien. Yalom har i terapien et *her-og-nå-fokus*, noe som han selv tenker gir terapeuten stor frihet i hvordan få til en endring

hos pasientene. Han uttrykker et positivt menneskesyn, der terapeutens hovedoppgave er å fjerne det som hindrer pasienten fra å vokse og å kunne realisere seg selv. Terapeuten skal i disse prosessene la seg påvirke av pasienten. Det skjer bevegelser i relasjonen, begge veier. Terapeuten er bare gartneren, tilretteleggeren, det er pasienten som med sine iboende krefter kan gjøre noe med sin egen situasjon.

Det er vanskelig å komme utenom empatibegrepet når vi snakker om den gode relasjonen. Nerdrum (1988) gir en enkel, men god definisjon av begrepet empati: «Empati er evnen til å forstå hvordan det er å ha den andres sko på, men vite at det ikke er ens egne.» Empati forutsetter både nærhet og avstand». Denne balansen mellom det å være nær, og samtidig ha nødvendig respekt for å holde tilstrekkelig avstand, er avgjørende for utvikling av en god og sunn relasjon. Kanskje kan man kort oppsummere dette kapitlet med Møllehave sine ord: «Det mest avgjørende som skete for os, da vi var børn, var at der var kærlige øjne, som så os. Så os med glæde og varme. Ikke fordi vi havde de og de gode egenskaber, bare fordi vi var til.» (Møllehave 1985).

Foreldrenes første møte med BUP

Jeg har ikke selv gått til BUP med egne barn. Men det har hendt noen ganger at jeg har fått et brev i posten fra Universitetssykehuset i Rogaland med innkalling til en konsultasjon angående et av barna våre. Det kunne være resultat av prøver som var tatt tidligere, som skulle «avsløres». Var det noe alvorlig? Eller var det bare en barnesykdom? Eller hva var det? Datoen som stod i brevet var hele 2 uker frem. Det var lenge å gå og vente. Hvem var den overlegen som hadde skrevet under brevet? Var det en spesialist på akkurat det som barnet mitt led av? Var det noe skikkelig galt siden det var en overlege? Kunne jeg ringe og forhøre meg litt? Nei, de har det sikkert så travelt? Man ringer da ikke slik til en overlege, etc., etc.

Når foreldre henviser sitt barn til BUP, er det etter langvarig, kanskje flere års betenkning. Det har vært møte på møte i barnehagen eller skolen. Det har vært telefoner fra fortvilede eller anklagende lærere, eller naboer eller slektninger. Nå må de gjøre noe. Nå går det ikke lenger. Nå må de henvise. Så går foreldrene til fastlegen og beskriver så godt de kan det barnet de vil henvise og den vanskelige situ-

asjonen barnet og også de selv er i, for å overbevise legen om at han *må* henvise barnet eller ungdommen videre til BUP. Så blir det nye runder med venting. I brevet som etter en stund kommer fra BUP, står det at henvisningen er akseptert, men at det kan ta opptil tre måneder før man kommer til utredning.

Som nybegynner ved BUP overtar man selvsagt de rutiner som finnes på den poliklinikken man jobber. På den poliklinikken jeg arbeider, er det slik at saksbehandleren blir tildelt en «sak», man finner en dato for oppstart, og sekretærene sender ut et standardbrev med oppstartsdato og navnet på saksansvarlig. Ganske snart kjente jeg at dette ikke var en god nok start, verken for meg eller for foreldre og pasienter. Det er ikke en «sak» som starter opp. Det er et ofte fortvilet foreldrepar som står på trappene til å foreta seg noe som de lenge har lurt på om de skal gjøre; er det nå så lurt å blande inn de der «psykiatrigreiene»? Hva forstår vel slike psykologer seg på det som nettopp vi og vårt barn strever med? Eller de tenker forhåpentligvis; nå skal vi endelig få hjelp. De håper så inderlig at de skal treffe en person i BUP som kan forstå hvordan de og deres barn har det. En som kan lytte og forstå. Aller mest er mange redd for å kjenne seg anklaget som foreldre. De har ikke gjort god nok jobb. Det er nok litt deres skyld at barnet er som det er. Det har de ofte følt på i møte med barnehage og skole og naboer og slektninger.

Telefonsamtalen

Jeg bestemte meg for selv å overta «sekretærenes rolle» i oppstarten av en ny sak. Når jeg nå får tildelt en ny sak, et nytt barn, setter jeg meg grundig inn i henvisningen og de papirene som følger henvisningen. Deretter *ringer jeg* en av foreldrene. Denne første telefonen, denne aller første kontakten er det første steget for å få til en god relasjon eller en allianse til barnet. For jeg tror at klarer man å få tillit hos foreldrene, så er mye gjort for å kunne få til det samme hos barnet. Det kan være en annen situasjon når det gjelder eldre ungdommer, men det lar jeg ligge nå. Det er som oftest mor jeg ringer til, der det er to foreldre i samme hus. Hvorfor det, mon tro? Erfaringen tilsier at det ofte er mor som har stått nærmest de vanskelige barnet har, som har gått på de vanskelige trekantsamtalene på skolen, og som kanskje har stått mest på for å henvise barnet til BUP.

I den aller første telefonsamtalen går jeg naturligvis ikke langt inn i problematikken. Men jeg hører hvordan situasjonen er akkurat nå. Det er som oftest minst et halvt år siden henvisningen ble sendt. Og jeg tilkjennegir med mine kommentarer at jeg har satt meg inn i det som er skrevet i henvisningen. Samtalen avsluttes med spørsmål om å finne en dato og klokkeslett for første møte som passer best for foreldrene.

Flere foreldre har i etterkant av en slik «begynnelse» kommentert nettopp denne første telefonen. *«Det var godt bare å høre stemmen til saksbehandleren. Nå gruet jeg ikke så mye lenger. Han høstes faktisk helt normal ut. Ikke noen sånne psykologfraser. Jeg tror han forstod hva vi sliter med. Jeg fikk en følelse av at han faktisk brydde seg om hvordan vi har det. Og når har jeg noen gang tidligere fått spørsmål om når det passer for oss å møte til time på sykehuset eller legen? Hallo! Vanligvis kommer det bare et brev med tid og sted.»*

Jeg tror at denne første opplevelsen av å bli møtt og hørt blir videreført til det barnet eller ungdommen som vi senere skal arbeide sammen med. I samtalen rundt middagsbordet. I samtalen i familien eller mellom venner. Som barnet oppfatter. Grunnlaget for den gode relasjonen til barnet er lagt allerede her.

Den første samtalen

Før jeg går mer inn på hva det er som har betydning for utvikling av en god relasjon, vil jeg gå litt videre med den nye saken jeg er i ferd med å starte opp.

Den første kontakten er opprettet. Foreldrene har fått en stemme, en person å forholde seg til. Forhåpentligvis har skuldrene senket seg litt. Den første tiden jeg arbeidet ved BUP, hadde jeg en førstesamtale med foreldrene *alene* – uten barnet til stede. Nå snakker jeg alltid med foreldrene om dette i den første telefonsamtalen og hører hva de selv mener om dette. Jeg gir uttrykk for at jeg har god erfaring med å ha foreldre og barn sammen på den første samtalen. I noen få tilfeller, og spesielt der barna er veldig unge, gir foreldrene uttrykk for at de vil komme alene. Når det gjelder ungdommer som er henvist, er jeg enda mer klar på at ungdommene helst skal komme sammen med foreldrene ved første møte. Noen ganger vil ungdommene slett ikke ha med seg foreldre, og da må jeg selvsagt respektere det.

Første møte med Svend og foreldrene

Svend på 15 år kommer sammen med mor og far til første møte på BUP. De sitter på venterommet når jeg kommer for å hente dem. Svend har hodet delvis gjemt i hetta på genseren og strekker motvillig frem handa til hilsen når jeg gjør det samme for å presentere meg og ønske velkommen. Det virker på meg som han er svært motvillig til det han nå er med på. Deretter håndhilser jeg på foreldrene. Mor kommenterer at Svend ikke var særlig innstilt på å gå hit i dag, og det er nok deres egen skyld, for de hadde ikke informert gutten om at de skulle her, for tidligere samme morgen.

Jeg går foran dem inn til familieterapirommet, som har en sofa og to stoler. Svend setter seg innerst i sofaen, og mor og far setter seg ved siden av han i sofaen. Han har enda meste-parten av hodet dekket inni hetta. Jeg forklarer kort om poliklinikken. Jeg uttrykker forståelse for at Svend synes det er pyton å komme hit. Han sitter hele tiden med hodet delvis dekket inni hetta, men jeg kan se noen ganger at han smiler, og han svarer på noen av spørsmålene mine om skolen.

– Skolen er bare noe drit. Ingenting der er bra. Friminutta, jo da, men da er vi ikke på skolen, da går vi ut av skolen.

Foreldrene gir uttrykk for at dette møtet vi nå er i gang med, kommer 5–6 år for sent, for Svend har hatt vansker i mange år, med dren og hørsel og manglende motivasjon og vansker på skolen. Det er mest foreldrene som forteller, og jeg lar Svend lytte uten å stille han for mange direkte spørsmål. Av og til kommenterer han det mor eller far forteller, enten i form av et fnys eller at han korrigerer det de sier. Etter ca. 15 minutter lar han hetta falle og synes å slappe noe mer av og virker ikke så negativt innstilt som til å begynne med. Jeg er veldig bevisst på å endre fokus og oppmerksomhet fra foreldrene til Svend hver gang han kommenterer noe av det foreldrene sier.

Jeg forteller at jeg har jobbet en del med slike vansker som foreldrene beskriver, og at vi sammen skal forsøke å finne ut hva som kan være årsakene til Svend sine vansker. Og at vi skal være ferdige i god tid før søknadsfrist til videregående. Avslutningsvis skisserer jeg videre forløp for utredningen, og vi blir enige om de første møtedatoene i utredningsplanen.

Min viktigste oppgave i dette første møtet er å skape en trygg atmosfære og å få Svend til å senke guarden. Hver enkelt må oppleve å bli sett, hørt og ivaretatt i en relasjon. De Shazer (1985) er opptatt av hvordan vi som terapeuter vektlegger språket i slike situasjoner som dette. Han peker på hvordan begrepet motstand impliserer en kamprelasjon, og terapeuten må «kjempe for å overvinne» klientens motstand. Videre foreslår De Shazer at ordet motstand erstattes med samarbeid, og at terapeutens oppgave blir å finne frem til hvilken samarbeidsform som er nyttig for den enkelte klient.

Å skape en trygg atmosfære er ikke alltid like lett. Hos Svend lå hans motstand tykt utenpå. En viktig forutsetning for å få til en allianse er at jeg kan vise et oppriktig engasjement i å forstå den enkeltes oppfatning av hvorfor de er kommet til BUP, og ikke minst viktig, at jeg klarer å vente med å lage mine egne hypoteser (Anderson og Goolishian, 1988).

Det magiske i et møte

Jeg er som fotograf ofte til stede ved vielser i kirken. Ofte er jeg imponert og gledelig overrasket over prestens evne til å makte å gjøre vielsen til et helt spesielt øyeblikk i de unge menneskers liv, selv om han har gjort dette utallige ganger før, og at denne vielsen egentlig bare er et nummer i rekken. Likevel makter presten å skape noe *magisk* over hendelsen. Men jeg opplever også av og til at presten som foretar vielsen, bare har snudd bunken og ikke på noen måte er involvert i det han holder på med. Det hele oppleves platt, og slett ikke noe man minnes med glede.

Jeg har både som tidligere PPT-rådgiver og som pedagog i BUP forsøkt å være som den førstnevnte presten, og gjør et forsøk *hver gang* på å skape den opplevelsen hos foreldrene og hos barnet, at det er noe spesielt med dette første møtet. De må oppleve at jeg er genuint interessert i det de forteller. De må ikke oppleve å være et nummer i rekken. Er jeg heldig eller dyktig, så kan det hende at det blir noe «magisk» over møtet. Jeg er klar over at dette kan høres litt for ambisiøst og nesten for «fromt» ut. Men intensjonen min skal være å skape flest mulig slike «magiske møter».

Anerkjennelse og bekreftelse

Hva er det som skal til for det skal bli et godt møte, at det skal etableres en god relasjon, at møtet skal ha noe magisk i seg?

Mange ting, tror jeg. Psykologen Anne Lise Løvlie Schibbye (1995, 1996) karakteriserer relasjoner mellom mennesker ut fra en dialektisk relasjonsteori. Teorien innebærer at en ser på relasjoner mellom mennesker som en helhet. En part i relasjonen må betraktes som en del av helheten. Det den ene parten sier og gjør, påvirker den andre, noe som igjen virker tilbake på den første. Hva som sies og hva som gjøres, knyttes sammen. Det er verken en begynnelse eller en slutt. Det er gjensidighet i samspillet. I tilfellet med Svend var det ikke bare han og hans foreldre som var spent foran første møte. Da Svend etter hvert senket guarden litt, bokstavelig kom ut av jakkehetta, skjedde det noe med både han og meg. Bevisst eller ubevisst merket Svend at også jeg endret meg i løpet av samtalen. Kanskje la han også merke til at mor og far hadde gitt meg tillit ved å fortelle meg ting de vanligvis ikke snakket med noen om. Hadde mor og far tillit, kunne kanskje også han åpne opp litt.

Akseptering

Jeg hadde gleden av å samarbeide med psykologen og poeten Helge Torvund mens jeg jobbet i PPT i Hå. Helge Torvund (2008) skriver i boken «Sjelsord» at det å ha en ikke-dømmende holdning, det å vise respekt for hvem og hvor den andre er og å ta hensyn til hvilken tilstand og posisjon personen er i, er første skritt mot endring. Det betyr ikke at jeg som terapeut skal identifisere meg med preferansene til pasienten, men at jeg skal se at disse preferansene er som de er. Virkelig akseptering er avhengig av våken oppmerksomhet.

Torvund (ibid.) refererer til den svenske psykologen Anna Kåver sin bok «Å leve et liv, ikke vinne en krig». Hun

bruker begrepet *akseptans* og sier at akseptans er å velge å se og ha og holde ut med både den indre og den ytre virkeligheten, uten å flykte, unnvike, forvrengte eller dømme den, og handle ut fra denne virkeligheten på en effektiv måte, en måte som fører oss nærmere våre verdier og mål.

Det er mye bra i denne definisjonen. Torvund er imidlertid selv skeptisk til det siste ordet i definisjonen, ordet *mål*. Det kan oppleves som om man har gitt etter for kravene utenfra om at man raskest mulig skal oppnå et resultat, komme noen vei, i mål, så fort som mulig. Og er det noe vi som behandlere opplever sterkt i BUP nå om dagen, er det nettopp presset om å få pasientene raskt gjennom systemet. Torvund presiserer at det som ligger i den aksepterende holdningen, er at man godtar ting som de *er* nå, i den forstand at en vender all sin våkne oppmerksomhet og nytter all sin kunnskap til å være med i den pågående prosessen *her og nå*.

Å ikke vite

Som terapeut må man kunne tåle ikke å forstå og se den hele og fulle sammenhengen umiddelbart. Når barnet og foreldrene kommer til BUP, vil vi som terapeuter og saksbehandlere gjerne være opptatt av å få vite mest mulig raskest mulig. Systemet i BUP tilsier også at vi helst skal sette en diagnose etter 4–5 konsultasjoner. En står som utreder og terapeut og observatør i fare for å trekke for raske slutninger og dermed overse viktig informasjon som gis i samtalene vi har med barn og foreldre. For det er ofte vår forkunnskap om barnet og familien, våre egne tanker og hypoteser som vil stenge for de signalene og følelsene og gjerne den uuttalte

De håper så inderlig at de skal treffe en person i BUP som kan forstå hvordan de og deres barn har det.

De må oppleve at jeg er genuint interessert i det de forteller. De må ikke oppleve å være et nummer i rekken.



informasjonen som gis i samtale med barn og foreldre. Faktisk er det ting en aldri kan eller skal få vite. En skal som terapeut vise at en våger å stille seg i en slik sårbar posisjon som det er ikke å vite (Torvund 2008). Den holdningen kan også skape nysgjerrighet hos barnet eller ungdommen, og gi dem lyst til utforske dette de ikke vet, sammen med oss. Gerd Abrahamen (2004) skriver om dette med *å tåle å ikke vite* i sin bok om samspillsobservasjon som metode for læring. Når universitetslektoren Abrahamsen ved førskolelærerutdanningen i Stavanger sender studenter ut i barne-

hagene for å foreta samspillsobservasjoner, skal ikke studentene skrive et eneste ord mens de observerer. Ikke før de har avsluttet observasjonen. Hvorfor? Jo, man skal utvide evnen til å *holde på* følelser man får under observasjonen – enten det er glede og overraskelse, sinne og fortvilelse, eller hjelpeløshet og usikkerhet. Studentene skal forsøke å tåle å være i kontakt med sin egen usikkerhet og tvil, frustrasjon og utålmodighet, rastløshet og andre følelser, for bedre kunne analysere og forstå barna sin atferd.

Avslutning

Kommunikasjon mellom mennesker kan læres. Relasjons-etablering og relasjonsbygging kan læres. I denne artikkelen har jeg forsøkt å peke på noe teori og egen praksis som har vært til hjelp for meg, når jeg har jobbet for å bli meg mer bevisst hvordan bli bedre til å kommunisere med barn og unge og deres foresatte. Og hvordan jeg skal forstå det som skjer i møtet med et barn, en ungdom eller en forelder. Og hvordan en god relasjon etableres og hva som skal til for å vedlikeholde og utvikle relasjonen.

Denne kunnskapen er viktig for å forstå sin egen rolle som terapeut. Men denne kunnskapen er selvsagt også et middel for å kunne forstå barnet og ungdommen sin atferd og å hjelpe dem med det de strever med.

Avslutningsvis vil jeg ta med noen ord fra en forelesning holdt av den amerikanske skoleforskeren Robert Pianta ved Universitetet i Stavanger og som er senere ble publisert i artikkelen «Enhancing relationship between children and teachers» (1991). Pianta er opptatt av forholdet mellom lærere og elever, men det han skriver om skolen, kan også gjerne brukes i andre sammenhenger, for eksempel i BUP. Så med litt dikterisk frihet blir sitatet slik:

Mange barn og unge kommer til BUP med negative relasjonserfaringer med andre voksne, preget av forvirring og lite forutsigbarhet. Når terapeutene forstår barn-voksen-samspeillet og har verktøy til å forbedre det, kan de skape en kontekst der barna får oppleve voksne som betingelsesløst aksepterende, som man kan være trygge på, som er til å stole på, som er tilgjengelige og som står for kontinuitet. Når barna har en slik oppfatning av de voksne og terapeuten, er det stor sjanse for at de er mottakelige for hjelp og mye mer sannsynlig at de skal lykkes sosialt (sitatet er hentet fra en forelesning av Pianta ved UiS).

REFERANSER

- ABRAHAMSEN, G.** (2004). *Et levende blikk. Samspillsobservasjon som metode for læring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ANDERSON, H. OG GOOLISHIAN, H.A.** (1988). Human systems as linguistics systems. *Family Process*, 27, 371–393.
- BØ, I.** (1989). *Barnet og de andre*. Tano forlag
- BØ, I.** (1993). Folks sosiale landskaper. En innføring i sosiale nettverk. Tano forlag.
- DE SHAZER, S.** (1985). *Keys to solution in brief therapy*. W.W. Norton and Company. London.
- LAMBERT, L. & BERGIN, A.E.** (1994). The Effectiveness of Psychotherapy. I: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Red). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4. utg. John Wiley & Sons, Inc.
- LØVLIE SCHIBBYE, A.L.** (1996). Anerkjennelse. En terapeutisk refleksjon? *Tidsskrift for norsk psykologforening* 33 530–537.
- LØVLIE SCHIBBYE, A.L.** (1995). Utvikling av personlig og teoretisk refleksjon: Om studenters utdanning i psykoterapi. *Nordisk Psykologi* 47(1), 29–44.
- MILLER, S.D., DUNCAN, B.L. & HUBBLE, M.A.** (2005). Outcome Informed Clinical Work. I: C. Norcross & M.R. Goldfried (red). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York. Oxford University Press.
- MORKESTRAND, R.M.** (2001). *Den gode relasjonen. En studie av voksnes anerkjennende væremåte slik det kommer til uttrykk i barnehagens daglige liv*. Hovedfagsoppgave. Institutt for Spesialpedagogikk, UiO
- MØLLEHAVE, J.** (1985). *H.C. Andersens salt. Om H.C. Andersens eventyr*. København: Lundhardt og Ringhof.
- NERDRUM, P.** (1988). Profesjonalitet i arbeidet med klienter. I: P. Nerdrum og O.P. Opsand (red). *Fra veldedighet til profesjonalitet. Barnevernlinjen ved NKSH 25 år*. NKSH 88:1
- PIANTA, R.C.** (1991). *Enhancing Relationship between children and teachers*. American Psychological Association, Washington DC. USA.
- TORVUND, H.** (2008). *Sjelsord. Om terapi, posesi og hypnose*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- TUSETH, A.** (2007). Klient- og resultatstyrt praksis: Når klienten styrer behandlingen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (10), 1218–1219.
- YALOM, I.D.** (2003). *Terapiens gave*. Oslo: Pax forlag

En god skolehistorie

Denne artikkelen handler mest om Henning og om hvordan Sykehuskolen bidro til hans rehabilitering og fortsatte skolegang.



Knut Jevnaker er assisterende rektor ved Sykehuskolen i Oslo.

Henning er en Oslogutt som nå er blitt 18 år gammel. Han er for tiden elektrikerlærling og fikk praksisplass i skarp konkurranse med fem andre. Han sier selv han tror det kom av solide karakterer fra den videregående skolen han går på. Henning driver på fritida aktivt med road racing, en tøff motorsykkelsport på bane. Han er både norgesmester og lovende i europeisk sammenheng. Henning trener regelmessig og gjør mye for å holde kroppen i form. Han virker som en sunn og sterk ungdom, både psykisk og fysisk.

Hennings liv har ikke alltid gått «på skinner». For drøye 10 år siden ble Henning rammet av lymfekreft. Denne sykdommen krever et tøft behandlingsregime med mange cellegiftkurer. Pasientene mister håret, og mellom kurene blir immunforsvaret så lavt at det ofte oppstår infeksjoner. Barn med denne sykdommen har lange sykehusopphold der dagsformen er svært variabel. Henning ble etter en stund erklært frisk. Han begynte på hjemskolen igjen. Men problemene meldte seg snart igjen. Kreften slo tilbake og han måtte igjen på ny behandling. Etter to tilbakefall har han fremdeles et lavt immunforsvar og er ennå ikke erklært 100 % frisk.

Til tross for de vanskeligheter som sykdommen medførte i barndoms- og ungdomstida, har Henning kommet relativt godt og styrket ut. For oss som jobber i systemet, er det ikke gitt å få vite hvordan det på sikt går med slike elever som Henning. Lærere etablerer tette bånd til langtidssyke elever, men når de forlater Sykehuskolen og blir tilbakeført til bostedsskolen, så opphører lærer-elev-forholdet. Sånn er opplæringsmandatet fastsatt i opplæringsloven.

Skolens betydning lite kjent

Vi som jobber i Sykehuskolen, vil gjerne både tro og mene at skolen har stor betydning den tiden eleven er inneliggende, men vet lite om langtidseffekten som opplæringen har gitt. Hvordan kan vi få kunnskap om virkningene av den langvarige innsatsen vi har hatt med langtidssyke elever når vi er «avskåret» fra å følge elevens utvikling videre?

En doktoravhandling fra 1998 forfattet av Helg Fottland med tittelen: «Når barn får kreft. En studie i kreftsyke skoleelevers erfaringer og opplevelser fra sykehus og lokalmiljø.» gir noen innfallsvinkler. Fottland har intervjuet åtte elever i alderen 11–19 år, foreldrene og fagpersoner fra skole og helsetesen. Hun konkluderer blant annet med at måten skolen forholder seg til eleven på, både under sykehusoppholdet og etterpå, er av avgjørende betydning. Hun sier at samtlige strever med å gjøre en målrettet innsats på områder der det er viktig for dem å lykkes for å ivareta egen livskvalitet. Hun kaller disse strategiene for «livskvalitetsprosjekter» og betegner de fem prosjektene som følger:

Det fysiske prosjektet omhandler det å bli mest mulig normal igjen, bli frisk, fysisk rehabilitert, kunne se ut som før.

Det sosiale prosjektet sier noe om at det er viktig å få være en del av det likeverdige jevnaldningsmiljøet, å ha nær kontakt med venner og ha jevnaldrende i hverdagsmiljøet.

Aktivitetsprosjektet forteller at det er viktig å være sysselsatt med aktiviteter man mestrer og får til. Det er viktig å akseptere at man kanskje ikke mestrer det samme som tidligere, men det kan være mestring i å greie skolefagene på et annet nivå.

Trivselsprosjektet sier at det er viktig å avlede tankene fra sykdom og sykdomsfokusering gjennom sosialt samvær og lystbetonte aktiviteter.

Han roser lærer Anne for at hun tok tak i hans interesser og brukte dette i læringsarbeidet.

Sammenligningsprosjektet går på tvers av de øvrige fire og går ut på at barnet sammenligner seg selv og sin egen adferd med andre på samme alder på de fire områdene nevnt over. Utfallet av sammenligningene påvirker deres syn på seg selv, deres selvbilde.

Fottland sier at utfordringen for personalet i skolen blir å hjelpe barnet i å lykkes med disse prosjektene. Konkret hva som best gagnar eleven, det vil si hvilke pedagogiske metoder og grep skolen bør gjøre, ligger utenfor hennes oppgave. Og det er spesifikt på dette området det er gjort minst forskning. Men Fottland understreker mestringsaspektet – at det ligger en stor utfordring i å bygge opp elevenes mestring i for eksempel de grunnleggende ferdighetene samtidig som en må balansere læringsutfordringer med sykdomsutfordringer. Det skal jeg komme mer tilbake til. Men først en annen historie.

Min nieses historie

I nær familie har jeg opplevd en liknende historie som Hennings. En niese ble rammet av leukemi da hun var midt i tenårene og hadde et sykehusopphold som strakte seg over ett år. Hun overvant sykdommen. I dag, ca. 10 år etter, holder hun på å avslutte en spesialpedagogutdanning. Hun har også engasjert seg i Kreftforeningens ungdomsgruppe og nyter stor respekt som foredragsholder med en sterk historie å fortelle. I denne historien vektlegger hun skolens betydning for å opprettholde kontakten med venner og klassemiljøet på bostedsskolen. «Mer enn frykten for sykdommen, fryktet jeg å miste kontakten med vennene mine og det tapet som ville komme som en ekstrabelastning om jeg måtte gå en klasse om igjen,» forteller hun.

Det er liten tvil om at skolen hadde en meget stor betydning for min niese. Mennesker som rammes av en alvorlig og langvarig sykdom, har et klart mål. Om ikke sykdommen er kronisk, vil de bli friske og fungere normalt igjen. At dette ser ut til å ha en allmenn gyldighet, understreket psykologen Marianne Straume på en stor konferanse om ungdom og kreft høsten 2010. Hun henviste til resiliensforskning om hvilke faktorer som beskytter barn og ungdom i krise- og stressituasjoner og henviste til Bussey (2007) som påpeker at mennesker anstrenger seg for å oppnå vekst og utvikling under de vanskeligste situasjoner.

Jeg slapp ikke skole

Historiene til Henning og min niese har det til felles at begge mestret en vond og vanskelig livskrise og kom styrket ut av det. Forklaringene på det er sikkert mange og sammen satte. Det kommer kanskje mest an på egne ressurser og hva en har med seg «i bagasjen». Foresattes innsats og støtte er selvsagt også en viktig faktor i sykdomstida. Den tredje faktoren utgjøres av skolen.

Anne var Hennings lærer på Sykehusskolen. Hun viste meg arbeid som hun hadde samlet i en stor perm fra Hennings tid på Sykehusskolen. Her var det mye interessant. Han hadde skrevet fortellinger om sine hobbyer før han ble syk. Det var både om fotball og motocross. Og her var også fortellinger om venner og skolekamerater, hvordan tiden på sykehuset hadde vært og hva han hadde gjort. Jeg ble nysgjerrig på å få vite hvordan det hadde gått med Henning siden siste innleggelse. Jeg tok kontakt med mor og fikk raskt en avtale om å treffe dem.

En kald februarkveld finner jeg fram til der Henning bor. Det første som slår meg i møtet med Henning, er hans tilstedeværelse i forhold til den vanskelige tilstanden han har vært igjennom. Han forteller at da han ble innlagt på sykehuset første gang, var han så syk at han egentlig ikke orket noen ting. «Jeg var trøtt og sliten. Jeg hadde vondt i munnen og orket ikke snakke. Jeg hadde ofte vondt i hodet og orket ikke å arbeide med skolebøkene. Men jeg slapp ikke skole.»

Elevers rett og plikt

Elever i grunnskolealder som er innlagt på sykehus, har rett og plikt til opplæring i henhold til opplæringsloven §13-3a. Elever som er under videregående opplæring, har rett til opplæring. Det betyr i praksis at elevene blir registrert og får opplæring av faste lærere på Sykehusskolen. De fleste elever er i stand til å komme på de rom som Sykehusskolen disponerer om helsetilstanden tilsier det. I noen tilfeller vil opplæringen foregå på sykehusrommet. For elever som er innlagt over lengre tid, kan følgelig undervisningen veksle mellom å være på sykehusrom og i skolens egne lokaler, alt etter helsetilstand.

Sykehusskolens lærere tar kontakt med elevens bostedsskole så snart foresatte har gitt slik tillatelse. Det er viktig å samarbeide med elevens kontaktlærer om det faglige.

Ulike læringsportaler kan gi skolen en rask mulighet til å hente ut elevens arbeidsplaner. De elevene som har kortvarige opphold på Sykehuskolen arbeider som regel med disse planene, men når det gjelder langtidssyke elever, må lærerne heller velge andre virkemidler. Dette fordi elevene ikke orker å følge strenge program fra bostedsskolen. Behandlingsregimet for kreftpasienter er energitappende, og bivirkninger fører i tillegg til at kreftene er på lavgir. En forskningsrapport av Kappelani fra 2003 konkluderer med at til tross for dette, er elevenes motivasjon for undervisning til stede, men den må være tilpasset deres helsetilstand (Bjørklund, 2004).

Tilpasset opplæring kan være James Bond-film

For lærerne i Sykehuskolen blir begrepet tilpasset opplæring daglig aktivisert med et skjerpet fokus. For hele tiden er det snakk om å finne metoder og lærestoff som motiverer eleven til læring. Og da må lærerne noen ganger ty til de mest utradisjonelle virkemidler. Mor Bente forteller noe som hun aldri har glemt. Lærer Anne som ble Hennings kontaktlærer, kom inn på sykerommet. Henning var veldig dårlig. Anne hadde med seg en James Bond-film. Hun spør mor om Henning er flink til å lese. Ja, jo nokså. Og hva med engelsken? Tja. Da sier Anne: «Nå kan han både lytte til engelsken og lese teksten på norsk. Begge deler lærer han noe av.» Henning kommenterer denne hendelsen med at han var glad for å få tankene over på noe annet enn sykdom.

Mor endret syn på læring

Mor forteller at hun var veldig redd for at Henning ikke skulle lære nok og var skeptisk til undervisningsmetodene:

«Jeg syns ikke det ble nok skole i løpet av en dag og var veldig redd for at han skulle bli etter i forhold til klassen sin. Jeg skjønnte heller ikke at han kunne lære så mye av å se på film og høre på lydkassetter. Så jeg var kanskje ikke en så enkel mamma å ha med å gjøre for Anne. Men jeg syns det uansett var viktig at han gikk på skolen. Og noen ganger gråt jeg av dårlig samvittighet over at jeg pushet ham ut av rommet og opp på skolen».

Først etter at Henning kom tilbake til bostedsskolen, skjønnte jeg at han hadde lært veldig mye på Sykehuskolen.

Han glei rett inn i klassen og hadde ikke noe problem med å følge klassen, tvert imot. Jeg skjønnte at en time på sykehuset ikke tilsvarer en time på skolen. På sykehuset fikk han en helt annen oppfølging. Jeg fikk også erfare at med filmene han så, lærte han veldig mye om dyr og dyreliv. Han lærte også å lese bra og økte lesehastigheten. Lydkassettene gjorde at han utviklet fantasien, og han ble flinkere til å skrive historier.”

Læringsresultater

Mor forteller at da Henning begynte i 4. klasse, hadde hun en samtale med læreren på bostedsskolen. Hun fikk da bekreftet at han lå over middels i alle fag og at allmennkunnskapen i form av grunnleggende ferdigheter lå over de andre i klassen. Henning som før sykehusoppholdet hadde vært en stille og litt sjenert gutt, hadde nå forandret seg og blitt mer verbal og utadvendt. Det fikk klassekameratene også erfare da han var guide på sykehuset. Henning forteller at han stolt kunne vise de andre hva han hadde lært på data. Og datakunnskapene han fikk på Sykehuskolen, lå over det klassen hadde lært. Før han begynte med road racing, startet han med motocross. Han viser meg et arbeid han gjorde på skolen om temaet. Det er formet som en brosjyre med tekst og bilder, ganske avansert til en 3.-klassing å være, for mer enn 10 år siden. Han roser lærer Anne for at hun tok tak i hans interesser og brukte dette i læringsarbeidet. På kartleggingstester i lesing har han alltid skåret blant de beste, forteller han.

Måten skolen møter eleven på

Jeg henviste tidligere i artikkelen til doktoravhandlingen til Helg Fottland der hun konkluderer med at måten skolen møter eleven på, er avgjørende for hvordan eleven kommer ut av det. Lærerens kompetanse, kvaliteten på lærerens undervisning og utøvelse av sin profesjon, er den viktigste faktoren for elevenes læring, fastslår forskeren John Hattie (2009) i sin bok «Visible learning; a synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement». Dette blir ikke mindre sant i relasjon til langtidssyke barn og ungdom. Hattie har påvist at lærere som stiller krav til elevene, gir konstruktive tilbakemeldinger, viser kontroll og varme og lykkes best i å skape et gunstig læringsmiljø. Anne Marie Tysnes (1997) har i sin

Når han viser meg bildet av seg selv fra motorsysselbanen, taler det mer enn tusen ord.



hovedfagsoppgave «Barn og kreft» fått bekreftet noe tilsvarende. I intervjuer fikk hun klare tilbakemeldinger om at barna ønsket tilrettelegging med korte økter og redusert arbeidsmengde, men samtidig å møte krav og litt press fra læreren. Forskningen hennes stadfester med all tydelighet at noe av det viktigste er at undervisningen gir økt mestring. Edvard Befring (2002) sier i boka «Skolen for barnas beste» at å vite om noe som er viktig i barn og unges liv, er et viktig element hos en dyktig lærer. Når læreren vet hva en elev er interessert i og hva som engasjerer eleven, kan det være en innfallsport til å komme i god kontakt med eleven. Når læreren har etablert denne kontakten med eleven, er det som lærer Anne gjorde, et godt grunnlag for å bruke dette som utgangspunkt til å skrive, lese og bruke data, i det hele tatt å anvende et bredt spekter av grunnleggende ferdigheter som gir eleven opplevelse av økt mestring.

Lykkes skolen i å hjelpe?

Med referanse til de fem livskvalitetsprosjektene som Fottland viser til i sin doktoravhandling, er dette et godt grunnlag for å vurdere om skolen lykkes i å hjelpe elevene på alle disse områdene. Hvor mye og hvor godt? Ut fra mitt møte med Henning og hans historie, er jeg styrket i troen på at skolen har lyktes godt på alle områder, kanskje med unntak av ett, det fysiske prosjektet. Både Henning og mor gir uttrykk for at de kunne ha ønsket mer fysisk aktivitet både på Sykehusskolen og på sykehuset.

Sterkere psykisk

Den såkalte resiliensforskningen hevder at det er av avgjørende betydning at elever klarer å vurdere seg positivt etter en sykdomsperiode, dvs. at eleven klarer å kompensere for sykdomsbegrensninger for å lykkes på områder som er psykologisk sentrale for dem når de sammenlikner seg med andre. Jeg avslutter et hyggelig møte med Henning med å spørre om hvordan han selv mener han har greid dette? Fint, svarer han. Jeg syns jeg har blitt sterkere psykisk. Når han viser meg bildet av seg selv fra motorsysselbanen, taler det mer enn tusen ord. Jeg tar farvel, en opplevelse rikere.

REFERANSER

- BEFRING, E.** (2002). *Skolen for barnas beste*. Oslo: Universitetsforlaget.
- BJØRKLUND, A.** (2004). *Kreftsyke elever i skolen. Læreres erfaringer og deres behov for veiledning*. Hovedoppgave i spesialpedagogikk, Institutt for spesialpedagogikk, UiO.
- BUSSEY, M.** (2007). *Trauma transformed*. Colombia University Press.
- FOTTLAND, H.** (1998). *Når barn får kreft. En studie i kreftsyke skoleelevers erfaringer og opplevelser på sykehus og lokalmiljø*. Dr.polit. avhandling. Pedagogisk institutt, NTNU Trondheim.
- HATTIE, J.** (2009). *Visible learning: a synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. Taylor and Francis.
- TYSNES, A.M.** (1997). *Barn og kreft*. Hovedoppgave. Institutt for spesialpedagogikk, UiO.

Kartlegging i ein inkluderande skule

Denne artikkelen bygger på ei undersøking gjort i samband med prosjektet Daffodil¹. Sentralt i prosjektet er spørsmålet om korleis ulike typar kartlegging kan bidra til eller vere hinder for likeverdig deltaking for alle born i opplæring og utdanning i ein inkluderande skule. Fyrste del av prosjektet hadde fokus på dagens praksis i europeiske land, representert ved landa Daffodil-prosjektet har partnerar i: Belgia, Sverige, Ungarn, Portugal, Romania, Noreg og Dei britiske Jomfruøyane. Artikkelen presenterer resultat frå denne undersøkinga, saman med bakgrunnen for prosjektet. Hovudvekt er lagt på å presentere den norske delen av undersøkinga og sjå samanhengen mellom kartleggingspraksis og andre strukturar i samfunnet som har noko å seie for ein inkluderande skule.



Gunvor Sønnesyn er seniorrådgivar ved Pedverket Kompetanse.

Bakgrunn for prosjektet

Trass i at inkluderande opplæring i eit inkluderande samfunn har vore vedteken ideologi i EU like sidan Salamanca-erklæringa i 1991, er det mange av medlemslanda som framleis praktiserer segregering i stor grad. I somme EU-land er det vanleg at born som har vanskar vert tilvist kartlegging, der ein ut frå resultat på ein intelligenstag med basis i eit statisk syn på intelligens, slår fast om barnet vil greie å gjennomføre pensum eller ikkje. Om svaret er *ikkje*, vert barnet vist til ein spesialskule. Til dømes har dei i Belgia åtte ulike typar spesialskular, som born vert vist til alt etter vanskeområde og nivå. Det gir ein heilt annan situasjon enn den vi har i vårt land, med prinsipp om ein skule for alle frå 01.01.1976, då oppheving av lov om spesialskular tok til å gjelde.

Frå 1976 har vi i prinsippet hatt ein inkluderande skule, ein skule for alle. Det er mange eksempel på at det har fungert svært bra, og det er eksempel på det motsette. Erfaringa som er generert gjennom desse åra har lagt grunn for eit stadig betre system. Vi ser ikkje på vårt system som fullkome, men ser at vi har ein heilt annan situasjon enn den

som er skissert for Belgia. Dei fleste andre land i Europa vil vere å finne ein eller annan stad mellom desse to.

Målsetjing

Daffodil-prosjektet kviler på ei forventning om at dersom ein endrar kartleggingspraksis til meir dynamiske kartleggingsmetodar, så vil det kunne bidra til å lykkast med ein inkluderande skule. Både å finne informasjon om dagens praksis og å seie noko om god praksis har difor vore tema i prosjektet, med rettleiing for god testpraksis i ein inkluderande skule som endeleg mål.

I prosjektet er det semje om at kartlegging må ha som mål å syne personens sterke sider, og ikkje berre avdekke vanskar. På den måten kan kartleggingsresultat betre liggje til grunn for å støtte personen si læring i ein inkluderande skule. Prosjektet kviler også på føresetnadar om hjernens plastisitet og at hjernestrukturar endrar seg ved læring (Lebeer, 1998). Prosjektet sitt fokus på dynamisk kartlegging gjer det naturleg å presentere dette begrepet og sjå det i høve til begrepa standardiserte/statiske testar.

Dynamisk kartlegging.

På nettsida www.dynamicassessment.com finn ein fylgjande definisjon på dynamisk kartlegging: «*an interactive approach to conducting assessments within the domains of psychology, speech/ language or education that focuses on the*



Kartlegging må ha som mål å syne personens sterke sider og ikkje berre avdekke vanskar.

ability of the learner to respond to intervention». Gjennom slik kartlegging kan ein finne ein persons læringspotensial (Budoff, 1971; Güthke, 1977; Feuerstein et al. 1985; 1987; Lidz, 1987; Tzuriel et al., 1992; Resing, 1993; Ruijsenaars et al. 1993). Det vert ofte vist til Vygotsky-begrepet neste utviklingssone (Vygotsky, 1962, 2001; Rogoff & Wertsch, 1984; Grigorenko & Sterberg 1998), og Vygotsky si utsegn *det barnet kan gjøre i samarbeid med noen i dag, kan det klare alene i morgen* (Vygotskij, 2001, s 167). Leontjev brukar litt andre ord når han seier at den neste utviklingssona er ein kontekst der eit barn kan bli det han eller ho *enno ikkje er* (sitert av Bronfenbrenner, 1977). Feuerstein sin term *mediated learning experiences* har og vore eit sentralt begrep i utviklinga av dynamisk kartlegging (Tzuriel, 2001, s. 7).

Nemninga *dynamisk kartlegging* har tradisjonelt vore mest brukt for å kartlegge kognitive prosessar. Det har også vore utvikla prosedyrar for å arbeide med læring knytt til fag (Hessels, 2009; Haywood & Lidz, 2007; Grigorenko & Sternberg, 1998), og Kozulin tek til orde for å inkludere den formative kartlegging som er ein del av all undervisning, i kategorien dynamisk kartlegging (Kozulin 2009). I ein dynamisk kartleggingssituasjon vil det som regel vere eit poeng å finne ut kva hjelp ein person treng for å løyse ei oppgåve han eller ho ikkje meistar i utgangspunktet, og om slik hjelp fører til varig endring. Det er vanleg å bruke eit *test – læringsøkt – retest* – design, der læringsøkta er meint å påverke prosessar som er relevante for oppgåva, men der ein brukar andre hjelpemiddel enn i testsituasjonen. Retesten blir så ein prøve på kva personen har lært av læringsøkta, noko som gir informasjon om kva metodar som er nyttige for barnet og kor sterkt ein må gå inn med tilrettelegging.

Termen *dynamisk kartlegging* vert ofte brukt som overordna nemning for ei rekkje ulike tilnærmingar som har det til felles at dei legg til grunn ei meir dynamisk forståing av intelligens og evne til å lære, der *intervensjon* eller tiltak er like vesentleg som kartlegginga. Målsetjinga er at det som vert gjort, skal føre til endring. Det kan vere endring av kognitive prosessar om dette er i fokus, eller det kan vere betre læringsutbyte knytt til skulefagleg fungering. Det seier seg sjølv at det er ei motsetning mellom ein slik type kartlegging og bruk av testar der endra testprosedyrar vert sett på som øydeleggjande for testens validitet og reliabilitet.

Standardisert kartlegging

Statiske, standardiserte testar har ein meir enn hundre år lang tradisjon, og har fyrst og fremst dreia seg om intelligenstesting. Den franske psykologen Alfred Binet arbeidde frå 1880-åra med å utvikle oppgåver for å måle mentale funksjonar. Han tok eit oppgjær med vitskaplege metodar som hadde eksakt måling som føresetnad – og hevda at vitskap som skal arbeide med den menneskelege natur må tole at det ikkje blir heilt nøyaktig. Dette er framleis basis for viktige prinsipp for standardiserte testar, og kan hende det viktigaste bidraget frå Binet (Kaufman, 2009, s. 22-23). Ein test gir ikkje nøyaktig informasjon og kan ikkje åleine vere grunnlag for omfattande konklusjonar (Flanagan & Kaufman, 2009, s. 134). Paradoksalt nok var det fyrst då den franske staten i 1904 kom på at det ville vere ein god ide å sortere ut «mentalt retarderte», at arbeida til Binet vart publisert (Kaufman, 2009). Sidan har dette vore eit vesentleg føremål med slike testar. Mange av dei fungerer framleis i ei rekkje land som grunnlag for å sortere born og ekskludere dei frå opplæring ut frå ein felles læreplan. Noko av kritikken mot standardiserte intelligens testar er elles at dei har forandra seg lite på hundre år, trass i at det har vore forska mykje på korleis vår menneskelege hjerne fungerer i løpet av desse hundre åra (Brody, 1992; Naglieri, 1997).

Standardiserte testar føreset eit standardiseringsutval, der utvalet er stratifisert for å representere populasjonen testpersonen skal samanliknast med. «I forhold til aldersgruppa» gjeld eigentleg i forhold til standardiseringsutvalet. Om vi kan trekke slutningar om aldersgruppa ut frå dette utvalet, er avhengig av kvaliteten på heile standardiseringsarbeidet.

For å kunne bruke «standarden» er det avgjerande at kvar gong testen blir bukt, må prosedyrane vera mest mogeleg like dei som vart brukt i standardiseringa. Difor vert slike testar med rette ofte sett på som statiske, utan rom for tilpassing og skjønn. Det kan vere grunn til å hevde at etisk bruk av slike testar i somme tilfelle vil krevje at ein endrar føresetnadene, men det fører til at ein må handsame testresultata som vesentleg meir usikre, om ein kan bruke dei i det heile.

Standardiserte testar har ofte høg prediktiv validitet (Deary et al., 2000), og dei er objektive. Dei kan difor vere

nyttige i psykologisk forskning, og der ein søker å etablere basis for evidensbasert praksis. Statisk evaluering kan vere viktig for å måle framgang (Toglia, 2009). Standardiserte testar seier lite om ein persons potensial, men kan gje informasjon om prestasjonen i ein gitt situasjon. Dynamiske kartleggingsopplegg kan også til ein viss grad vere standardiserte (Hessels-Schlatter & Hessels, 2009).

Gjeldande testpraksis i prosjektlanda

Kartlegging har mykje å seie i kvardagen til eit barn som ikkje har ei «typisk» utvikling. Ved ulike høve vert born vurdert, og viktige avgjerder vert basert på kartleggingsresultat. Dette kan ha økonomiske konsekvensar, som økonomisk støtte til familien eller tilgang på ressursar av ulike slag. Resultat av kartlegging kan vere avgjerande for kva utdanningsvegar som er opne eller stengde, i mange land om barnet skal gå på spesialskule eller vanleg skule, nivå av tilrettelegging, tilgjenge til universitetsutdanning, og kva type jobb det er mogeleg å sikte seg inn mot. I Sverige, til dømes, er det slik at born som går i Särskolan eller Träningsskolan, ikkje får undervisning i matematikk (Ljungblad, 2006).

Fyrste del av prosjektet var retta mot undersøkingar av gjeldande testpraksis i dei sju landa som Daffodil-prosjektet har partnerar i: Belgia, Sverige, Ungarn, Portugal, Romania, Noreg og Dei britiske Jomfruøyane. Vi såg på kva typar testar som er vanleg å bruke, og i kva grad dei som gjennomfører testane, lærarar og foreldre er nøgde med dagens praksis. Dette vart gjort på ulike måtar: Spørjeskjema i online og papirformat, semi-strukturerte intervju via telefon og ansikt-til-ansikt, individuelle og i grupper. Resultata synte i grove trekk at:

- Statistiske standardiserte psykometriske testar (testar fundert på ein føresetnad om stabilitet) av intellektuell og språkleg fungering var mest vanleg (95%), med WISC-III som den mest brukte testen.
- Mindre enn 5% av totalt antal 166 informantar brukte formativ kartlegging (kartlegging med føremål å bidra til endring) og observasjon i barnehage/skule for å avdekke lærings- og utviklingspotensial på ein prosessorientert måte.
- Rapportert svakheit ved dagens praksis omfatta

mangel på tid, kompetanse, materiell, samarbeid og oppfølging.

- Kartlegging vart i hovudsak brukt for å avgjere behov for spesialundervisning, spesialskule eller institusjonsplassering, avhengig av om vedkommande land har inkluderande opplæring eller ikkje.
- Foreldre var nøgde med kartlegging av statisk kartlegging av borna sine funksjonar når føremålet var å hjelpe barnet, men lite nøgde med negativ vinkling i rapportar.
- Mangelfull kvalitet på tilråding om tiltak var ei hovudinnvending frå lærarar og foreldre.

Når det gjeld dagens praksis, konkluderer prosjektgruppa med at standardiserte psykometriske testar ser ut til å føre til barrierar for læring når det er brukt på ein deterministisk måte, eller for å predikere framtidig funksjon (www.daffodilproject.org/newsletter/newsletter2010/daffodil-newsletter.html). På grunn av ulike føresetnader i partnerorganisasjonane i dei ulike landa (universitet i Belgia, Portugal, Ungarn og Romania; PP-kontor i Belgia og Sverige; private kompetansesenter i Sverige og Noreg), vart undersøkinga gjennomført på ulike måtar. Dette gjer det vanskeleg å samanlikne praksis i dei ulike landa.

Kartlegging i Noreg

I eit samfunn som har *ein skule for alle* som prinsipp, er det ikkje aktuelt å kartleggje for å sortere. Vi kan seie at kartlegging hjå oss har til hensikt å syte for kunnskap som er nødvendig for å gje born og unge best mogeleg hjelp for utvikling og læring. Vi har lange tradisjonar for kartlegging av vekst og språkutvikling hjå born i førskulealder, noko som har vore gjort i samband med 2- og/eller 4-årskontrollar i kommunehelsetenesta. Dette vert praktisert ulikt frå kommune til kommune, men frå staten si side er materiell for språk-screening for 2-åringar og 4-åringar gjort tilgjengeleg og tilrådd å bruke (Dalin og Horn, 2004; Hagtvet og Horn, 2005; Sosial- og helsedirektoratet 2006). Når vanskar vert oppdaga, er PPT sakkunnig instans. Den sakkunnige vurderinga skal seie noko om behovet for *spesialpedagogisk hjelp*, tilrå ressursar til gjennomføring av slik hjelp og gi retningslinjer for innhald og omfang av hjelpa så lenge

barnet er under skulealder. For born i skulen er mandatet å gjere same vurdering når det gjeld behovet for *spesialundervisning*. I begge tilfelle snakkar vi her om den delen av PP-tenesta sitt oppdrag som gjeld individretta arbeid.

Gjennom åra som har gått sidan vi fekk ei opplæringslov som gjeld for alle, har også lovgrunnlaget for kartleggingspraksis og spesialundervisning endra seg. I dag har vi ein tydeleg lovheimel for den sakkunnige vurderinga, til vanleg utført av PP-tenesta, som skal gje basis for vedtak om spesialundervisning og eventuelt avvik frå den felles læreplanen (Utdanningsdirektoratet, 2009b; opplæringslova, 1998). Det tyder at dagens praksis i vårt land inneber å kartlegge for å identifisere behov for spesialundervisning, og seie noko om korleis undervisninga bør leggjast til rette for å møte barnet sine behov, og i kva omfang. Både for førskuleborn og skuleelevar er det ansvarleg styresmakt (kommune/fylkeskommune) som har ansvar for å leggje til rette både det fysiske og det psykososiale skulemiljøet, slik at det høver for alle som går der.

Spørjeundersøking som gjeld bruk av testar/ dynamisk kartlegging i Noreg PPT har ein nøkkelrolle når det gjeld kartlegging, gjennom mandatet dei har til å gjennomføre sakkunnige vurderingar av born og unge sine opplæringsbehov. For å få informasjon om dagens testpraksis i PP-tenesta, sende vi ut eit enkelt spørjeskjema til alle PPT-kontor i landet. Vi ynskte fyrst og fremst å få eit oversyn over bruken av dynamisk kartlegging. Samtidig ynskte vi å sjå på bruk av ulike testar saman med utdanningsbakgrunn og geografisk plassering.

Metodiske vurderingar Sjansane for å få svar vart vurdert som eit kritisk punkt, og det vart difor utarbeidd fire enkle spørsmål som det skulle vere mogeleg å gje svar på utan å bruke tid til å leite fram dokumentasjon etc. For å få eit oversyn over kva testar som vert mykje brukt, vart det valt å spørje om kva testar informantene hugsa å ha brukt dei siste tre månadene. Det tyder at informasjonen som vert henta inn kan vere noko unøyaktig, men det vart likevel vurdert til å gje eit oversyn over testpraksis *hjá dei som svarte* på undersøkinga. For å fange opp bruk av dynamisk kartlegging vart det valt å bruke eit lenger tidsintervall i dette spørsmålet,

slik at også sjeldnare bruk kunne bli registrert. For å kunne samanlikne førekomst av dynamisk kartlegging med førekomst av andre testar, vart førekomst av desse rekna ut pr. tre månader.

Spørsmåla var fylgjande:

1. Kva fylke kjem du frå?
2. Kva testar kan du hugse å ha gjennomført i løpet av dei tre siste månadene?
3. Kor mange gonger har du brukt dynamisk kartlegging i løpet av det siste året?
4. Kva utdanning har du?

I dei fleste tilfelle vart også kjønn registrert. Spørsmåla vart sendt via e-post til alle PPT-kontor i landet (386), på den e-postadressa kontora er registrert med hjå Adlex, som har eit årleg oppdatert adressesystem for skuleverket.

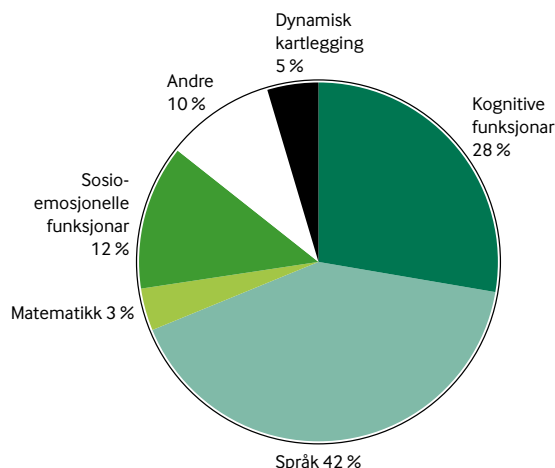
Det kom inn 47 svar frå enkeltpersonar tilsetti i PP-tenesta. Dette tyder at spørjeundersøkinga ikkje er representativ, og det er umogeleg å generalisere resultatane. Det kan likevel vere interessant å sjå på korleis bruken av testar ser ut hjå dette utvalet, særleg når det gjeld førekomst av dynamisk kartlegging, og når det gjeld tendensar til samanheng mellom utdanningsbakgrunn og type testar som vart brukt. Det kan også vere interessant å sjå på om det er tendens til at særskilde utdanningsgrupper innan PP-tenesta har svart. For å kunne seie noko om praksis hjå gruppa av informantar, vart testane som var rapportert brukt, samla i seks kategoriar, der dynamisk kartlegging var den eine. Dei andre kategoriane var som vist i figur 1 testar som gjeld kognitive funksjonar / generelle evnetestar, testar som gjeld språkutvikling, testar som gjeld matematikk, og testar som gjeld sosio-emosjonell fungering. Kategorien andre vart brukt om testar som ikkje er så hyppig brukt, eller som er vanskeleg å kategorisere. Talet på tilfelle av dynamisk kartlegging vart forholdsrekna for å kunne samanliknast med dei andre kategoriane.

Resultat av undersøkinga

Bruk av testar Svare viste at det er svært mange testar i bruk i PP-tenesta. Syner bruk av testar i informantgruppa. Diagrammet syner prosentdelen av kvar testkategori, når det totale antal testar som er rapportert er 100 %.

Intervensjon og tiltak er like viktig som kartlegginga.

TESTKATEGORIER



Figur 1: Bruk av testar i informantgruppa.

5 % av gjennomførte testar vert av informantane sjølve vurdert som dynamiske. 21 av 47 informantar rapporterte å ha brukt dynamisk kartlegging. Dei fleste av dei rapporterer om få tilfelle der dynamisk kartlegging vart brukt. Ein informant rapporterte å ha brukt dynamisk kartlegging 40 gonger, noko som utgjør ein stor del av det totale antalet.

Dynamisk kartlegging i norsk PPT-kvardag Mange av informantane som hadde brukt dynamisk kartlegging, kom med kommentarar til dette. Desse kan vere med og kaste lys over fenomenet dynamisk kartlegging, slik det er forstått i norsk PPT-kvardag, og nokre utsegner er difor referert:

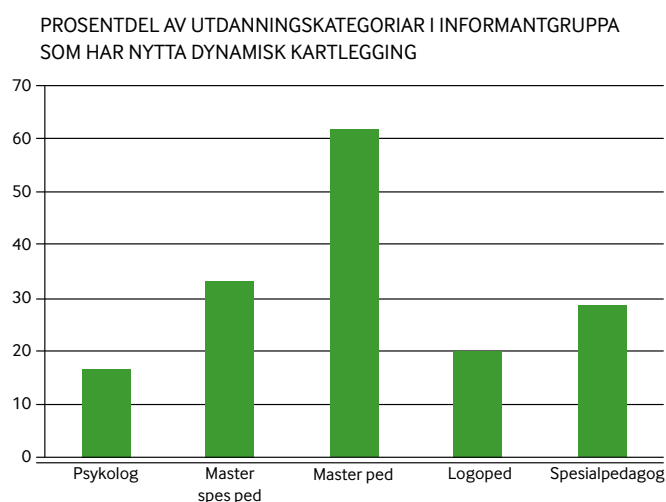
- Det hender at ein spør eit spørsmål eller to ut over «take», utan å skåre dei.
- Vi manglar reiskap for dynamisk kartlegging. Eg brukar «testing-the-limit» ved bruk av standardiserte testar (WPPSI etc).
- Eg fortset ofte med dynamisk kartlegging når barnet ikkje kjem vidare på eiga hand, for å sjå om barnet kan gjere meir med litt hjelp. Eg gir ikkje poeng for dette, men det gir informasjon som er viktig for tiltak.
- Dynamisk kartlegging av matematikkunnskap og

ferdigheiter er brukt ein del gonger. Labyrinttest av indre motivasjon (Haywood), Seria-Think (Tzurriel). ACFS (Application of Cognitive Functioning Scale, Lidz & Jepsen).

- Eg brukar dynamisk kartlegging når det gjeld matematikkunnskap, til dømes Olav Lundes kartleggingsmateriell og andre matematikktestar på ein dynamisk måte.
- Eg brukar Kåre Johnsen på ein dynamisk måte, det same med Myhres matematikktest, og Øverbytesten.
- Dynamisk arbeid med førskuleborn blir ofte teke vare på i samarbeid med barnehagen. Eg identifiserer ofte vanskar og behov med statisk testing. Etter seks veker med gjennomføring av tilrådde tiltak, evaluerer vi og endrar etter behov.
- Har ikkje brukt dynamisk kartlegging, men har somme gonger brukt standardiserte testar mindre strengt, for å sjå kor mykje hjelp som trengst for å løyse eit problem.

Utdanning og dynamisk kartlegging. Figur 2 syner prosentdelen innan kvar utdanningskategori i informantgruppa som rapporterte å ha brukt dynamisk kartlegging. Vi ser at det er ein markert større del i kategorien master i pedagogikk, og berre små variasjonar i dei andre kategoriane.

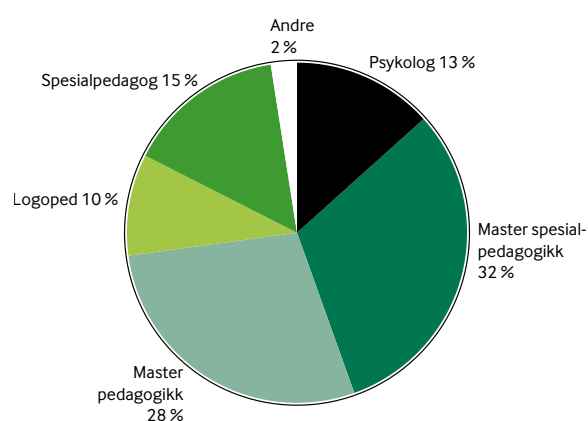
Det er ikkje noko i undersøkinga som tyder på at dynamisk kartlegging generelt sett er utbreidd i PP-tenesta.



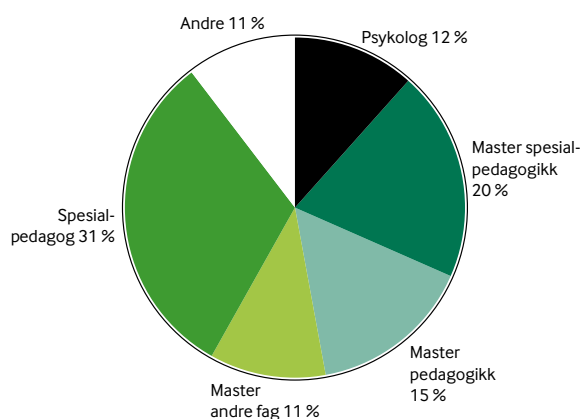
Figur 2: Utdanningskategori og bruk av dynamisk kartlegging

Utdanning i informantgruppa. Utdanning i informantgruppa har avgrensa interesse som sjølvstendig informasjon. Når det er teke med, er det for å syne korleis bruk av dynamisk kartlegging i dette utvalet fordeler seg på dei ulike utdanningane, og for å sjå på kva utdanningsgrupper som har svart. (Kategorien spesialpedagog gjeld spesialpedagogar utan master. Kategorien logoped er her brukt om dei som har «gammal» logopedutdanning. Logopedar som har *master i spesialpedagogikk* er her inkludert i denne kategorien.)

Nordlandsforskning gjennomførte i 2008 ei større undersøking av PP-tenesta (Fylling og Handegård, 2009). Denne undersøkinga har eit heilt anna format enn spørjeundersøkinga som her er referert, og trass i at heller ikkje denne undersøkinga har høg nok svarprosent til å vere representativ, så må ein føresetje at deira funn gir eit betre bilete av fordeling av utdanningsbakgrunn i PP-tenesta.



Figur 3: Utdanning i informantgruppa



Figur 4: Utdanning i PPT, Nordlandsforskning

Ved å samanlikne utdanningsbakgrunn i desse to undersøkingane, ser ein samanfall for somme utdanningsgrupper, medan det er vesentlege skilnader for andre. Vår spørjeundersøking har høgare førekomst av informantar med master i pedagogikk og spesialpedagogikk og lågare av spesialpedagogar og andre utdanningsgrupper enn det som ser ut til å vere gjennomsnittet i PP-tenesta. Andelen psykologar er tilnærma lik i dei to undersøkingane. Ein høgare svarprosent for PP-rådgjevarar med utdanning på masternivå i pedagogikk eller spesialpedagogikk i vår undersøking, kan vere ein indikasjon på at desse gruppene har ein høgare motivasjon for å svare på ei undersøking som gjeld dynamisk kartlegging.

Dynamisk kartlegging i norsk kartleggingsmateriell. 3 av 47 informantar i denne undersøkinga har brukt Språk 6–16 (Frost & Ottem 2006, 2010), norsk kartleggingsmateriell for språk og underliggjande ferdigheiter, men ingen av dei rapporterer om dynamisk bruk av dette materialet. Språk 6–16 har med rettleiing for korleis ein kan arbeide dynamisk ut frå testen for å utvikle best mogeleg tiltak for barnet det gjeld. Dei vel å bruke eit anna design enn det dei kallar *sandwich-modellen*, (pretest – undervisning – posttest), fordi erfaring har vist at born med språkvanskar har behov for meir enn ei kort undervisningsøkt som del av kartleggingsprosedyren for å få permanent effekt (Frost og Ottem 2010). Dei tilrår å bruke ein modell med fylgjande element:

- Test eller screening for å få eit oversyn over barnets behov.
- Dynamisk oppfølging der ein undersøker barnets læringspotensial.
- Vurdering av undervisning, med undervisningsforsøk (pretest – undervisning – posttest).
- Tilråding om undervisning basert på vurderinga.
- Evaluering, oppfølging, justering.

Ein kan undre seg over at det i informantgruppa ikkje er eksempel på dynamisk bruk av Språk 6–16. Ei årsak kan vere at opplegget som er skissert er tidskrevjande, og mange PPT-tilsette opplever tidspress og lite rom for individretta arbeid ut over sakkynndighetsarbeid (Fylling og Handegård, 2009).

Det er ikkje noko i undersøkinga som tyder på at dynamisk kartlegging generelt sett er utbreidd i PP-tenesta, og manglande kompetanse på feltet kan også vere ei mogeleg forklaring. I så fall har ein her eit godt materiell å arbeide med for å skaffe seg kompetanse.

Oppsummering og drøfting.

I denne gruppa av informantar ser det ut til å vere lite bruk av dynamiske testbatteri. Der er berre eitt eksempel på at det er rapportert bruk av dynamisk kartlegging av kognitive funksjonar med prosedyrar som dei vi finn hjå Carol Lidz og Tzurriel sine dynamiske testar. Feuerstein sine instrument er ikkje rapportert brukt i det heile. Det ser ut til å vere ein tendens til å forstå dynamisk kartlegging som det å endre prosedyrar for standardiserte testar. Fleire av informantane gir uttrykk for at dei i enkelte tilfelle går vidare etter at avslutningsregel for testen er møtt. Dette blir gjort for å sjå om barnet kjem vidare med litt hjelp, for å kunne bruke slik informasjon i tilråding om tiltak. Det er og eksempel på informantar som generelt vel å endre prosedyre, ta eit utval av deltestar, og på ein slik måte bruke ein standardisert test dynamisk. Dette er etter vår vurdering ikkje i tråd med internasjonale retningslinjer for testetikk – men vidare drøfting av det er ikkje teke med her.

Matematikkartlegging er området som oftast er nemnt som tema for dynamisk kartlegging.

Dynamisk kartlegging og utdanningsbakgrunn. 60 % av PP-rådgjevarar med master i pedagogikk rapporterer i denne undersøkinga at dei har brukt dynamisk kartlegging (figur 2). Tilsvarende prosentdel i andre utdanningsgrupper er markert lågare (master spesialpedagogikk 32 %, spesialpedagogar 28 %, logopedar 20 % og psykologar 16 %). Vi har ikkje spurt om grunnen til val av dynamiske metodar for kartlegging. Vi veit difor ikkje om dette skuldast at pedagogikkutdanninga gir kompetanse som høver betre saman med tenkinga bak dynamisk kartlegging, om det speglar at denne gruppa ikkje har kompetanse for å bruke standardiserte testar eller om det er andre grunnar til dette.

Våre funn samanlikna med Nordlandsforskning viser at PP-rådgjevarar med utdanning på masternivå i pedagogikk og spesialpedagogikk har nær dobbelt så stor frekvens i vår

undersøking som deira prosentdel av tilsette i PP-tenesta skulle tyde på (gitt at Nordlandsforskning si undersøking gir eit rett bilete av dette). Ei mogeleg forklaring på dette kan vere at dynamiske kartleggingsmetodar har vore handsama på ein annan måte i desse utdanningane enn i dei andre. Dynamisk kartlegging stiller og andre krav til kompetanse enn det standardiserte gjer. Innsikt i statistiske metodar og bruk av slike er viktig kunnskap når ein skal bruka standardiserte testar, saman med innsikt i tolkingsmanualar knytt til den enkelte test. Ved bruk av dynamisk kartlegging må ein ha «tolkingsmanualen» som del av sin kompetanse, slik at ein kan hente rett informasjon ut av barnet sine handlingar, tilpasse neste steg ut frå denne, og trekkje rette konklusjonar om kva dette betyr for barnet sine læreprosessar vidare.

Kartlegging i ein skule for alle. I informantgruppa som har svart i vår undersøking, er kartlegging av språk det som førekjem oftast. I denne kategorien er inkludert både generell kartlegging av språk (Reynell, ITPA, TROG, BPVS, språk 6-16) og kartlegging meir direkte retta mot lese- og skrivevanskar (Logos, Aston Index, Språk 6-16). I dette skil Noreg seg frå det som elles synte seg å vere vanleg praksis i dei andre landa. I utvalet samla er 95 % av testane som er brukt evnetestar, med WISC III som den dominerande. Vi veit ikkje grunnen til denne skilnaden, men ei optimistisk tolking kan vere at PP-tenesta i vårt land i større grad kartlegg for å kunne gje tilråding om tiltak, og med barns læring heller enn diagnostisering som siktemål.

Dynamisk versus standardisert kartlegging sett i høve til inkluderingsperspektivet. Daffodil-prosjektet har som føresetnad at dynamisk kartlegging i større grad enn standardiserte testar bidreg til å inkludere alle born i ein felles skulekvardag. Ut frå norsk historie frå 1976 til i dag, kan det vere grunn til å hevde at kartleggingspraksis har spelt ein liten rolle, samanlikna med lovgjeving og systemarbeid som har vore gjennomført i desse åra. Funn i denne undersøkinga er i samsvar med ein slik konklusjon. Vi har ein inkluderande skule, men dynamisk kartlegging har vore nytta i liten grad. Heller enn å seie at ein bestemt testpraksis har ført til ein inkluderande skule, kan ein seie at ein skule for alle kan hende har ført til endringar i testpraksis. Når spørs-

målet som vert stilt er *Korleis kan vi hjelpe dette barnet til å lære best mogeleg?* – blir det ikkje lenger så interessant å finne eit tal for barnet sine prestasjonar på ulike testoppgåver, men heller å få informasjon om korleis barnet lærer. Kan hende dette er noko av forklaringa på at Das*Naglieri Cognitive Assessment System (CAS) (Das & Naglieri, 1997) har blitt mykje brukt i Noreg etter å ha vore tilgjengeleg med norsk oversetjing i forholdsvis kort tid (569 deltakarar på sertifiseringskurs 2008-2011, 165 CAS-testar er selt, kjelde Pedverket Kompetanse, februar 2011). CAS er ein standardisert test, som gir informasjon om kognitive prosessar slik desse er beskrive av den russiske nevropsykologen Luria (Luria, 1973).

I ein skule for alle er informasjonen ein får ut av kartlegging viktigare enn om testen som vert brukt har dynamiske eller standardiserte testprosedyrar. At alle born har rett til like vilkår når det gjeld utdanning, og at alle skal ha rett til å gå på skule i lag med jamaldringane sine, er verdiar som vårt samfunn har basert politiske vedtak på. Det er kjekt å vere førebilete for andre land i Europa når det gjeld å ha realisert ein skule for alle. Vi hadde neppe vore der vi er i dag om ikkje lovgjevinga hadde tvinga oss til det. Ein skule for alle er utfordrande, også her hjå oss, og sterke røyster hevdar at vi har gått for langt. Den diskusjonen skal vi ikkje ta her. Derimot kan vi trygt slå fast at arbeidet med å finne både kartleggings- og undervisningsmetodar som gjer oss endå betre i å møte og legge til rette for læring for kvart einaste barn og kvar einaste ungdom, aldri kjem til å ta slutt.

NOTE

- 1 Daffodil står for *Dynamic Assessment of Functioning Oriented at Development and Inclusive Learning* (www.daffodilproject.org). Daffodil er eit samarbeidsprosjekt mellom universitet i Antwerpen, Szeged, Evora og Cluj; Ministry of Education i British Virgin Islands, Elevhälsan i Östersund, Skolutvecklarne i Sverige, og Pedverket Kompetanse, Voss. Prosjektet er støtta av EU under Comenius –programmet Lifelong Learning.

LITTERATUR

- BIRTA-SZÉKELY N., DEMETER K., LEBEER, J.** (Ed.). (2009). *Assessment re-assessed: current assessment practice in Europe: weaknesses, strengths and needs*. Cluj-Napoca: Babes-Bolyai University.
- BRODY, N.** (1992). *Intelligence*. San Diego, CA: Academic Press
- BRONFENBRENNER, U.** (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513–551.
- BRUNER, J.S.** (1957). On perceptual readiness. *Psychological Review*. Vol. 64, No. 2, p.123–152
- BUDOFF, M., MESKIN, J. & HARRISON, R.G.** (1971). An educational test of the learning potential hypothesis. *American Journal of Mental Deficiency*, 76, 159–169
- DALIN, A.L. & HORN, E.** (2004). *SPRÅK 4*. Bergen: Designtrykkeriet AS
- DEARY, I. J., AUSTIN, J.A. & CARYL, P.** (2000). Testing versus understanding human intelligence. *Psychology, Public Policy and Law*. Vol. 6, No. 1, 180–190.
- FEUERSTEIN, R., RAND, Y., HAYWOOD, H. C., HOFFMAN, M. & LENSEN, M.** (1985). *The learning potential testing device (LPAD): Examiners' manual*. Jerusalem, Israel: Hadassah-Wizo Canada Research Institute.
- FEUERSTEIN, R., RAND, Y., LENSEN, M. R., KANIEL, S. & TZURIEL, D.** (1987). Prerequisites for testing of learning potential: The LPAD model. I: C.S. Lidz (Ed.). *Dynamic testing* (pp. 35–51). New York: Guilford Press.
- FLANAGAN, D.P. & KAUFMAN, A.S.** (2009). *Essentials of WISC-IV Assessment*. John Wiley & Sons, Inc.
- FROST, J. & OTTEM, E.** (2010): *Språk 6–16. Screeningtest*. Statped, Bredtvet Kompetansesenter, Oslo
- FYLLING, I. & HANDEGÅRD, T. L.** (2009). *Kompetanse i krysspress? Kartlegging og evaluering av PP-tjenesten*. Nordlandsforskning – NF-rapport nr. 5
- GRIGORENKO, E. & STERNBERG, R. J.** (1998). Dynamic Testing. *Psychological Bulletin*, 124, 75–111.
- GÜTHKE, J.** (1977). *Zur Diagnostik der intellektuellen Lernfähigkeit*. Assessment of intellectual learning potential. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- HAGTVET, B. E & HORN, E.** (2005). *SATS* (Screening av To-åringars Språk). Håndbok. Bergen: Designtrykkeriet AS.
- HANSEN, A.** (2000). Hva innebærer dynamisk testing? *Skolepsykologi*, nr. 1.
- HESELS, M.G.P.** (2009). Estimation of the Predictive Validity of the HART by Means of a Dynamic Test of Geography. *Journal of Cognitive Education and Psychology*. Vol. 8, No 1, pp 5–21.
- HESELS-SCLATTER, C. & HESELS, M.G.P.** (2009). Clarifying Some Issues in Dynamic Assessment: Comments on Karpov and Tzuriel. *Journal of Cognitive Education and Psychology*. Vol. 8, No 3, pp 246–251.
- KAUFMAN, A.** (2009). IQ Testing 101. I: J. C. Kaufman (Ed.): *The Psych 101 series*. Springer Publishing Company.
- KOZULIN, A.** (2009). New Reference Points for Dynamic Assessment (DA): A Commentary on Karpov and Tzuriel. *Journal of Cognitive Education and Psychology*. Vol. 8, No 3, s 242–245.
- LEBEER, J.** (1998). How much brain does a mind need? Scientific, clinical and educational implications of ecological plasticity. *Developmental medicine and child neurology*. 40:4, p. 352–357.
- LEBEER J., JÁNOS R.** (2005). Cognitive assessment as tool for exclusion or inclusion *Erdélyi pszichológiai szemle (Transylvanian journal of psychology)*, p. 1–5.
- LIDZ, C.S.** (Ed.). (1987). *Dynamic testing: An interactional approach to evaluating learning potential*. New York: Guilford Press.
- LJUNGBLAD, A.L.** (2006). *Matematik, en mänsklig rättighet*. Sverige: Argument Förlag.
- NAGLIERI, J.** (1997). IQ Knowns & Unknowns. *American Psychology* s. 75–76.
- OPPLÆRINGSLOVA. LOV 1998-07-17 NR 61:** Lov om grunn-skolen og den videregående opplæringa <http://www.lovdato.no/all/hl-19980717-061.html>
- RESING, W.C.M.** (1993). Measuring inductive reasoning skills: The construction of a learning
- POTENTIAL TEST. I: J.H.M. HAMERS, K. SIJTSMA, & A.J.J. M. RUIJSSENAARS** (Ed.), *Learning potential testing*. pp 219–242. Amsterdam: Swets & Zeitlinger
- ROGOFF, B. & WERTSCH, J.V.** (1984). *Children's learning in the «zone of proximal development»*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ROID, G. & MILLER, L.C.** (1997). *Leiter International Performance Scale-Revised (Leiter-R)*.
- RUIJSSENAARS, A.J.J.M., CASTELIJNS, J.H.M. & HAMERS, J.H.M.** (1993). The validity of learning
- POTENTIAL TESTS. I: J.H.M. HAMERS, K. SIJTSMA & A.J.J.M., RUIJSSENAARS** (Eds.), *Learning potential testing*. pp. 69–82. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET** (2006). *Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn*. Oslo
- TOGLIA, J. & CERMAK, S.A.** (2009). Dynamic Assessment and Prediction of Learning Potential in Clients with Unilateral Neglect. *American Journal of Occupational Therapy*, 63 (5), 569–79.
- TZURIEL, D.** (2001). *Dynamic Assessment of Young Children*. New York: Kluwer Academic.
- TZURIEL, D. & HAYWOOD, H.C.** (1992). The development of interactive dynamic approaches for assessment of learning potential. I: H.C. Haywood & D. Tzuriel (Eds.), *Interactive assessment* pp. 3–37. New York: Springer-Verlag.
- UTDANNINGSDEPARTEMENTET** (2009). *Rett til læring*. NOU 2009:18.
- UTDANNINGSДИРЕКТОРАТET** (2009). *Veiledning til spesialundervisning*.
- VYGOTSKY, L.S.** (1962). *Thought and language*. Cambridge, Massachusetts: The M.I.T. Press. (Original work published 1934).
- VYGOTSKIJ, L.S.** (2001). *Tenkning og tale*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- WECHSLER, D.** (2003). *Wechsler's Intelligence Scale for Children – Fourth Edition*. San Antonio: Pearson.
- ZOLTAN, B.** (2007). *Vision, Perception and Cognition: a Manual for the Evaluation and Treatment of the Adult With Acquired Brain Injury*. New Jersey: Slack incorporated.

Kristin Halvorsen og PP-tjenesten

AV INGE JØRGENSEN

I Spesialpedagogikk nr. 04–2011 skriver kunnskapsminister Kristin Halvorsen engasjert om PP-tjenesten. Med bakgrunn i Stortingsmelding nr. 18, Læring og fellesskap, formulerer hun sine tanker om PP-tjenesten som en del av det **viktige** laget rundt elevene og læreren. «PP-tjenestens mandat skal videreføres», men det kommer også «helt nye utfordringer». Hun nevner så sakkyndig vurdering og kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling. Siden disse oppgavene allerede er formulert i opplæringsloven, har jeg vansker med å se de «helt nye utfordringene». Kunnskapsministeren viser til at dokumentasjon og forskning har avdekket at det finnes mange utfordringer i PP-tjenesten. Stortingsmeldingen viser i kapittel 3.4.5 hvordan forventningene til PP-tjenesten skaper et krysspress: «Overfor skolebarn jobber PP-tjenesten på den ene siden med diagnostisering, klassifisering, utredningsarbeid og individorientering. På den andre siden skal PP-tjenesten ha en bred orientering mot individ og system, vekst og utvikling» (s. 52). Med henvisning til Midtlyngutvalget, sies det at forventningene til PP-tjenesten er at den skal være:

- «et sakkyndighetsorgan med høyt presisjonsnivå i sin dokumentasjon av barns/unges behov
- en samhandlings- og drøftingspart for barnehage og skole, med god kjennskap til barnehage og skole som system, og med kompetanse i utviklingsarbeid i organisasjoner
- en rådgiver og støttespiller for foreldre, og en koordinerende instans

for foreldre som har barn med behov for sammensatte tjenester

- en oppfølger av faglige rådgivningsprosesser som er initiert av spesialisthelsetjenesten eller Statped, på bakgrunn av utredninger som de har foretatt» (s. 52).

Jeg hører min egen PPT-leder i disse formuleringene. Så var hun da også til samtale med Midtlyngutvalget. Halvorsen viser deretter til Riksrevisjonens undersøkelse i 2011 hvor PP-tjenesten får kritikk for lang saksbehandlingstid, men også for flere faglige svakheter, som for eksempel manglende konkretisering av realistiske opplæringsmål for eleven. La meg være den første til å erkjenne at jeg svikter. Det er ofte en for stor utfordring for meg å kjenne til læreplanverkets mange målsettinger og å kunne spå presist om elevens framtidige læring. Jeg har tatt feil mange ganger. Forventningene kan være for store, som når elever med gode evner viser skjev sosial eller følelsesmessig utvikling og dermed ikke når de ellers realistiske målene. Eller når elever med svake evner viser en egeninnsats og et engasjement en aldri har sett før, og dermed kvalifiserer seg over all forventning. Men for all del, jeg prøver gjerne å bli bedre. Saksbehandlingstida er en sak for seg. Den handler ikke bare om manglende kapasitet, men også om å ivareta kvaliteten i de prosesser som nødvendigvis må gå forut for den ferdig formulerte sakkyndige vurdering. La meg vise til min egen artikkel om kvalitet i sakkyndighetsarbeidet i Spesialpedagogikk

nr. 4–1999 (se også www.inge.no).

Kristin Halvorsen skriver at hun i Stortingsmeldingen tar flere initiativ og tiltak som skal bidra til en fortsatt positiv utvikling i PP-tjenesten. Det første hun nevner er «at den får gjort tid.» Hun ønsker at skoler og barnehager skal gjøre mer innen rammen av tilpasset opplæring før utredning i PP-tjenesten. Det minner meg om det første personalseminaret jeg deltok på i PP-tjenesten. Det var i 1986 at nestor i PP-tjenesten, Åsta Vegum Fyrstro, PP-tjener siden 1949, stilte spørsmålene: «Hva kan vi la være å gjøre? Hva kan andre gjøre? Hva kan gjøres bedre, mer effektivt?» Blant svarene fant vi Kristin Halvorsens ønsker til skoler og barnehager. Hos oss har skoler og barnehager i lang tid arbeidet med tilpasset opplæring etter beste evne, med PP-tjenesten som drøftingspartner, utredet og dokumentert sin bekymring for barn og elevers utvikling, trivsel og læring. Så når barnet og eleven har fått en tilstrekkelig bekymringsfull fungering, sendes meldingen til PP-tjenesten. Jeg trodde vi skulle lære av Finland, som stoler på læreren og setter inn omfattende tiltak uten lang bekymringstid, utredningstid, og viderehenvisning?

I Skien har en de siste 10 årene satset på MILL (Mange Intelligenser – Læringsstiler- Læringsstrategier) for bedre å tilpasse opplæringen i skolen. Det var vel ikke PP-tjenestens initiativ, men en har bidratt så godt en kan. Antall oppmeldinger har ikke blitt redusert av det. I Porsgrunn, Halvorsens hjemkommune, trakk de tilbake et lavterskel logopedtilbud i

barnehagene for å spare penger. Jeg antar at ingen tror antall oppmeldinger til PP-tjenesten går ned av den grunn, at det blir frigjort tid. De øvrige tiltakene hun nevner er et nytt senter for læringsmiljø og atferdsforskning, en helhetlig strategi for å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse i barnehagene og en videreutdanningsstrategi for lærere. Sammen med KS vil hun også utvikle en etter- og videreutdanningsstrategi for PP-tjenesten. Så vil hun tydeliggjøre STATPEDs flerfaglige tjenesteprofil.

STATPED med sin flerfaglighet konkurrerer med Barne- og ungdomspsykiatrien, Habiliteringstjenestene, Spesialsykehusene for rehabilitering, Sunnaas sykehus med flere. Disse snakker ikke sammen, heller ikke på departementsnivå. Og alle har forventninger til PP-tjenesten! Det har også Halvorsen som ønsker seg en tilgjengelig PP-tjeneste som forebygger, bidrar til tidlig innsats og er faglig kompetent. Som om dette er noe nytt for oss. Videre skriver hun: «I sum innebærer dette økt veiledning og tilbud om kompetanse til PP-tjenesten, kommunene og fylkeskommunene fra statlig nivå. Men det innebærer også økte forventninger..... Jeg forventer at det i hver enkelt kommune og fylkeskommune diskuteres bruk av virkemidler for at PP-tjenesten skal kunne oppfylle sitt mandat. I denne diskusjonen kommer vi ikke utenom behovet for å styrke PP-tjenestens kapasitet og ressurser.» Jo takk, til både forventningene og diskusjonene, eventuelt også ressursene. Men når Porsgrunn kommune legger

ned et logopedtilbud som var et lavterskeltilbud som forebygget skjevutvikling, når Skien kommune skal spare 13 millioner kroner og reduserer antall støttepedagoger og tiltak til små innvandra barn, og når Telemark fylkeskommune reduserer budsjettet for kommende år med 25 millioner kroner, noe som kommer på toppen av 10 år med nedskjæringer, hvem skal da iverksette alle de flotte, faglig funderte og absolutt nødvendige tiltakene som den tilgjengelige og faglig kompetente PP-tjenesten tilrår? Hvem skal stå for det forebyggende arbeidet og den tidlige innsatsen?

Det kan virke som om Kunnskapsministeren ikke tar innover seg realitetene i skoleverket, i kommunene, i helsevesenet, for ikke å snakke om NAV. Statens egne organer eser ut over alle grenser og tilbyr vernet arbeid til en rekke mennesker med alvorlig grad av autistisk atferd. Se bare på Utdanningsdirektoratet som spyr ut rundskriv på opptil 95 sider som detaljstyrer både byråkratiske og pedagogiske prosesser (Udir-1-2010 Vurderingsrundskrivnet mfl.). Kristin Halvorsen setter i gang en rekke tiltak for å bedre kvaliteten i skoleverket. Fokuset er antall elever som fullfører videregående opplæring med full kompetanse. Ny Giv er et slikt tiltak, men uten penger til å gjennomføre den ekstra opplæringen elevene skal få. Visste du det, Kristin Halvorsen, at 40 % av Ny Giv elevene har en historie i PP-tjenesten? Samtidig glimrer noen fokus med sitt fravær. En gjennomgang av forskningsrapporter og offentlige doku-

menter de seinere årene, nå toppet med Stortingsmelding 18, viser at ingen bryr seg om de ca. 5–10 prosentene av elevene som ikke vil kvalifisere seg med studiekompetanse, fag- eller svennebrev. De omtales ikke, de nevnes knapt. Ordet «grunnkompetanse» forekommer EN gang i Stortingsmelding 18. Når noen bryr seg, forsøker å legge til rette og gi et pedagogisk og godt motiverende tilbud, slik som APO (Arbeid, Produksjon og Opplæring), så forbys det å reklamere for det. En videregående skole skal kun tilby det normale, ett av 12 studieprogram. Avvik fra normalen skal være sakkyndig vurdert, må vite. Heldigvis er PP-tjenesten i mange tilfeller i stand til å levere denne nødvendige dokumentasjonen, og de som bryr seg kan iverksette gode opplæringstilbud utenfor normalen. Dersom vi hadde klart å mobilisere et proaktivt NAV, ville vi kunne tilbudt et langt større antall elever en motiverende og kvalifiserende opplæring.

Min store bekymring er at både Kristin Halvorsen og andre ansvarlige politikere, noen byråkrater også, later som om det er mulig å gi et godt skoletilbud med de nedskjæringene vi ser i oppvekstsektoren. Jeg er glad for at Kristin Halvorsen har tro på PP-tjenesten. Kanskje hennes tro er like sterk som den statsråd Lilletun hadde for 10–12 år siden. Han styrket tjenesten med 300 stillinger.



Tverrfaglig samarbeid – utfordringer og muligheter

Denne artikkelen beskriver tverrfaglig samarbeid mellom en fysioterapeut og en musikkterapeut overfor barn med omfattende funksjonshemninger i en mellomstor kommune. Artikkelforfatterne viser hvordan man ved å gjøre nytte av hverandres ulike kompetanse som fagpersoner kan gi barna man samarbeider om, et kvalitativt bedre tilbud.



Bente Aars er barnefysioterapeut.



Kari Aftret er musikkterapeut og pp-rådgiver i Gran kommune.

I min første jobb, på en institusjon for barn med psykisk utviklingshemninger, var musikk noe som kom med en dame som spilte piano en gang i uken eller en gang hver 14. dag. Jeg deltok hvis jeg hadde tid. Barna satt gjerne på golvet eller i stoler, og klappet og hadde det ganske fint, tror jeg. Musikken utløste en glede og gjenkjennelse, en form for «kunnskap» hos barna som jeg ikke hadde sett tidligere.

Tiden min gikk stort sett med til forsøksvis å styrke svake muskelgrupper, hindre feilstillinger og minske spastisitet. En uklar følelse meldte seg: Her var det noe viktig hvor man kanskje kunne gjort mer med bevegelse – til musikk?

Fysioterapeuten som starter denne artikkelen med sitatet over, hadde i sin praksis med barn savnet kunnskap om bruk av musikk. Samarbeidet med musikkterapeuten tok

dermed utgangspunkt i dette. Vi vil i denne artikkelen prøve å vise hvordan de to fagfeltene musikkterapi og fysioterapi kan berike, understøtte og også utfylle hverandre i arbeid rundt enkelte barn. Vårt samarbeid startet så langt tilbake som i 1992, og fortsatt tenker vi at mye av det vi har gjort og gjør bærer preg av nybrottsarbeid. Vi finner lite litteratur om praktisk samarbeid mellom fagfeltene musikkterapi og fysioterapi, og vi ønsker derfor å bidra til økt forståelse om bruk av musikk i tilnærmingen rundt stimulering av barn med omfattende funksjonshemninger, her spesielt med fokus på fysioterapifaget. Samtidig vil vi dele erfaringer fra etablering av tverrfaglig samarbeid mellom ulike fagpersoner innad i en kommune.

Innledningsvis vil vi beskrive tverrfaglig samarbeid og hvordan vi reflekterer rundt hva dette innebærer, understøttet av teori hentet fra bla. Lauvås og Lauvås. (1994, 1998). Vår metode tar utgangspunkt i egen empiri og en casebeskrivelse, «Tone», et barn vi har jobbet sammen om i mange år. Casebeskrivelsen og empirien vil understøttes ved hjelp av våre fagspesifikke teorier og ut fra et ressursorientert helsebegrep med bla. bakgrunn i Ruud. (2001, 2006). Vår empiri er basert på erfaringer fra praksis, tilbakemeldinger og møter med barn og foreldre, samt andre fagpersoner fra 1., 2. og 3.-linjetjeneste.

Vi opplever at det å skriftliggjøre praksis fra arbeid med

For å gi et best mulig tilbud har vi vært nødt til å gå ut over våre fagspesifikke oppgaver og tenke helhet.



barn med omfattende funksjonshemninger, kan være vanskelig, siden mye er observasjonsbasert i forhold til det som skjer her og nå. Faren for at det kan bli det vi kaller «synsing» er absolutt til stede, men vi vil prøve så godt det lar seg gjøre å underbygge teoretisk det vi skriver. Det å jobbe med barn med omfattende funksjonshemninger oppleves av og til lite målbart, og det er heller ikke hensiktsmessig alltid å jobbe ut fra evidens og konkret måloppnåelse. Vårt fokus handler i praktisk utførelse mye om helhet og livskvalitet.

Vi skriver *barn med omfattende funksjonshemninger*, beskrevet som barn som har behov for hjelp og støtte til alle aktiviteter gjennom hele døgnet, barn uten verbalspråk, og som ikke kan bevege seg ved egen hjelp. Videre vil vi bruke begrepet *bevegelse* i stedet for motorikk, og *stimulering* i stedet for trening. Dette valget begrunnes ut fra erfaringen om at barn med omfattende funksjonshemninger vil være «utsatt» for fagfolk som skal trene og øve med dem gjennom hele livet. Det språket vi bruker, avspeiler ofte våre holdninger. Derfor diskuterer vi begrepene vi bruker jevnlig. For å belyse praksis vil fysioterapeutens stemme og refleksjoner rundt tema komme til orde som små «dagboksnotater» i tekstbøker.

Et samarbeid gror fram

Vi har forsøkt å finne fram til, ikke ditt fag og mitt fag, men ved hjelp av begge fag – til helhet. Alt dette har ført til et tverrfaglig samarbeid i det som vi tror er ordenes egentlige betydning; at vi arbeider sammen, på det helt grunnleggende plan, og opplever hverandres fagfelt i daglig praksis, på en slik måte at det utvider og beriker vårt eget.

Hva skaper samarbeid? I tillegg til motivasjon og lyst på samarbeid ble det i vårt tilfelle en klar forutsetning at vi hadde felles verdier og sammenfallende menneskesyn. Kirsti og Per Lauvås skriver i boka «Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi» at samarbeid i bunn og grunn ikke er noe som foregår i forhold til fag og profesjon, men noe som handler om det som foregår mellom *mennesker* med ulik kunnskap om virkeligheten (1994:174). Det er dette perspektivet vi har tatt med oss inn i utviklingen av vårt tette profesjons-

samarbeid. Andreas Wiese (referert i Vidje 2000), far til et barn med funksjonshemning, etterlyser samarbeidsveiene mellom fagmiljøene. Ifølge ham handler tverrfaglig samarbeid om mer enn «å informere hverandre på møter». Wiese tenker seg at reelt tverrfaglig samarbeid handler om å ta del i hverandres kunnskap og at dette skjer i direkte samhandling med barnet det angår, samt barnets foreldre. I et slikt samarbeid kan en ha mulighet til å påvirke hverandres vurderinger og valg av tiltak. I praksis kan tverrfaglig samarbeid ofte ha hovedfokus på organisering av tiltak, og mindre fokus på tiltakenes innhold og mål. Det kan bety at vi ikke gir oss selv tid til å undre oss, reflektere, stille spørsmål og bli kjent med hverandres ulike faglige og menneskelige kompetanse. Når tiltak er i gang, er det i praksis ofte en utfordring å finne tid til evaluering underveis. Familieterapeuten Asbjørn Ulvestad (2002) har i en artikkel i Fokus skrevet om møter og møtekultur i helsevesenet. Hans mål er det «reflekterende» møtet, der vi blir utfordret på vår egen faglighet og tenkning. Han påstår at vi gjennom våre ulike utdanninger har utviklet forskjellige verdensoppfatninger, der andre i hovedsak har valgt hva vi skal tro på. Han skriver videre at vi i en del utdanninger ikke blir gjort oppmerksomme på at det finnes forskjellige retninger, vitenskapssyn, paradigmer, og at den som underviser, oftest bare opererer innenfor ett paradigme. Han hevder at de fleste av oss raskt utvikler en evne til å begrunne hvorfor ting må være som de er. For å kunne skape nye møteformer der en gjør bruk av reflekterende prosesser, har Ulvestad sett på utvikling av *dannelse* som et sentralt begrep. Han skriver at utvikling av dannelse forutsetter refleksjon, åpenhet og anerkjennelse av forskjellighet, og at dette dypest sett handler om holdninger og verdier. Han skriver;

Et dannet fagmenneske av i morgen vil være et menneske som på ulike måter klarer å forholde seg til forskjellighet. Det å kunne tenke mot etablert viten, se begrensninger i presentert kunnskap og betrakte sitt fag kritisk vil være sentrale dannelseselementer.

«(...) Det å utvikle tverrfaglig kunnskap, eller evne til å fungere i team, er knyttet til innsikt i begrensninger i eget fagområde.» (ibid.)
vår understrekning.

For å nå fram med den stimuleringen barnet har behov for, må vi først skape oppmerksomhet og kontakt.

En av innvendingene vi møter når vi diskuterer et tett faglig samarbeid, handler om at vi står i fare for å viske ut vårt eget fag og blir utydelige fagpersoner. Vår erfaring var at vi i vårt samarbeid opplevde å bli mer tydelige fagpersoner ved å reflektere og begrunne våre respektive fags egenart for hverandre og i møtet med barna. Dette gjorde vi ved å gå inn og ut av roller, utøvende i samspill med barna, eller som aktivt observerende i forhold til de enkelte aktivitetene. Her hadde vi mulighet til å gi hverandre *direkte tilbakemeldinger, refleksjoner* og stille *kritiske spørsmål* i forhold til praksis og det vi gjorde sammen med barna.

Det var viktig å utforske hverandres fagfelt konkret, slik at vi fikk en bredere forståelse av barnets behov, muligheter og begrensninger. Musikkterapeuten deltok i bevegelsesaktiviteter, og fysioterapeuten i musikk- og sangaktiviteter.

Tverrfaglig og/eller flerfaglig

Man utdannes i et system. Der henledes vår oppmerksomhet i bestemte retninger. Så møter vi forskjellige andre retninger, videreutdanninger og metoder i løpet av yrkeslivet. Det blir viktig å finne ut av hva man selv tror på og kan stå for. Jeg har noen ganger følt meg presset til å gjøre ting som jeg har vært usikker på, og i ettertid ser at jeg ikke har vært enig i. Etter som man blir eldre, blir det en form for «jakt på de evige sannheter» – de retningene som holder en stund og ikke er oppbrukt eller sjaltet ut etter 10–15 år.

Arbeidet utføres ut fra en sum av erfaringer både hva gjelder metode og kunnskap om det enkelte barn.

Vår kommune har en desentralisert barnehage- og skolestruktur. Dette har konsekvenser for de ulike hjelpetjenestenes tilbud til barn og unge. Store avstander gjør at mye tid går med til forflytting. Vi reiste rundt i kommunen til barne-

hager og skoler, svært ofte i lokaler lite tilpasset vår type aktivitet. Det kunne også hende at de forskjellige barna hadde både musikkterapi og fysioterapi på samme dag. Vi så etter hvert et behov for å se på organiseringen av vår virksomhet til beste for de ungene vi skulle gi et tilbud. Musikkterapeuten og fysioterapeuten er plassert i ulike virksomheter i kommunen. Fysioterapeuten er knyttet til helseavdelingen og musikkterapeuten til barnehage, grunnskole og PPT. I en periode var alle som jobbet med barn og unge samlokalisert i en barne- og familieavdeling, Bofa, selv om våre arbeidsforhold var forskjellige. Denne samlokaliseringen ser vi har hatt betydning for utvikling av tverrfaglig samarbeid over tid. Uformelle møteplasser gir ofte mulighet for spontanitet og kreativitet, og samtaler utenom formelle møter gir en annen form for kontakt og kjennskap til hverandre.

Våre møter resulterte i samarbeid rundt grupper og enkeltbarn, der vi samordnet våre målsettinger i forhold til barna. Fysioterapeuten tok naturlig nok ansvar for de bevegelsesmessige målene, og sammen med musikkterapeuten ble musikken et felles middel og et godt verktøy for å gi gode bevegelser, opplevelser og mulighet for samspill. Innenfor våre respektive virksomheter hadde både fysioterapeut og musikkterapeut ansvar for barn med varige og omfattende funksjonshemninger. Fysioterapeuten ønsket mer kunnskap om musikk og musikkens virkninger, og musikkterapeuten hadde behov for å lære mer om motorisk utvikling og hvordan en kan nærme seg en kropp med mange «vondter» og plager. Et av resultatene av vårt faglige samarbeid var prosjektet «Læring gjennom musikk og bevegelse», støttet av Statens Utdanningskontor i Oppland i 93/94, og beskrevet i hovedfagsoppgaven «Samspill. Om musikkterapeuten i kommunen» (Aftret, 2005). Erfaringene fra prosjektet var entydig positive, og siden oppstarten i 1993 har «Musikk og bevegelse» vært et fast tilbud for barn og unge med omfattende funksjonshemninger i vår kommune. Målsettingene

for tiltaket var mange, og en var faglig veiledning og kompetanseheving for de assistentene som var sammen med ungene på dagtid. Vår oppgave, som fagpersoner, var å gi en så god opplæring som mulig ut fra et individuelt utviklingsperspektiv, men også å se barnet i den konteksten det befant seg. Vår opplevelse var at spesialistkompetanse og- tjeneste har hatt for vane å se på barnet isolert, med fokus på deler i stedet for helheten.

Om vi drøfter begrepet tverrfaglighet i motsetning til begrepet flerfaglighet i denne sammenhengen, tenker vi kanskje automatisk at flerfaglighet ofte vil gå på bekostning av helhetlig tenkning med utgangspunkt i barnets behov. I boka «Det handler om verdighet» av Bredland et al. (1996) drøfter forfatterne hva de legger i de ulike begrepene og definerer flerfaglighet som en form for samarbeid der ulike former for kompetanse er nødvendig om oppgavene skal bli løst tilfredsstillende (s. 162). Innenfor ulike helseinstitusjoner er flerfaglighet en vanlig arbeidsform. Problemstillingene er klare og avgrensede, og oppgavene kan deles opp og fordeles. Samarbeidet i en flerfaglig modell er hierarkisk oppbygd og de ulike faggruppene setter opp sine egne mål. Dette i motsetning til en mer tverrfaglig modell der målene er felles. Forfatterne hevder at i tverrfaglig samarbeid tilstrebes en helhetlig tilnærming for å nå et felles mål, der kvaliteten og resultatene av arbeidet forventes å bli bedre enn om en løste oppgavene hver for seg. Med felles målsettinger og forskjellige oppgaver må en av og til gå på tvers av både yrkesroller og kompetansegrenser når arbeidsoppgavene fordeles. Dette støtter vi oss til, og det stemmer godt med våre erfaringer.

Kirsti Lauvås (1998) hevder at det flerfaglige arbeidet er utgangspunktet for tverrfaglig samarbeid og at dette samarbeidet karakteriseres ved at det skjer en faglig interaksjon på det teoretiske og praktiske planet. Hun mener at det bygges opp en kollektiv tverrfaglig kompetanse som bidrar til de enkelte fag på hver sin måte, og at de som deltar i dette samarbeidet, ønsker å lage en slags syntese sammen, på tvers av faggrensene. Likevel stiller hun spørsmål om ikke faggrensene viskes ut om viljen til tverrfaglighet blir for sterk, og poengterer viktigheten av den spesifikke fagfordypelsen. Susanne Kvarnström deler resultatene fra en diskursanalytisk studie om tverrprofesjonelle team innen svensk hel-

setjeneste (2009), der det i analysen av materialet framkom to mønstre som benevnes som «kunnskapssynergi» og «tillitsfull støtte». (s. 90) Med «kunnskapssynergi» tenkes at fagpersonenes kunnskap tydeliggjøres, deles og anvendes, og at en på denne måten bruker den kompetansen fagpersonene innehar til beste for brukeren. «Tillitsfull støtte» beskrives som god personkjemi, gjensidig tillit og en felles ideologi for hvordan en møter brukeren. I tillegg beskrives at en har gjensidig ansvar (ibid.).

For oss har det vært viktig å ta utgangspunkt i barnet og barnets behov, samt ivareta foreldrene og bidra til at systemet, menneskene og tiltakene rundt barnet fungerer godt. For å gi et best mulig tilbud har vi vært nødt til å gå ut over våre fagspesifikke oppgaver og tenke helhet.

Kroppen i fysioterapien

Når vi skal forsøke å sette ord på «musikk i fysioterapien», er kroppen grunnleggende. Alle er og har en kropp, alle bor i en kropp. Kroppen er i utstrekning vårt største sanseorgan. Vi er og har syn, hørsel, lukt, kan berøre og berøres, kan kjenne, gjenkjenne og erkjenne, kan gledes og frustreres, kan føle og tenke, kan merke omgivelser og «stemme» oss inn til dem. Alt i kroppen er avhengig av hverandre og samarbeider. Vi utvikles.

Det hele er et ikke så lite under.

I våre møter med barn med omfattende funksjonshemninger må vi ta hensyn til hele barnet og sensitivt prøve å stemme oss inn til hvordan barnet er og har det i øyeblikket. Fysioterapeut Gunn Kristin Øberg oppsummerer i en artikkel (2009) en undersøkelse av fysioterapeuters oppmerksomhet og det hun kaller dynamiske hender i behandling av for tidlig fødte barn. Uttrykket dynamiske hender betyr, slik vi forstår Øberg, på hvilken måte fysioterapeuten greier å tilpasse seg barnets egne uttrykk og svare på disse. Senere i artikkelen skriver hun «dynamiske tilpassede handlinger», forstått som lyder, blikkontakt, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og posisjonering. Konklusjonen hennes er klar: Fremming av for tidlig fødte barns bevegelser er avhengig av fysioterapeuters evne til å skape og holde barnets oppmerksomhet og indi-



viduelt tilpasse seg barnets egne ytringer. Hennes utgangspunkt er den fenomenologiske, der kroppen forstås som et sentrum for erkjennelse. En av fenomenologiens grunnleggere, filosofen Merleau-Ponty (1994), hevder at vår forståelse av verden er basert på vår kropps forståelse av omgivelsene og de situasjonene som oppstår. I vår sammenheng er dette viktig. I tradisjonell fysioterapibehandling og i andre pasient/terapeut-kontekster kan en stå i fare for å nærme seg kropp ut fra en instrumentell tankegang der kroppen framstår som et objekt som skal behandles for plager og skavanker. Med et fenomenologisk utgangspunkt blir kroppen et subjekt som må møtes som noe som fremstår der og da. Aktiv og følsom tilstedeværelse er dermed en forutsetning

for å fange opp og forstå hva kroppen, og det barnet som bor i kroppen, signaliserer. I denne sammenhengen er på mange måter barnets ulike vansker og plager underordnet det å stemme seg inn og møte barnets uttrykk, dagsform og tilgjengelighet. For å nå fram med den stimuleringen barnet har behov for, må vi først skape oppmerksomhet og kontakt. Som Øberg skriver, får vi liten effekt av stimuleringen uten barnets oppmerksomhet (ibid.). Det er blant annet med bakgrunn i denne forståelsen vi i vår praksis med barn med omfattende funksjonshemninger mener at begrep som å *stimulere* i stedet for å *trene* – *bevegelse* i stedet for *motorikk* er mer dekkende. Sigmundsson et al. (2000:13) påpeker: «*Begrepet motorikk omfatter i utgangspunktet alt som har med bevegelsene våre å gjøre, og er derfor vanskelig å definere*». Begrepet bevegelse ligger for oss nærmere en subjekt-subjekt-tankegang i stedet for den objektiviseringen mange av disse barna kan ha blitt utsatt for. I vår sammenheng blir musikk og sang et verktøy for å oppnå denne oppmerksomheten som Øberg beskriver.

Musikk i fysioterapien

Det gikk mange år. En gang var jeg i et selskap. Jeg hadde til bords en mann som spurte om jeg ikke brukte musikk, jeg som arbeidet med barns bevegelser. Svaret ble et beskjemmet nei – at jeg ikke hadde funnet måter å gjøre det på. I ettertid har jeg forstått at svaret kanskje kunne vært ja, for rytme og sang har jeg nesten alltid brukt. Det føles på en måte uunnværlig. Både fordi jeg tror det er rytme i nesten alt vi gjør, og rytme hjelper og understøtter bevegelse, og fordi musikk frembringer glede og gode opplevelser som igjen gir gode bevegelser.

I vårt samarbeid har vi prøvd å analysere musikkens rolle og betydning i forhold til aktivitetene som tar utgangspunkt i målsettinger for det enkelte barn, og ikke minst det som oppstår spontant. I denne sammenhengen har det vært nyttig å støtte seg til Even Ruuds beskrivelse av musikkens ulike funksjoner. Han snakker om musikkens motoriske og kognitive funksjoner, musikkens emosjonelle funksjoner, musikkens sosiokommunikative funksjoner og musikkens erkjennende funksjoner (1990:182). Med musikkens moto-

riske og kognitive funksjoner tenker Ruud at musikken er oppmerksomhetsfangende. Den kan utløse aktivitet og initiativ, og den kan fungere som støtte til bevegelses-responser og ulike stemmeresponser. I tillegg virker musikk som et signal som skaper forventning hos barnet. Tom Næss (1981) beskriver denne støtten metodisk som et «høre-bilde for bevegelse» (s. 46), forstått som for eksempel oppadgående toner for oppadgående bevegelser. I tillegg lager Næss sanger der ordene beskriver konkret bevegelsen og det vi gjør. Musikken kan i tillegg støtte rytmisk og dynamisk, slik at det føles lettere å utføre bevegelser som gir en klar og tydelig instruksjon. (se også Hallan og Hauge 1990). Derfor bruker vi levende musikk framfor innspilt musikk. Fordelen med levende musikk er at den kan følge barnet og ikke omvendt. Med mulighet for å tilpasse musikken og sangen til barnets egne uttrykk, lyder, bevegelser og behov for pauser, har vi et virkemiddel som kan brukes dynamisk og i aktivt samspill med barnet og omgivelsene. Terapeutenes evne til improvisasjon er helt avgjørende for om dette lykkes. Blant annet vil tilpasning av tempo og tid være viktig. Ferdig innspilt musikk vil aldri kunne erstatte levende musikk i denne sammenhengen.

Vi skrev innledningsvis at vi finner lite i vår faglitteratur om samarbeid mellom fysioterapi og musikkterapi. Innenfor det spesialpedagogiske feltet finnes det noen aktivitets- og metodeprogrammer. KKK-programmene av Marianne og Christopher Knill (1991), første gang utgitt i 1982, er nok de mest kjente. Senere gav også C. Knill ut «Hudkontakt og samspill» med musikk-kassetter som fulgte med. (1990). Til å være innspilt musikk var musikken i begge programmene godt bearbeidet og laget med tanke på tilpasning til ulike grupper barn og voksne med omfattende vansker. Gjennomføring av timer med ferdige programmer står likevel i fare for å bli noe mekanisk idet en styres av noe/noen som ikke er fysisk til stede.

I musikkterapeutisk praksis er begrepet *fys-mus* kjent. Det oppsto på Haug skole i Bærum på 1970-tallet, en spesialskole for barn med utviklingshemninger (Eide 2008). Musikkterapeuten og fysioterapeuten her var igjen inspirert av Ellen Boysen som hadde jobbet med musikk i fysioterapi på Rikshospitalet. På Haug satte de *fys-mus* i system, og ukentlige timer med øvelser og treningsprogrammer ble

ledsaget av levende musikk. Ingelill Berger Eide prøver i sin artikkel «Fys-mus-tradisjonen i norsk musikkterapi» (ibid.) å gi en forståelse av hva et samarbeid mellom fysioterapeuter og musikkterapeuter kan innebære. Som informanter har hun benyttet tre musikkterapeuter og en fysioterapeut. Fysioterapeuten Rita Birkeland beskriver *fys-mus* slik:

«Det (fys-mus) er gruppefysioterapi, sett fra min yrkesgruppes side, med levende musikk, der fysioterapeut og musikkterapeut har samarbeidet om et treningsprogram som gjentas ukentlig gjennom skoleåret.» (s. 255).

Musikkterapeutene tenker at deres viktigste oppgave er å støtte fysioterapeutens arbeid med levende musikk, og skreddersyr musikk til de ulike øvelsene. Musikken får likevel en dypere dimensjon som vanskelig kan måles i den praktiske gjennomføringen, og det blir nevnt at musikken skaper forventning og stemning, strukturerer aktivitetene og lager gode overganger. I tillegg observerer musikkterapeuten det som skjer i timen og har en dynamisk tilnærming til dette, både musikalsk og kommunikativt. Det alle er enige om, er at den levende musikken alene er ikke nok, det er selve kunnskapen om hvordan musikken kan anvendes der og da som er viktig. Ut fra et tverrfaglig samarbeid som dette følger en dimensjon informantene og artikkelforfatteren synes det er vanskelig å sette ord på, nemlig det som skjer i det de kaller «det terapeutiske øyeblikket:» «(...) *Et samspill mellom den gitte bevegelsen og den tilpassede musikken*» (ibid.: 259).

Begge yrkesgrupper er opptatt av hvordan de sensitivt tilpasser seg hverandre ved å bruke solist-akkompagnatør-metaforen. I artikkelen «Musikk i helsefag: fysioterapi, ergoterapi og sykepleie» (Aasgaard, 2006) har forfatteren sett på musikk i fysioterapien i historisk perspektiv (s. 31). Han skriver at interessen for musikk i helsefagene ser ut til å veksle med hva slags vitenskapssyn som er rådende til enhver tid, og bestemmes av om fagene har en naturvitenskapelig eller humanistisk grunnforståelse. Vi vet at musikk har vært brukt i terapi helt fra antikken og fram til i dag (se Trondalen, 2004; Ruud, 1997, 1998, 2001). I antikkens Hellas var musikk og helse knyttet sammen på uadskillelig vis, men etter at naturvitenskapelige tenkemåter fikk sitt gjennombrudd ca. 1850, ble fokuset flyttet over på sykdomsforløp

Musikken og sangen gjorde det mulig å motivere for bevegelser, også de som var vanskelige å gjennomføre.

og fysikk, og bevisstheten om hvordan vi selv kunne påvirke helsen vår gjennom vår måte å leve på ble oversett eller glemt, og helhetsspektivet ble på sett og vis forlatt.

I vårt arbeid er vi nødt til å forholde oss til hele barnet for å få tilgang på det barnet har behov for å bevege eller stimulere, og for å kunne nærme oss det som er plagsomt eller smertefullt. I stedet for fys-mus valgte vi å kalle samarbeidet «Musikk og bevegelse». Grunnen til dette var nok at for oss gir begrepet *bevegelse* en åpnere og videre forståelse uten preg av terapi og øvelser. Uavhengig av hva vi kaller tilbudet, mener vi at fysioterapeutens og musikkterapeutens kompetanse er unnværlig i forhold til barn med omfattende funksjonshemninger. Dette har med våre fagspesifikke kunnskaper å gjøre, men handler også om våre praksiserfaringer gjennom mange år.

«Tone» – samarbeid i praksis

Vi har arbeidet mye med barn som har store funksjonshemninger. Signalene kan være svake og innfallsportene få, men jeg vil våge den påstand at med musikk har jeg alltid nådd fram, på en eller annen måte. Kanskje har jeg signalisert min tilstedeværelse bare med egen stemme og et helt enkelt tonebilde, eller kanskje har vi vært i gruppe, med instrumenter, med kraftig samspill og mye bevegelse.

Å jobbe i 1.-linjetjenesten i en kommune som vår innebærer at vi blir en slags allmennpraktikere innenfor våre respektive fagfelt. Det har sine fordeler, men kan også av og til oppleves krevende når nødvendig kompetanse ikke finnes i kommunen. Alle barn er forskjellige og har behov for å bli møtt på ulike måter. Innledningsvis beskrev vi hva vi forstår

med et barn med omfattende funksjonshemning. Vi tenker på barn med sanse- og utviklingsforstyrrelser av alvorlig art, ofte medfødt, og som har behov for hjelp og oppfølging gjennom hele døgnet. Det kan være vanskelig å vite hvordan barnet vil utvikle seg, og barnet fungerer ofte på et tidlig utviklingstrinn. I løpet av et arbeidsliv kommer vi i kontakt med noen, men ikke så veldig mange, og hvert nytt barn gir oss nye erfaringer. I dette avsnittet vil vi presentere «Tone», som fikk den sjeldne diagnosen Retts syndrom (se www.frambu.no) i en alder av 3 år. I vår kommune hadde vi ingen erfaring med denne diagnosen. Dette betydde at vi måtte lære om syndromet, prognose, utvikling og, ikke minst, bli kjent med Tone og hennes foreldre. Fagfolk i 2. og 3.-linjetjenesten var kjent med musikk som et velegnet middel i arbeid med barn med Retts syndrom, og innfallsvinkelen var dermed gitt da vi begynte å jobbe med henne. Retts syndrom var en alvorlig diagnose å få, og utviklingsforløpet var progredierende.

Vi møtte ei jente som var strålende og mottakelig i sin måte å være på, og foreldre og en storfamilie som var positive og lette å samarbeide med. Foreldrene ønsket lite fokus på diagnosen, men var opptatt av å se Tones ressurser, hennes behov og utviklingsmuligheter. Apraksi kan være et typisk tegn på Retts syndrom, dvs. manglende evne til å starte eller gjennomføre en planlagt bevegelse. Ensformige håndbevegelser, samt respirasjonsuregelmessigheter og utvikling av skoliose, er andre kjennetegn. Fysioterapi var derfor viktig for Tone, og målene var klart uttalte: Opprettholde gangfunksjon og bevegelse generelt, hindre/utsette skoliose og forsøksvis øke kontaktevne. Musikken bidro til å åpne for kontakt og stimulering, og gleden og gjenkjennelsen hos Tone gjennom de ulike musikkaktivitetene var tydelig. Musikken og sangen gjorde det mulig å motivere for bevegelser, også de som var vanskelige å gjennomføre. Bruk av

musikkens signalfunksjon, en fast sang – «hei til Tone» – akkompagnert med tre toner på klangstaver, ble etablert som åpningssang i stort sett alle timer, også der fysioterapeuten var alene. Ved bruk av denne sangen kunne Tone samle seg, øke tilstedeværelse når hun var trøtt og søvnig, eller ved å roe seg når hun var urolig. Ved grunnmotoriske bevegelser som for eksempel «rulle», forberedte fysioterapeuten bevegelsen med stemmen først, og så ble gjennomføringen understøttet og bekreftet. I ettertid kan fysioterapeuten ikke huske en eneste time uten at sang og stemme ble brukt rytmisk og gjentakende. Musikken forberedte Tone og hjalp henne til å forstå og kjenne igjen det som skulle skje. Det var på denne måten en kunne få oppmerksomhet, holde på oppmerksomheten og ha mulighet til å utføre strevsomme bevegelser som var nødvendige for å opprettholde funksjonen. Dagsformen styrte all aktivitet, og vår sensitive tilpasning var alltid grunnleggende. Mange epileptiske anfall i perioder gjorde at ingen dag var lik, verken for Tone eller oss. Kroppsbevissthets ble opprettholdt gjennom berøring, akkompagnert av rytme og ved å benevne de ulike kroppsdelene. Noen ganger var det mye hyperventilering, noe som var strevsomt for henne. Da kunne musikken brukes til å spenne av, roe ned og få pusten i normal gjenge.

Gjennom hele barnehage- og skolegangen var musikken det bærende elementet i alle deler av opplærings- og behandlingstilbudet. Faste sanger og musikkaktiviteter har vist seg å være slitesterke gjennom alle år, og vi har en formening om at gjentakelser fører til gjenkjennelser som igjen fører til en erkjennelse hos barnet. Vi har kommunisert med Tone gjennom sangene og musikken siden hun var lita jente. I dag er hun voksen og fortsatt svært opptatt av musikk. Vi valgte som fagpersoner å møte henne som et barn med spesielle behov, og ønsket samtidig å støtte foreldrene i deres syn på hvordan hun skulle ha det i livet sitt. De uttrykte sterkt at de ønsket hun skulle ha det godt og være et barn som alle andre. Siden har vi mange ganger diskutert hva «ha det godt» innebærer, og for foreldrene tenker vi dette har endret seg noe etter hvert som Tone har blitt eldre og sykdommen har utviklet seg.

Vår definisjon og forståelse av *helse* i samvær med Tone har en ressursorientert forankring, der livskvalitetsbegrepet er sentralt. Even Ruud skriver i sitt forskningsprosjekt

«Musikk og identitet» (2001:40), om hvordan musikkopplevelser kan være med på å gi en opplevelse av kontinuitet og tilhørighet i livet. Han sier at livskvalitet henger sammen med vitalitet, beskrevet som følelsesbevissthet og de følelsesmessige opplevelsene musikken kan gi. I tillegg knytter han tilhørighet til livskvalitetsbegrepet, forstått som noe som har med fellesskap og tilknytning til andre mennesker å gjøre (ibid.: 41). Tones respons i musikk- og bevegelsesaktivitetene gjør at vi tenker på glede, fellesskap, samspill og kommunikasjon. Responsen viste seg i smil, våkenhet, økt bevegelse og aktivitet. Samværet med andre gjennom musikk skapte dermed, slik vi ser det, økt vitalitet og mulighet for fellesskap med andre.

«Music cannot leave man unmoved» – oppsummering

Gjennom samarbeid med musikkterapeut føler jeg at arbeidet med og forståelsen av barn fikk en ny dimensjon. Jeg føler at denne typen samarbeid er noe som bør ivaretas.

Å finne samarbeidspartnere som «stemmer» i yrkessammenheng har for oss begge vært gjensidig givende. Når en jobber med barn med omfattende funksjonshemninger må innfallsvinkelen være fokus på samspill med barnet og ikke metoden. Med dette får vi en relasjonell og samspillsorientert tilnærming som må ligge i bunnen i alt arbeid med mennesker. Går vi til filosofen Søren Kierkegaard (1813-1855) og hans postulat om «Sandheten i al hjelpekunst» sier han:

«(...) at man, når det i sannhet skal lykkes en at føre et menneske et bestemt sted hen, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der»

Dette gjelder fortsatt. Den nyeste skoleforskningen over hele verden (se bl.a. Thomas Nordahl 2009) konkluderer med at en av de viktigste forutsetningene for elevers læring i skolen er relasjonen mellom elev og lærer. Det har mindre betydning hvilke metoder og læreverk en bruker. Det samme gjelder i fysioterapeutisk og musikkterapeutisk arbeid. Det er først og fremst evnen til å skape kontakt og samspill med barnet,

og samtidig sensitivt tilpasse seg barnets egne signaler, som avgjør om en lykkes med målsettingene. Vår erfaring er at trening blir mekanisk om barnet ikke selv deltar og er aktiv.

Vi kaller oss selv allmennpraktikere. Vi må gi tilbud til alle barn i kommunen som har behov for våre tjenester. I praksis er det nødvendig at vi innhenter kompetanse hos hverandre, noe som også handler om ydmykhet i forhold til den andres kunnskaper. Denne holdningen om å ikke vite best og mest, kan være en styrke også i samspill med barnet og familien. Det kan være en utfordring at tverrfaglig samarbeid i små og mellomstore kommuner blir personavhengige. Det er derfor nødvendig at lederne forankrer dette samarbeidet og setter av nok tid og ressurser til å videreutvikle et faglig samarbeid. Argumentasjonen for samarbeidet må ligge i økt kvalitet på tiltakene for barna. Vi erfarer at vi med tverrfaglig samarbeid får flere innfallsvinkler og flere verktøy å bruke. Vi er generelt overbevist om at det er uunnværlig å samarbeide i en praksis som vår, med fokus på barn med omfattende funksjonshemninger. Det handler ikke primært om våre behov, men barnets.

De fleste barna med omfattende funksjonshemninger har hatt både et individuelt tilbud og et gruppetilbud i musikk og bevegelse. Vi opptatt av å gi barna opplevelsen av den vitalitet og energi som oppstår i grupper. Å synge og bevege seg sammen skaper liv, latter og fellesskap. Dette er viktig både for barnet og den voksne som følger med. Det er ikke gitt at alle fysioterapeuter har en interesse for musikk, men vi tror at mange ville ha glede av å bli kjent med musikk som et nyttig redskap i eget arbeid.

Måltrettet bruk av musikk ga mulighet til å arbeide på en helt annen og mindre «plagsom» måte med kropper som strevet. Jeg fikk en helt ny dimensjon inn i eget fag. Jeg støtter meg til en av pionerene innenfor musikkterapien, Paul Nordoff, som uttrykte «Music cannot leave man unmoved», og for meg handler dette nettopp om bevegelse.

REFERANSER

- AFTRET, K.** (2005). *Samspill. Om musikkterapeuten i kommunen*. Hovedfagsoppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole.
- AFTRET, K.** (2008). *Samspill – om musikkterapeuten i kommunen*. I: G. Trondalen, og E. Ruud (red.) *NMH-publikasjoner 2008:3*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse.
- BREDLAND, E.L., LINGE, O.A. OG VIK, K.** (1996). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- EIDE, I.B.** (2008). Fys-mus-tradisjonen i norsk musikkterapi. I: G.Trondalen, og E. Ruud (red) *NMH –publikasjoner 2008:3*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse.
- HALLAN, G.E. OG HAUGE, T.S.** (1990). *Musikk lyd bevegelse. Redskap til å etablere grunnleggende kommunikasjonsferdigheter*. Nordisk Vejleder nr. 10. Forlaget Nord-Press DK-9330 Dronningslund.
- KNILL, M. OG KNILL, C.** (1991). *Kroppsbewissthet, Kontakt, Kommunikasjon*. 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag.
- KNILL, C.** (1990). *Hudkontakt og samspill*. Gyldendal Norsk Forlag
- KVARNSTRÖM, S.** (2009). Samarbeid og læring i det tverrprofesjonelle teamet. I: Willumsen, E. (red) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Universitetsforlaget
- LAUVÅS, K. OG LAUVÅS, P.** (1994). *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- LAUVÅS, K.** (1998). Tverrfaglig samarbeid – en pedagogisk utfordring. I: *Rehabiliteringsmagasinet BRIS* nr. 1: 1998.
- MERLEAU-PONTY, M.** (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag A/S.
- NORDAHL, T.** (2009). Om læringsmiljø og bruk av materiell for helhetlig arbeid med læringsmiljøet. Utdanningsdirektoratet. Oslo. Hentet 26.08.2010 fra <http://media01.smartcom.no/Microsite/smartcomtv.aspx?eventid=4867>
- NAESS, T.** (1981). *Den mystiske boks*. Oslo: Norsk Musikforlag A/S.
- RUUD, E.** (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Oslo: Solum Forlag.
- RUUD, E.** (1997). Musikk, helse og livskvalitet. *Musikkterapi* nr. 3.
- RUUD, E.** (1998). *Music therapy. Improvisation, Communication and Culture*. NH: Barcelona. Gilsum
- RUUD, E.** (2001). *Varme øyeblikk. Om musikk, helse og livskvalitet*. Oslo: Unipub forlag.
- RUUD, E.** (2006). Musikk gir helse. I: Aasgaard, T (red). *Musikk og helse*. J.W. Cappelens Forlag. Oslo.
- SIGMUNDSSON, H. OG PEDERSEN, A.V.** (2000). *Motorisk utvikling*. Sebu forlag.
- TRONDALEN, G.** (2004). Musikkterapi før- og nå. I *Musikkterapi* nr. 1:2004.
- TRONDALEN, G. OG RUUD, E.** (red.) (2008). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. NMH-publikasjoner 2008:3. Skriftserie fra Senter for Musikk og helse.
- VIDJE, G.** (2000). Leder i *Rehabiliteringsmagasinet Bris*. Nr. 1: 2000.
- ULVESTAD, ASBJØRN** (2002). Mot en ny dannelse. Om møter,

paradigmer om møter, og vansker med å møtes. I: *Fokus* nr. 3: 2002. Oslo: Universitetsforlaget.

WILLUMSEN, E. (red.) (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

ØBERG, G.K. (2009). Fysioterapeuters oppmerksomhet og dynamiske hender i behandling av for tidlig fødte barn. I *Fysioterapeuten* nr. 8: 2009.

AASGAARD, T. (2006). Musikk i helsefag: fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. I: T. Aasgaard, (red.) *Musikk og helse*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag.

WWW.FRAMBU.NO – hentet 26.08.2010 fra <http://frambu.no/modules/diagnoser/diagnose.asp?iDiagnoseld=42&iPageld=14927&i>.



Forskningsdel

Forskningsdelen inneholder artikler som er et supplement til de vanlige fagartiklene i Spesialpedagogikk. Disse artiklene er vurdert av fagfeller (blind review) og underlagt strengere formkrav enn øvrige artikler.

Cochleaimplantat til døve barn – hørsel- og talespråkutvikling

Sammendrag

Bruk av cochleaimplantat har gitt førspråklig døve barn økt mulighet til å høre og til å tilegne seg talespråk. I artikkelen presenteres resultater fra tre studier utført i tidsrommet 2000–2010. Barnas hørsel, deres taleoppfattelse, talespråkutvikling og habiliteringssituasjon er undersøkt. En stor del (50%) av variasjonen i taleoppfattelse kunne forklares med variasjon i alder ved implantering, intelligens, daglig bruk, valg av opplærings situasjon, språk og kommunikasjonsform. Blant barna som fikk tosidig simultan implantasjon fra 5 til 18 måneder, hadde henholdsvis 81% og 57% oppnådd aldersadekvate reseptive og ekspressive talespråkferdigheter 12–48 måneder etter implantasjon. Andelen barn med aldersadekvate talespråkferdigheter økte med alder og implantatbrukstid.

Summary

Cochlear Implants to Deaf Children – Hearing and Spoken Language Development

Use of cochlear implants in the treatment of deafness has radically changed prelingually deaf children's opportunities to hear and acquire spoken language. The article presents the results from three studies performed from 2000 to 2010. Prelingually deaf children with cochlear implants were investigated regarding their rehabilitation situation, their speech recognition and their spoken language development. The results show that 50% of the considerable variation in speech perception among the 100 first implanted children in Norway could be explained by variation in age at implantation, intelligence, daily use, choice of educational setting and mode of communication. Among the children who received simultaneously implantation at 5 to 18 months, 81% and 57% had achieved receptive and expressive language skills, respectively, within one standard deviation from the normative mean 12 to 48 months after implantation. The proportion of children within the normative range increased with implant experience.

Nøkkelord:

PRELINGVALT
DØVE BARN,
HØRSEL,
TALESPRÅK,
KOMMUNIKASJON,
HABILITERING

Ona Bø Wie, Forsker, Spesialpedagog ph.d. CI-enheten.
Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet

Eva Signe Falkenberg, audiopedagog, professor dr.philos.
Institutt for spesialpedagogikk, UiO.

Ole Edvard Tvete, audiefysiker MS. Klinikk for kirurgi og nevrofag.
Øre- nese-, halsavdelingen Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Marie Bunne, dr.med. Klinikk for kirurgi og nevrofag. Øre- nese-, hals-
avdelingen. Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Terje Osnes, professor, dr.med. Klinikk for kirurgi og nevrofag.
Øre- nese-, halsavdelingen. Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Innledning

Språk, enten det er talespråk eller tegnspråk, er et viktig verktøy for å erverve kunnskap og deltakelse i samfunnet gjennom hele livet. En forsinket språkutvikling kan ha ringvirkninger på barns personlige og sosiale liv, samt på deres muligheter til utdanning og yrkesdeltakelse. Ut fra oppfattelsen om at språk og kunnskap ikke er noe som passivt arves, men som konstrueres gjennom aktiv handling og i samspill med et sosialt miljø, er det i denne artikkelen fokus på tilegnelse av auditive ferdigheter og talespråkferdigheter hos døve barn som har fått tilgang til hørsel via cochleaimplantasjon. De fleste barn, også døve barn (ca. 97%) fødes inn i allerede eksisterende talespråkkulturer. Bråten (2007) gir et bilde på talespråkkulturer som «morsmålssjøer» som barnet raskt lærer seg å svømme i. Talespråket tilegnes med en bemerkelsesverdig fart hos de fleste normalthørende barn (Kuhl, 2010). Tidlig og god tilgang på auditiv språkstimulering er imidlertid avgjørende for at barnet skal kunne utvikle et funksjonelt talespråk, og hørselserfaringer i tidlig barndom legger grunnlaget for mer avansert bruk og tilegnelse av talespråk (Hart og Risley, 1999; Snow mfl. 2001). Fravær av eller redusert tilgang på auditiv stimulering har medført forsinket eller mangelfull talespråkutvikling hos mange hørselshemmede barn (Moeller 2007).

I Norge fødes det årlig ca. 30 (0,5 promille) døve barn (Statens helsetilsyn, 2000). Ved innføring av neonatal hørselsscreening og bruk av tosidig cochleaimplantasjon

har barn med sterkt nedsatt hørsel og døvhets fått tilgang til tosidig lydstimulering allerede fra 7 måneders alder. Omkring 95% av døve barn får i dag cochleaimplantat (CI). Oslo universitetssykehus har landsdekkende ansvar for cochleaimplantasjon til barn. Fra 1988 har omkring 480 barn fått CI. Å høre ved hjelp av cochleaimplantater gir ikke normal hørsel, men de fleste vil kunne oppfatte tale. Hvor bra tale oppfattes, er avhengig av egenskaper ved barnet selv, ved implantatet, ved familien, av språk- og kommunikasjonsform og undervisningssituasjon (Geers mfl., 2003, Tomblin mfl., 2007). Tidlig implantasjon fremstår som en viktig prediktor og gir bedre resultater enn senere implantasjon (Sharma mfl., 2005). En rekke studier har vist at døve barn som har fått ensidig cochleaimplantasjon i løpet av første leveår, har oppnådd tale- og språkferdigheter som kan sammenlignes med dem vi finner hos barn med normal hørsel (Ching mfl., 2008; Miyamoto mfl., 2008; Dettman, 2007). Det er dog også indikasjoner på at forskjellen i språkferdigheter hos normalthørende barn og hos barn med CI øker med barnas alder (Hay-McCutcheon mfl., 2008).

Formål Artikkelenes overordnede forskningsspørsmål er *hvordan bruk av cochleaimplantat til barn i Norge har utviklet seg i perioden 1988–2011*. Fokus er lagt på hørsel og talespråk, pedagogisk tilnærming, teknologi og alder ved implantasjon.

Resultatene er basert på tre studier gjennomført i et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus, Universitetet i Oslo og Helsedirektoratet. Den første studien som presenteres (studie 1: de første barna med CI) omhandler 95 av de 103 første barna med ensidig cochleaimplantasjon i Norge (Wie mfl., 2007). Målet med studie 1 var å kartlegge taleoppfattelse etter cochleaimplantasjon og hvilke faktorer som bidro til variasjonen i denne ferdigheten hos barna. Den andre studien (studie 2: kvalitetskontrollstudien) er en kvalitetskontroll gjennomført i 2007 ved Oslo universitetssykehus. Målet med studie 2 var å undersøke taleoppfattelse hos barn med CI og hvor godt de kunne gjøre seg forstått på talespråk. Ved kontrollen kartla man også barnas språk- og kommunikasjonsform (bruk av tegnspråk/talespråk/tegnstøtte), deres opplæringsituasjon samt barnas trivsel i barnehage og skole. Den siste studien som presenteres

(studie 3: tidlig simultan bilateral cochlea implantasjon) er en igangværende prospektiv og longitudinell studie om effekten av simultan tosidig implantasjon hos barn fra 5 til 18 måneder (Wie, 2010). Her presenteres oppdaterte resultater fremkommet etter siste publisering. Målet med studie 3 er å se om barna som får tidlig tosidig cochleaimplantat, kan utvikle og beholde talespråkferdigheter på nivå med normalthørende barn på samme alder.

Metode

Utvalg Utvalget i de tre studiene er alle pasienter ved Oslo universitetssykehus. Av de 95 barna som deltok i studie 1 (de første barna med CI), var 79 født døve eller hadde mistet hørselen før tilegnelse av talespråket (prelingvalt døve), og 16 barn hadde ervervet hørselstapet etter tilegnelse av talespråket (postlingvalt døve). Gjennomsnittlig diagnosealder hos de prelingvalt døve barna var 15.6 måneder og gjennomsnittlig alder ved ensidig implantasjon var 50 måneder, (SD 29.7, min 17, maks 181). De fleste av barna (87%) brukte implantatet hele dagen, 12% brukte det deler av dagen og ett barn hadde i løpet av undersøkelsen sluttet å bruke implantatet. Resultater fra Raven og Leiter nonverbale intelligens-tester viste at 80 % lå innenfor eller over normalområdet, mens 20 % lå fra ett til to standardavvik under gjennomsnittet. Nesten alle barna (96%) hadde foreldre som hører normalt. To barn hadde døve foreldre.

Utvalget i studie 2, kvalitetskontrollstudien, omfattet 215 barn med CI (124 gutter og 91 jenter), alle implantert innen 2007 og de fleste (88%) mellom 2000 og 2007. Av disse var 193 prelingvalt døve og 22 postlingvalt døve. Det var 168 barn (78%) med tosidig implantasjon og 47 barn (22%) med ensidig implantasjon. Gjennomsnittlig alder ved første gangs implantasjon hos dem som var prelingvalt døve var 44 måneder (SD 30.5, min 5 mnd., maks 175 mnd.). De fleste av barna (93.3%) brukte implantatet hele dagen. Av disse hadde 33% noen perioder i løpet av dagen hvor implantatet ble tatt av. Tre prosent brukte implantatet omkring halve dagen, en prosent brukte det lite.

Utvalget i studie 3, tidlig simultan tosidig cochleaimplantasjon, besto av 42 barn hvorav 21 var prelingvalt døve (10 gutter og 11 jenter) og 21 hadde normal hørsel (NH) (rentoneaudiometri (PTA) <25 dB HL). Barna med CI og

barna som hører normalt, ble matchet parvis på alder og kjønn og gruppevis på mors utdanning. Alle barna som fikk simultan tosidig implantasjon fra de var 5 til 18 måneder i perioden 2004 – 2007 og som ikke hadde kjente tilleggsvansker, var inkludert i studien. Demografiske data av barna med CI er presentert i tabell 1. Gjennomsnittlig alder ved implantasjon var 11.3 måneder og gjennomsnittlig brukstid var 41 måneder. Implantatene ble brukt hele dagen av alle barna, med unntak av ett barn som av og til hadde noen korte perioder av dagen uten implantat. Det ble i hovedsak brukt en talespråklig (auditiv oral/verbal) habiliteringstilnærming til alle barna. Tre barn fikk sin opplæring i spesialbarnehage/skole mens de andre var i vanlige opplærings-situasjoner. Alle barna viste kognitive ferdigheter innenfor normalområdet.

TABELL 1: Demografiske data over alle prelingvalt døve barn som fikk bilateral simultan cochleaimplantasjon i perioden 2004 til 2007 og som ikke hadde tilleggsvansker som ble antatt å ha betydning for barnas språkutvikling.

ALDER VED OPERASJON (MÅNEDER)	DIAGNOSE ALDER (MÅNEDER)	BRUKSTID (MÅNEDER)	TALEOPPFATTELSE ENSTAVELSESD	ETIOLOGI
5	0.5	48	72 %	JLNS*
5	0.2	48	78 %	JLNS*
8	0.1	48	62 %	JLNS*
8	2	48	72 %	Pendred syndrome
8	1	48	88 %	Connexin 26
9	1	48	72 %	Fødselsskade
11	3	48	96 %	Connexin 26
12	2	48	72 %	Ukjent
13	9	48	82 %	Meningitt
17	3	48	88 %	Ukjent
18	13	48	86 %	Ukjent
7	0.2	36	91 %	Connexin 26
8	5	36	86 %	Cytomegalusvirus
10	6	36	74 %	Connexin 26
10	3	36	78 %	Connexin 26
12	2	36	70 %	Waardenburg
14	8	36	72 %	Pendred syndrome
16	11	36	88 %	Cytomegalusvirus
8	4	24	86 %	Ukjent
11	4	24	90 %	Connexin 26
16	11	24	80 %	Ukjent
11.3	4	40.6	79.5 %	Mean
5.5	0	24.0	52	Min
18.8	13	48.0	100	Max
3.9	4	8.9	11.4	SD

*JLNS= Jervel Lange Nilsen syndrom

Datainnsamling og analyse I alle tre studiene ble data innhentet ved hjelp av spørreskjema til foreldre og bruk av taleoppfattelsestest. Studie 1 og 2 var cross-seksjonale studier hvor det ble innhentet informasjon vedrørende CI-brukerens situasjon de første fem årene etter implantering, samt på undersøkelsestidspunktet. Den igangværende studie 3, av tosidig simultan implantasjon, har en prospektivt longitudinell design, hvor data samles inn ved kliniske kontroller etter 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36 og 48 måneders CI-bruk. Antall barn testet på de ulike kontrollene varierer grunnet manglende oppmøte til kontroll eller vegring hos barna mot å gjennomføre testen. Barnas reseptive og ekspressive talespråk ble testet med Mullen Scales of Early Learning (MSEL) (Mullen 1995). Resultater fra MSEL er uttrykt i T-score med et normativt gjennomsnitt på 50 og et standardavvik på 10. Barnas begrepsforståelse ble i tillegg testet med British picture vocabulary scale (BPVS) (Dunn mfl., 1982).

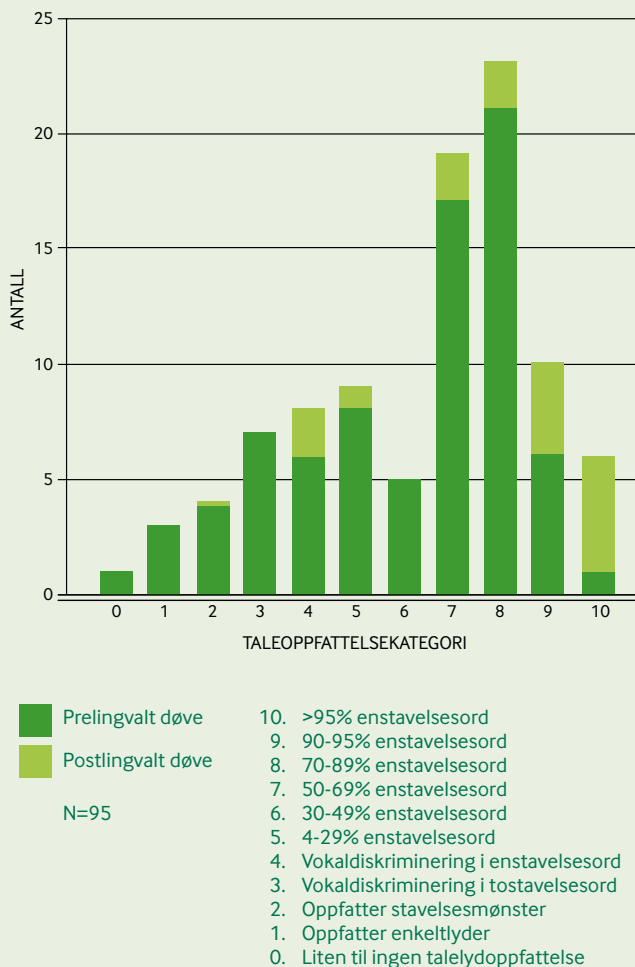
Resultatene er presentert med enkel beskrivende statistikk som frekvenstabeller og analysert med Pearson-korrelasjon og t-tester. Signifikansnivået var satt til $p = 0,05$. Multippel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke hva som kunne predikere og forklare variasjon. En lineær modell for gjentatte målinger ble brukt for å måle effekt av tidlig og sen implantasjon.

Resultater

Studie 1, de første barna med CI

TALEOPPFATTELSE

Resultatene viste en betydelig variasjon i oppfattelse av enstavelsesord, fra 2% til 96% korrekt, med gjennomsnittlig taleoppfattelse på 63% hos prelingvalt døde. 28 (35%) av de 79 prelingvalt døde barna oppfattet 70% eller mer og kan sammenlignes med hørselshemmede som har et hørselstap fra 40 til 60 dB HL pluss et godt tilpasset høreapparat. Figur 1 viser fordelingen av taleoppfattelse inndelt i taleoppfattelseskategorier.



FIGUR 1. Taleoppfattelse (oppfattelse av enstavelsesord) hos de første pre- og postlingvalt døde barn med CI i Norge (studie 1).

Multippel regresjonsanalyse viste at daglig CI-bruk (0.368, $p < 0,001$) var den sterkeste prediktoren for variasjonen i taleoppfattelse, fulgt av nonverbal intelligens (0.331, $p = 0.001$), språk- og kommunikasjonsform (0.257, $p = 0.008$), brukstid (0.251, $p = 0.005$), og til slutt læringsmiljøet (0.156, $p = 0.097$). Samlet forklarte variablene 50% av variasjonen i taleoppfattelse. Best taleoppfattelse ble funnet hos dem som brukte implantatet mest hver dag, hadde høyest nonverbal intelligens, hadde størst innslag av talespråklig (oral/verbal)

kommunikasjon, hadde lengst implantattid og tilbrakte mest tid i vanlige opplæringssituasjoner. Analyse av variasjonen i individuell vekst i taleoppfattelse viste størst individuell vekst pr. år hos brukere som var yngst ved implan- tasjon (0.460, $p<0,001$), hadde kortest implantattid (0.459, $p<0,001$), var født døve (0.340, $p=0.002$), og som tilbrakte det meste av opplæringstiden i vanlige opplæringssituasjoner (0.320, $p=0.004$). Samlet forklarte variablene 56% av varia- sjonen i individuell vekst i taleoppfattelse.

OPPLÆRINGSSITUASJON OG VALG AV SPRÅK OG KOMMUNIKASJONSFORM

96% av barna hadde gått i barnehage. Like mange pre- lingvalt døve brukere var i vanlig barnehage/skole (40%) som i spesialbarnehage/-skole for døve (40%). I tillegg var 20 % i enheter/klasser med hørselshemmede integrert i en ellers ordinær barnehage/skole. De fleste CI-brukerne ble værende i den opplæringssituasjonen de valgte det første året etter implantering. De fleste barna (71%) var i opp- læringssituasjoner som falt inn under opplæringslovens paragraf 2.6, som blant annet gir hørselshemmede barn krav på opplæring både i og på tegnspråk og hvor målet var å lære både tegnspråk og norsk. I studie 3 anvendes definisjonen av tegnspråk som et rent visuelt språk med en syntaks for- skjellig fra norsk talespråk og hvor man ikke anvender tale/ stemme. Videre hadde 20% en auditiv oral/verbal habili- tering og et mål om kun å lære talespråk (uten bruk av tegn), og 9% brukte primært visuell kommunikasjon.

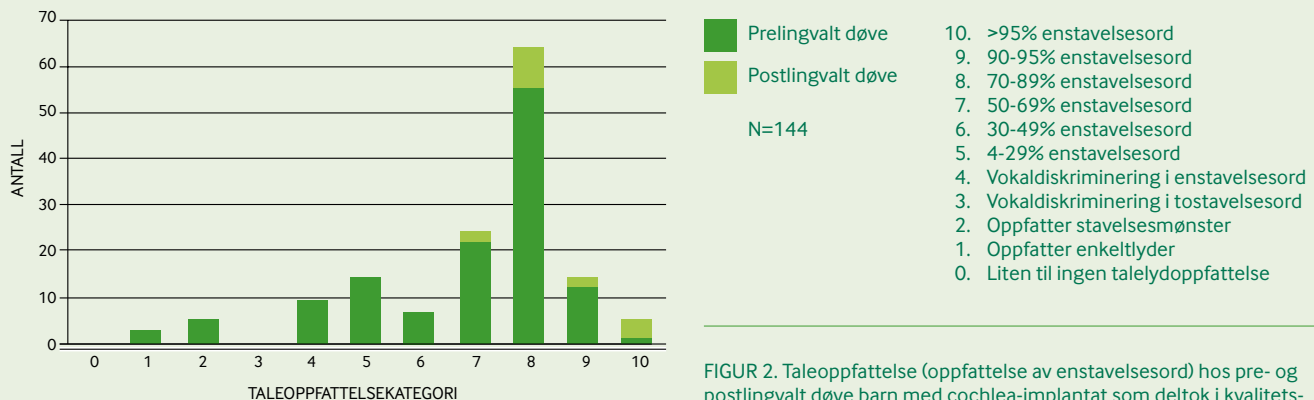
TRIVSEL

De fleste av foreldrene (92%) oppga at de var svært godt/ godt fornøyd med at barnet har fått cochleaimplantat. Hos de fleste brukerne med minst ett års brukstid (68%) mente foreldrene og pedagogene å se bedre selvtilitt hos barna sammenlignet med barnas selvtilitt før implantrasjon. På en indeksskala fra 1 til 5 over barnas trivsel i dagliglivet var medianskåren 4.1. Det var sammenheng mellom høy skåre på trivsel og lav operasjonsalder (0.388, $p<0,001$), best tale- oppfattelse (0.309, $p=0.002$), størst innslag av talespråk i undervisningen (0.230, $p=0.017$) og at det var andre søsken i familien som hadde CI (0.220, $p=0.012$).

Resultater fra Studie 2, kvalitetskontroll

TALEOPPFATTELSE

Hos de 144 barna (av utvalget på 215 pre- og postlingvalt døve) som kunne gjennomføre taleoppfattelsestesten (i forhold til alder/modenhet), og som hadde hatt implantatet i mer enn ett år, viste resultatene en betydelig variasjon. Gjennomsnittlig gjenkjente barna fra 50 til 70% av ordene, mens 58% av barna gjenkjente 70% eller mer. Av de 131 pre- lingvalt døve barna som gjennomførte testen, oppfattet 54% av barna 70% eller mer (Figur 2). Resultatene fra multippel regresjonsanalyse over variasjonen i taleoppfattelse hos pre- lingvalt døve med komplette data ($N=125$) viste at brukstid (0.306, $p < 0,001$), daglig brukstid (0.222, $p=0.012$), språk- og kommunikasjonsform i hjemmet (0.222, $p=0.012$), og ett versus to implantater (0.191, $p=0.016$) samlet sto for 33% av variasjonen i taleoppfattelse (justert $R^2=0.304$). Bedre tale- oppfattelse ble funnet hos dem som hadde lengst erfaring med CI, hadde størst innslag av talespråk og som hadde tosidig implantrasjon.



FIGUR 2. Taleoppfattelse (oppfattelse av enstavelsesord) hos pre- og postlingvalt døve barn med cochlea-implantat som deltok i kvalitetskontrollen i 2007 (studie 2).

TALETYDELIGHET OG SOSIAL FUNKSJON

Foreldre til et utvalg av prelingvalt døve barn som var 36 måneder eller eldre, og som hadde to eller flere års brukstid med CI, ble spurt om hvor forståelig de mente barnets talespråk var (N=146). På en femtrinnskala hvor skåre fem indikerte at talen var forståelig for alle og skåre én indikerte at talen ikke var forståelig av noen, krysset 31.5% av på skåre fem. Videre krysset 32.9% av på skåre fire, 21.9% på skåre tre, 5.5% på skåre to og 8.2% på skåre én. Videre analyser viste at det var signifikant moderat til sterk sammenheng mellom god sosial funksjon og hvor godt barna kunne gjøre seg forstått på talespråket i hjemmesituasjon ($r=.404$, $p<0,001$, $n=143$), på fritiden ($r=.459$, $p<0,001$, $n=142$) og i opplærings-situasjon ($r=.372$, $p<0,001$, $N=144$) (Hasmo 2008).

OPPLÆRINGSSITUASJON OG VALG AV SPRÅK OG KOMMUNIKASJON

Ifølge foreldrene var de fleste av barna i studie 2 (67%) i en ordinær opplæringsituasjon, 11% var i grupper/klasser for hørselshemmede og 22% var i spesialbarnehage/spesialscole. Talespråk uten tegnstøtte var hovedkommunikasjonsform i undervisningen hos 45% av barna, mens 38% anvendte talespråk med tegnstøtte, og 17% brukte både tegnspråk og talespråk. Ved beskrivelse av språk- og kommunikasjonsform brukt hjemme oppga 52% at de kun brukte talespråk, 40% brukte tale støttet av enkelttegn og 8% brukte tegnspråk.

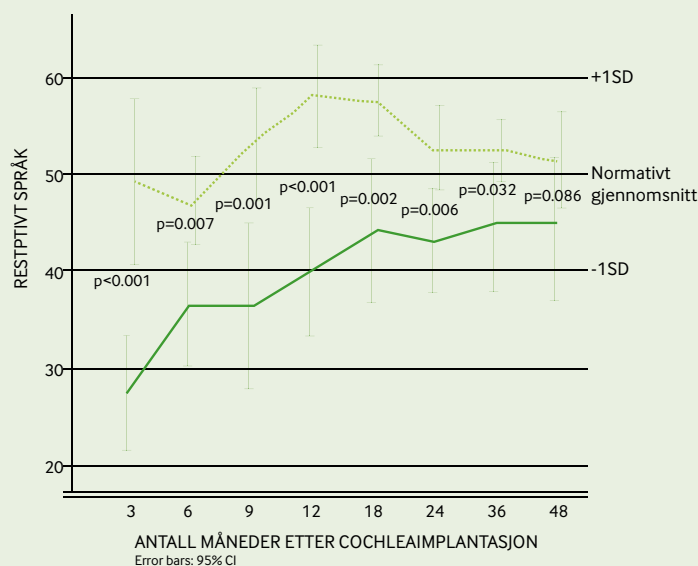
Resultater fra studie 3, tosidig simultan cochleaimplantasjon fra 5 til 18 måneder

TALEOPPFATTELSE

Gjennomsnittlig skåre for beste taleoppfattelse hos barna med simultan tosidig CI fra de var 5 til 18 måneder var 79,5 (SD=9), signifikant lavere enn hos referansegruppen av normalhørende barn 93,0 (SD=6,2) ($t=5,6$, $df=39$, $p<0,001$).

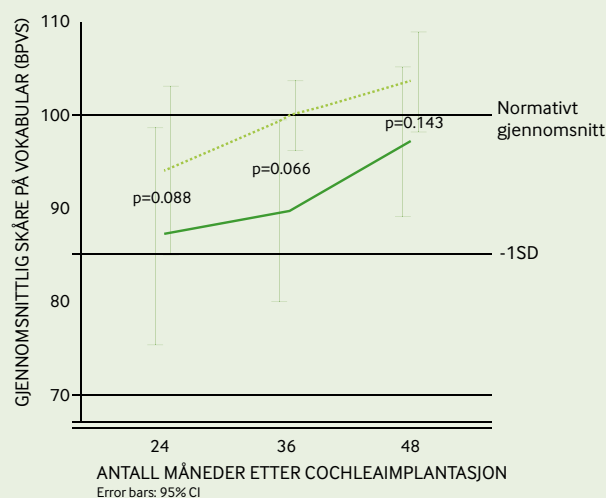
RESEPTIVT OG EKSPRESSIVT TALESPRÅK

Resultater fra Mullen Scale of Early Learning (MSEL) for reseptivt talespråk viste at CI-brukere etter 3 til 9 måneder i gjennomsnitt oppnådde skåre som lå mer enn ett standardavvik lavere enn det normative gjennomsnittet hos barn generelt (figur 3). Ved postoperative kontroller fra 12 til 48 måneder var imidlertid CI brukernes gjennomsnittlige skåre innenfor den normalvariasjonen vi finner hos normalt-hørende barn. Ved alle testtidspunktene skåret barna med CI lavere enn barna i referansegruppen, men forskjellen i skåre minket med økt alder og CI-brukstid. Ved 48-månederskontrollen var det ikke signifikant forskjell på skåre hos barn med CI og barn med normal hørsel (45,08 versus 51,45). Resultater fra vokabulartesten BPVS viste at det etter 24, 36 og 48 måneder med CI ikke var signifikante forskjeller i skåre hos barna med CI og barna med normal hørsel. Alle gjennomsnittsskåre lå innen normal-variasjonen (fig. 4).



— Barn med cochleaimplantat	N=
— Barn med normal hørsel	3 mnd: CI=11, NH=6
	6 mnd: CI=11, NH=10
	9 mnd: CI=12, NH=14
	12 mnd: CI=16, NH=16
	18 mnd: CI=17, NH=17
	24 mnd: CI=20, NH=20
	36 mnd: CI=18, NH=18
	48 mnd: CI=11, NH=11

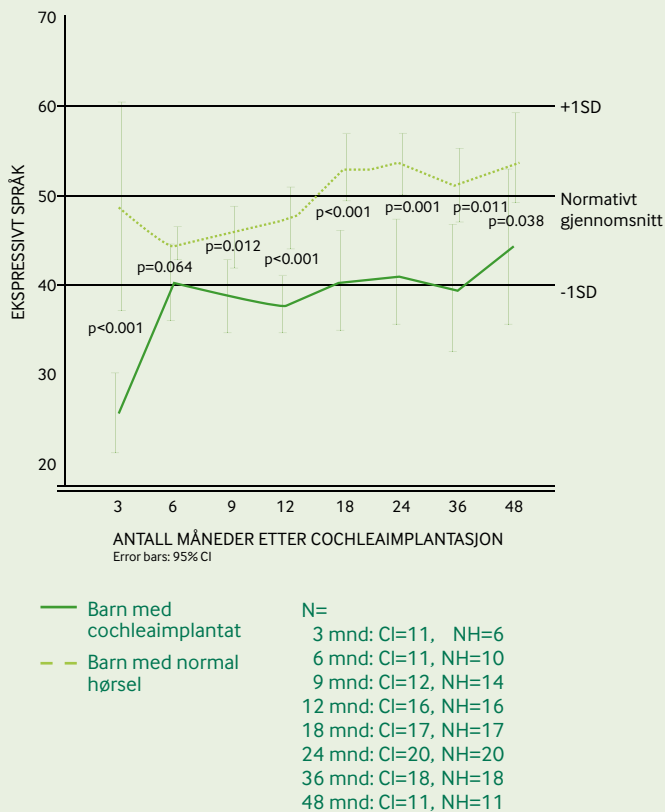
FIGUR 3. Reseptiv språkferdigheter over tid (målt med Mullen Scales of Early Learning) hos prelingvalt døve barn med cochleaimplantat sammenlignet med barn som hører normalt og som er matchet barna med CI i alder og kjønn. ifølge. Noter at ikke alle barna har data på hvert målepunkt. (Studie 3).



— Barn med cochleaimplantat	N=
— Barn med normal hørsel	24 mnd: CI=15, NH=18
	36 mnd: CI=18, NH=18
	48 mnd: CI=11, NH=11

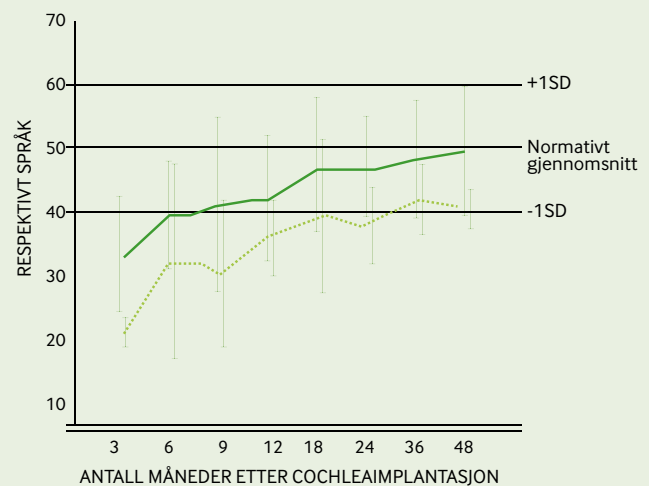
FIGUR 4. Reseptiv språkferdigheter over tid (målt med Births Picture Vocabulary Scale (BPVS)) hos prelingvalt døve barn med cochleaimplantat sammenlignet med barn som hører normalt og som er matchet barna med CI i alder og kjønn. Noter at ikke alle barna har data på hvert målepunkt. (Studie 3).

Resultater fra MSEL for ekspressivt talespråk viste at barna med CI på 6 - til 36-månederskontrollene oppnådde skårer nær minus ett standardavvik fra det normative gjennomsnittet hos barn generelt (figur 4). Ved postoperative kontroller fra 18 til 48 måneder var imidlertid CI-brukernes gjennomsnittlige skåre innenfor den normalvariasjonen vi finner hos normalthørende barn. CI-brukernes gjennomsnittsskåre på 3- til 48-månederskontrollen var signifikant lavere enn i referansegruppen av barna med normal hørsel, men forskjellen i skåre minket med økt alder og CI-brukstid. Ved 48-månederskontrollen var gjennomsnittsskåre hos barn med CI 44,5, og 54,5 hos barn med normal hørsel.

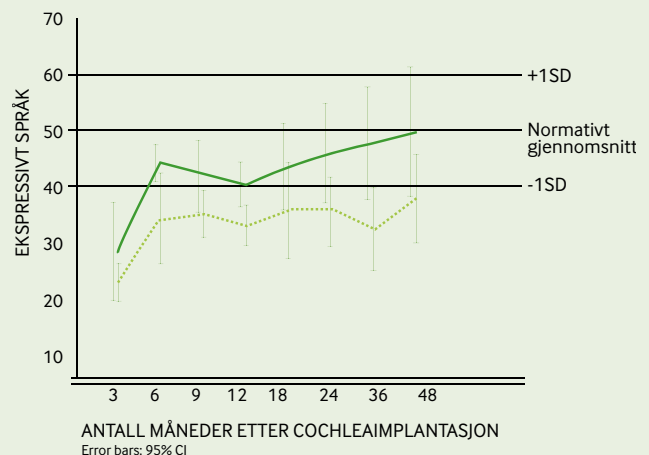


FIGUR 5. Ekspressive språkferdigheter over tid (målt med Mullen Scales of Early Learning) hos 21 prelingvalt døve barn med cochleaimplantat sammenlignet med 21 barn som hører normalt og som er matchet barna med CI i alder og kjønn. Noter at ikke alle barna har data på hvert målepunkt. (Studie 3).

Ved sammenligning av talespråkferdigheter hos barn implantert innen 12 måneder i forhold til barn implantert fra 12 til 18 måneder, oppnådde de tidlig implanterte barna høyest gjennomsnittlige skåre ved alle testtidspunktene (figur 6). En statistisk analyse av gjentatte målinger med inntil tre års oppfølging viste at barn implantert før 12 måneders alder (N=13) hadde signifikant høyere gjennomsnittlig skåre på reseptivt og ekspressivt talespråk, henholdsvis 9.6 (95% CI 0.8 – 18.4) $p=0.034$ og 10.5 (95% CI 3.3 – 17.6) $p=0.006$, enn de implantert fra 12 til 18 måneders alder (N=8).



Alder ved cochleaimplantasjon	N=
— 5-12 måneder	3 mnd: 5-12:6, 12-18 mnd: 5
- - 12-18 måneder	6 mnd: 5-12:7, 12-18 mnd: 4
	9 mnd: 5-12:6, 12-18 mnd: 5
	12 mnd: 5-12:10, 12-18 mnd: 5
	18 mnd: 5-12:10, 12-18 mnd: 6
	24 mnd: 5-12:11, 12-18 mnd: 8
	36 mnd: 5-12:12, 12-18 mnd: 8
	48 mnd: 5-12:8, 12-18 mnd: 5



FIGUR 6. Reseptiv og ekspressive språkferdigheter over tid (målt med Mullen Scales of Early Learning) hos barn som har fått cochleaimplantasjon fra 5 - 12 måneder sammenlignet med barn som har fått cochleaimplantasjon fra 12 - 18 måneder. Noter at ikke alle barna har data på hvert målepunkt. (Studie 3).

Fortolkning og refleksjon om videre utvikling

De tre studiene som her rapporteres har en naturlig progresjon, da man i studie 1 var primært interessert i om barna kunne gjenkjenne tale med et CI og hva som eventuelt kunne forklare variasjonen i evne til taleoppfattelse. Deretter ble det i studie 2 sett på om barna selv kunne snakke og bruke talespråk og hvordan hørsel og talespråket påvirket deres trivsel og sosiale relasjoner. I den siste studien, studie 3, var det fokus på utviklingen av reseptive og ekspressive talespråkferdigheter og i hvilken grad disse kunne sammenlignes med dem vi finner hos normalthørende barn.

Resultatene fra studie 1 av de første døve barna med CI i Norge, viste at ensidig cochleaimplantasjon ga brukerne mulighet til å oppfatte og gjenkjenne tale, men at spredningen i taleoppfattelse var stor. De viktigste forklarende variabler blant de prelingvalt døve barna (som oppfattet tale best?) var lengst daglig brukstid av CI, god nonverbal intelligens, økt bruk av talespråk i daglig kommunikasjon og lengst

brukstid av CI. Resultatene fra studien samstemmer med flere andre samtidige studier (Geers, mfl. 2003; Tomblin, mfl. 2007).

I studie 2, kvalitetskontrollen, kommer noen av endringene i habiliteringstilbudet til syne. Den største endringen ble funnet i valg av språk og kommunikasjonsform, hvor bruk av tegnspråk var redusert fra 73% i studie 1 til 17% i studie 2, kvalitetsstudien (tabell 2). Vi observerte samtidig en økning i bruk av talespråk i kombinasjon med tegn som støtte. Videre fremkom det endringer i valg av opplæringssted, da en større andel (67% i studie 2 mot 46% i studie 1) valgte å ha barna i vanlig opplærings situasjon fremfor i spesialbarnehage/-skole eller spesialgruppe/-klasse. Tallene kan imidlertid i noen grad være påvirket av at det ble innhentet svar både fra foreldre og pedagoger i data fra 2005 (studie 1), mens foreldre var informanter alene i 2007 (studie 2).

TABELL 2: Valg av språk og kommunikasjonsform og av opplæringssted blant barn med cochleaimplantat slik det er rapportert i to studier fra henholdsvis 2005 og 2007.

		2005	2007
		(n=92)	(n=199)
Valg av språk og kommunikasjonsform i opplæring	Tegnspråk og talespråk	73 %	17 %
	Talespråk med støtte av enkeltegn	13 %	38 %
	Talespråk	14 %	45 %
		(n=92)	(n=204)
Valg av opplæringssted	Spesialbarnehage/skole	34 %	22 %
	Hørselsgruppe/klasse	20 %	11 %
	Ordinær barnehage/skole	46 %	67 %

Med hensyn til talespråkets betydning for barnas trivsel, indikerer resultater fra studie 2 at det er sammenheng mellom hvor tydelig tale barna produserer og barnas trivsel i barnehage, i skole og på fritiden. Resultatet kan tolkes slik at selv om barna fungerer som hørselshemmede, så vil det være av vesentlig betydning for deltakelse at de selv kan bruke talespråket i kommunikasjon.

Samtidig med en gradvis endring i rehabiliteringsstilbudet har det kommet en endret klinisk praksis, hvor barnas alder ved implantasjon er senket, og CI per i dag tilbys fra 5-måneders alder. Fra 2004/2005 ble alle barn tilbudt tosidig implantasjon dersom det ikke forelå medisinske kontraindikasjoner. Initialt til studie 3 av de yngste barna som har fått slik behandling, var hypotesen at tosidig auditiv stimulering tidlig i livet vil være gunstig for utvikling av auditive ferdigheter (Brown, 2007; Gordon og Papsin, 2009; Tait mfl., 2010) og ha en gunstig påvirkning på flere kognitive funksjoner grunnet større plastisitet i hjernen (Sharma mfl., 2009; Wie mfl., 2010). Spørsmålet var om behandlingen ga god nok og tidlig nok hørsel til at barna kunne utvikle et funksjonelt talespråk på linje med normalthørende barn. Resultatene fra studie 3 viste at 81% av barna etter 12 til 48 måneder med CI hadde utviklet reseptive talespråkferdigheter, og 57% hadde utviklet ekspressive talespråkferdigheter innenfor normalvariasjonen vi finner hos barn på samme alder. De fleste av barna i denne studien utviklet talespråkferdigheter i et raskere tempo enn hørealdren skulle tilsi. Resultatene er lovende, men vi vet ikke om barna vil fortsette denne utviklingen og vil få/bevare aldersadekvate talespråkferdigheter når de blir eldre og møter nye språklige utfordringer som for eksempel i leseopplæringen. Antall barn som har fått denne behandlingen er fremdeles lavt. Hay-McCutcheons (2008) fant at forskjellen i språkferdigheter hos ensidig og tidlig implanterte døve barn og normalthørende barn økte med alderen. Barna som deltar i studie 3 vedrørende effekten av tidlig simultan tosidig cochleaimplantasjon, skal følges opp til de har hatt cochleaimplantat i 6 år. Denne oppfølgingen vil gi mer kunnskap om barna vil kunne bevare eller oppnå talespråkferdigheter sammenlignbare med normalthørende barns utvikling.

De siste årenes utvikling, hvor barn ned i 5-månedersalder får cochleaimplantasjon på begge ørene, har resultert

i at vi i Norge i dag har mange døve barn som forstår og anvender talespråk tilnærmet likt eller på lik linje med normalthørende barn. De som har fått CI før 12 måneder, oppnådde skårer innenfor normalområdet etter omkring 12 måneder, mens de som fikk CI fra 12 til 18 måneder, brukte gjennomsnittlig 48 måneder på å oppnå tilsvarende ferdigheter. Resultatene indikerer at jo tidligere barna får CI, jo større mulighet har de for å kunne utvikle aldersadekvate talespråkferdigheter raskt. Resultatene samstemmer således med tidligere studier av prelingvalt døve barn med ensidig CI (Dettman mfl. 2007, Ching mfl. 2008, Miyamoto mfl. 2008, Vlastarakos mfl. 2010, Cosetti og Roland 2010). Med innføringen av neonatal hørselsscreening er det forventet en økning i barn som får denne behandlingen.

Som resultatene av de tre studiene viser, er det blant barn som har fått cochleaimplantat i Norge, stor variasjon i deres hørselsfunksjon, taleoppfattelse, taletydelighet, reseptiv og ekspressiv talespråkferdighet, da brukergruppen omfatter barn som er multifunksjonshemmede, barn som får CI i ulike aldre og som har ulik hørselserfaring før implantasjon. I kommunikasjon anvendes alt fra et rent talespråk, med og uten bruk av munnnavlesning og tegn som støtte, et rent tegnspråk eller også en kombinasjon av flere språk og kommunikasjonsformer. Bruk av individuell plan til barn som får cochleaimplantasjon, er anbefalt for å sikre god koordinering mellom ulike tjenesteytere samt et godt samarbeid mellom sykehus og kommune. Viktige mål er å sikre god og individuell habilitering slik at barna kan få best mulig nytte av cochleaimplantatet med hensyn til hørsel, talespråk og til kognitiv utvikling. ■

NOTER

- PTA** (Pure Tone Audiometry) Rentoneaudiometri er en type hørselstest hvor man søker å finne type og grad av hørselstap.
- HØREALDER** er den tiden en har hatt tilgang på auditiv informasjon.

REFERANSER

- BROWN, K.D., BALKANY, T.J.** (2007). Benefits of bilateral cochlear implantation: a review, *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 5 (5) 315–318.
- BRÅTEN, S.** (2007). Dialogens spill i barnets og språkets utvikling. Abstrakt forlag AS. Oslo.
- CHING, T.Y., DILLON H. OG DAY J.** (2008). Early language outcomes of children with cochlear implants: interim findings on the NAL study on longitudinal outcomes of children with hearing impairment. *Cochlear Implants Int.* 10, 28–32.
- COSETTI, M. OG ROLAND J.T. JR.** (2010). Cochlear implantation in the very young child: issues unique to the under-1 population, *Trends Amplif.* 14 (1) 46–57.
- DETTMAN, S.J., PINDER, D., BRIGGS, R.J., DOWELL, R.C. OG LEIGH, J.R.** (2007). Communication development in children who receive the cochlear implant younger than 12 months: risks versus benefits, *Ear Hear.* 28, 11–18.
- DUNN, L.M., WHETTON, C. OG PINTILIE, D.** (1982). *British Picture Vocabulary Scale*. Windsor: NFER-NELSON. Education Act (1981). London: HMSO.
- GEERS, A., BRENNER C. OG DAVIDSON L.** (2003). Factors associated with development of speech perception skills in children implanted by age five. *Ear Hear.* 24 (1) 24–35.
- GORDON, K.A. OG PAPSIN, B.C.** (2009). Benefits of short interimplant delays in children receiving bilateral cochlear implants, *Otol. Neurotol.* 30 (3) 319–331.
- HART, B. OG RISLEY T. R.** (1999). *The Social World of Children Learning to Talk*. Baltimore: Brookes Publishing Co.
- HASMO, L.** (2008). Hørselshemmede barn med cochleaimplantat. Masteroppgave. Oslo: Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.
- HAY-MCCUTCHEON, M. J., KIRK, K. I., HENNING S. C., GAO, S. OG QI, R.** (2008). Using early language outcomes to predict later language ability in children with cochlear implants. *Audiol. Neurotol.* 13(6) 370–378.
- KUHL, P.K.** (2010) HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20826304>» Brain mechanisms in early language acquisition. *Neuron.* 9;67(5) 713–27. Review.
- MIYAMOTO, R.T., HAY-MCCUTCHEON, M.J., KIRK K.I. MFL.** (2008). Language skills of profoundly deaf children who received cochlear implants under 12 months of age: a preliminary study, *Acta Otolaryngol.* 128, (4) 373–377.
- MOELLER, M.P.** (2007). Current state of knowledge: language and literacy of children with hearing impairment. *Ear Hear.* 28 (6) 740–753, Review.
- MULLEN, E.** (1995). *Manual for the Mullen Scales of Early Learning*. MN, AGS Edition. Circle Pines, American Guidance Service Inc.
- SHARMA, A., DORMAN, M.F. OG KRAL A.** (2005). «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15855038>» The influence of a sensitive period on central auditory development in children with unilateral and bilateral cochlear implants. *Hear Res.* 203 (1-2) 134–43.
- SHARMA, A., NASH, A.A. OG DORMAN M.** (2009). Cortical development, plasticity and reorganization in children with cochlear implants.
- «javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'J'%20Commun%20Disord.!)» \o «Journal of communication disorders.» *J Common Disord.* 42 (4) 272–9.
- SNOW, C.E., TABORS, O.P. OG D.K. DICKINSON** (2001). *Language development in the preschool years. I: Dickinson DK, Tabors PO, Red. Beginning Literacy with Language*. Baltimore, Brookes Publishing Co, 1–25.
- STATENS HELSETILSYN** (2000). *Veileder i habilitering og rehabilitering av mennesker med synstap og hørselstap*. IK-2715, s 26.
- TAIT, M., NIKOLOPOULOS, T.P., DE RAEVE, L., JOHNSON, S., DATTA, G., KARLTORP, E. MFL.** (2010). Bilateral versus unilateral cochlear implantation in young children, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 74 (2) 206–211.
- TOMBLIN, B.J., BARKER, B.A. OG HUBBS, S.** (2007). Developmental constraints on language development in children with cochlear implants. *Int. J. Audiol.* 46, 512–523.
- VLASTARAKOS, P.V., PROIKAS, K., PAPACHARALAMPOUS G., EXADAKTYLOU, I., MOCHLOULIS, G. OG NIKOLOPOULOS, T.P.** (2010). Cochlear implantation under the first year of age—the outcomes. A critical systematic review and meta-analysis. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 74 (2) 119–126.
- WIE, O.B., FALKENBERG, E.S., TVETE, O. OG TOMBLIN, B.** (2007). Children with cochlear implant: characteristics and determinants of speech recognition, speech-recognition growth rate, and speech production. *Int. J. Audiol.* 46, 232–243.
- WIE, O.B., PRIPP, A.H. OG TVETE O.E.** (2010). Unilateral Deafness in Adults: Effects on Communication and Social Interaction. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 119, 772–781.
- WIE, O.B.** (2010). «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20800293>» Language development in children after receiving bilateral cochlear implants between 5 and 18 months. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 74 (11) 1258–66.

Skolen for alle – ein skole utan meining for mange?

AV TORFINN LANCELID

Kan positive skoleerfaringar føre til mindre kriminalitet og slik fungere som ein vernande faktor mot uønska åtferd? Hilde Larsen Damsgaard og Erling Kokkersvold har i boka *Ungdom på ville veier. Skoleerfaringer og kriminalitet* intervjuar 23 unge menneske mellom 18 og 27 år. Dei var alle i ein risikosituasjon som 14–15 åringer. Gjennom å sjå tilbake på livet sitt, gir dei sine forteljingar i høve til familiebakgrunn, oppvekstvilkår, sjølvbilete, forhold til vener, rus og kriminalitet. Forfattarane har delt ungdommane i to grupper: *De lovlydige* som på intervjudispunktet hadde slutta med kriminalitet og var i skole eller arbeid. Den andre gruppa er *De fengslede* som hadde halde fram med kriminelle handlingar og var i fengsel på intervjudispunktet.

De lovlydige fortel om vanskelege oppvekstvilkår med valdsbruk og foreldre med høgt alkoholforbruk. Ungdommane har fått for mykje ansvar tidleg i livet. I stor grad har far vore fråverande. Blant *De fengslede* fortel eit fleirtal litt overraskande at dei budde saman med både foreldra då dei var barn og ungdom, og dei fleste seier også at dei hadde det bra i ungdomsalderen. På spørsmål om familien hadde behov for hjelp, svarar halvparten i denne gruppa ja. I høve til seg sjølv og venene sine omtalar ungdommane seg som problematiske i 14–15 årsalderen. Dei opplever denne tida som vanskeleg. Dei har ikkje hatt det godt. «Jeg hadde det ikke bra i det hele tatt. Den tida var det verste jeg har hatt i livet.» Rusbruk var vanleg i fleire av miljøa. Det er og

urovekkjande at ein av dei intervjuar seier han kjenner fleire som fekk rusproblem gjennom idrettsmiljøet. For mange av dei som nytta rusmiddel i 14–15 årsalderen, blei det etter kvart snakk om dagleg misbruk. Aukande rusbruk fører også til kriminelle handlingar.

Kva rolle spela skolen for desse ungdommane? Det handlar om å mislike skolen eller opplevingar av å bli avvist av skolen sitt personale. Mange opplevde at dei var uønska av lærarar i vanleg skole. Korleis reagerer skolen på «vanskelege» elevar, på uønska åtferd? Ofte med neglisjering og utstøying. Desse elevane opplevde at dei ikkje blei tatt på alvor og at skolen ønska å bli kvitt dei. Sjeldan opplevde dei meistring, dei sakna å bli sett og forstått.

Ungdommane sjølv har eit klart bilete av korleis «ønskelæraren» skal vera: *Han skal være rettferdig, men myndig. Det skal ikke være noen tvil om hvem som er sjefen. ... Han skal også ha gode evner til å prate med elevene.*

Dei alternative skolane får god omtale. Det er ein del av *De lovlydige* som blir overført til desse skolane. Her oppgir alle at dei treivst godt. Det er fordi dei fekk god hjelp av lærarane med skolefaga, og at praksis blei knytt til teorien. Opplevingane av å meistre auka i dei alternative tiltaka fordi dei kunne arbeide med noko praktisk og fordi dei fekk meir hjelp og tettare oppfølging. Dette må vera eit klart signal til skolestyresmaktene i arbeidet med å redusere fråfallet i vidaregåande skole. I større

grad knytte desse skolane praksis og teori saman. Som ein elev uttrykte de: *Skolen var et sted jeg gleda meg til å komme på.*

Ungdommane gir ikkje skolen ansvaret for at dei har kome på ville vegar. Det er eit sett av faktorar som har gjort at ein del har hamna i kriminalitet. Men dei etterlyser læraren som forstår, bryr seg, møter dei med respekt og som dei kan ha tillit til. I ein slik samanheng kan skolen vera kriminalitetsførebyggjande. Gje dei trua på at dei sjølv er i stand til å meistre framtida. Forfattarane stiller det kritiske spørsmålet om vi primært har ein skole for dei elevane som tilpassar seg nokså bra, og som ikkje treng ekstra ressursar.

I tillegg til sjølv undersøkinga har dei ein verdfull historisk gjennomgang av barn og unge i rettssystemet og kva slags alternativ til fengsel som har vore prøvd opp gjennom tidene. Barnevernsinstitusjonar i privat regi har hatt ein stor auke dei siste tjue åra, slik at dei i dag er om lag like mange som dei offentlege. Og som forfattarane lakonisk uttrykkjer det: *Det kan minne om tiden før vergerådsloven og de første redningsanstaltene som ble startet av private velgjørere. I dag handler nok den private delen av barneomsorgen mer om økonomisk overskudd og utbytte enn filantropi.* Dei tiltaka som kan vise til dei beste resultatane for den mest belasta gruppa, er bu- og arbeidskollektiva.

Gjennom intervjuar som ligg til grunn for boka, har forfattarane tatt dei unge på alvor. Ungdommane kjem fram med sine såre opplevingar som

er særs nyttig kunnskap som polititarar, lærarar, ungdomsarbeidarar, barnevernstilsette bør lesa og ta innover seg. Forfattarane skriv lett og poengtert. Boka har i tillegg mykje verdfull kunnskap om den historiske konteksten dei ulike tiltaka for «uartige barn» går inn i, og må difor bli pensum på alle pedagogiske høgskeolar og lærestader som tilbyr sosialfagleg utdanning.



Hilde Larsen Damsgaard og
Erling Kokkersvold
UNGDOM PÅ VILLE VEIER
SKOLEERFARINGER OG KRIMINALITET
Unipub
ISBN: 9788274775176

Systematisk refleksjon i fokus

AV VIGDIS HEGG

Miljøarbeid utføres på mange arenaer, forfatterne tar til orde for at det skal stilles noen krav til hvordan profesjonelt miljøarbeid skal gjennomføres. Profesjonelt miljøarbeid bygger på at arbeidet er systematisk og refleksivt, noe som også gjenspeiles i boka undertittel. Her presenteres en systematisk arbeidsmodell som gir rammer for hvordan miljøarbeid kan utføres i praksis. Vurderinger, evalueringer og dokumentasjon vektlegges under arbeidets gang, slik at målene og tiltakene kan justeres underveis. Forfatterne søker å ha et sosialpedagogisk blikk på arbeid med barn, unge og deres familier, samtidig som det trekkes paralleller fra forskningsprosessen til miljøarbeidets faser. Den systematiske arbeidsmodellen boken presenterer, er utviklet gjennom mange års undervisning i stadig kontakt med praksisfeltet. Den første fasen omhandler kartlegging, så følger problemformulering, målformulering, planlegging av intervensjoner, iverksetting av intervensjoner og til slutt evaluering. «Arbeidsmodellen bør oppfattes som et hjelpemiddel, ikke som en manual for hvordan miljøarbeidet skal organiseres. Den beskriver ulike faser i en systematisk arbeidsprosess, men i praksis kan man gjerne stokke om på oppgavene, vektlegge de ulike fasene ulikt og kanskje også endre rekkefølgen.» Innledende faser forbereder intervensjonen, handlingsdelen av modellen, så settes intervensjonen i verk, og i siste fase evalueres innsatsen. Når dette er tuftet på honnørordene *systematikk* og *refleksjon*, så blir boka budskap helhetlig og faglig

overbevisende. Jeg synes for øvrig at kapitlene om observasjon var de minst interessante, men dette temaet bør også belyses i en grunnbok i miljøarbeid.

Intensjonen med boka var blant annet å øke refleksjonsnivået i praksisfeltet. Jeg er overbevist om at bokas faglige bidrag om *hvordan* systematikk kan tas i bruk i møte med kompleksiteten, også vil styrke refleksjonen. Boka er lettlest med konkrete og praktiske eksempler som belyser teorien på illustrerende vis. Her er god repetisjon fra Sosialhøgskolen på 80-tallet, og boka bør være obligatorisk lesning for dagens studenter samt oss som er opptatt av å vedlikeholde profesjonell faglighet. Jeg har prøvd ut den systematiske arbeidsmodellen i praksis med sårbare familier, og jeg kan med glede melde at den fungerer i en kompleks kontekst. Boka anbefales derfor med faglig overbevisning – den løfter fram viktige perspektiv i møte med praksis.



Erik Grønmo og Jan Storø
MILJØARBEID I BARNEVERNET
SYSTEMATIKK & REFLEKSJON
Universitetsforlaget, 2010
152 sider
ISBN: 978-82-15-01722-8

Emosjonsregulering og oppmerksomhet

AV KIRSTEN FLATEN

Karl Jacobsen og Birgit Svendsen er både forfattere og redaktører av boka. De fleste kapitlene er samforfattet med andre. Om det er dette som har vært med på å gjøre teori og praksis så godt integrert skal være usagt, men balansegangen her er fint ivaretatt. Boken er informasjonstung og bruker kunnskap fra nevrologi og fysiologi som forståelsesbakgrunn for atferd. Men de fleste kapitler er innledet med narrativer (fortellinger) som gjør stoffet mer tilgjengelig. Leserne forstår hvor forfatterne vil hen med informasjonen når det blir brukt narrativer som «knagger» til å oppnå forståelse. Faguttrykk som blir brukt gjennom boken, har oftest påhengt en setning eller to der begrepet blir forklart. Så om forfatterne ikke har spart på fagterminologien, gjør ikke det boken vanskelig tilgjengelig. Heller tvert om; man lærer en mengde nye begreper og får finjustert forståelsen av noen begreper man kunne fra før. Boka åpner med 1000-kroners-spørsmålet: Hvordan skal vi møte et barn eller ungdom som kommer til terapi? Og forfatterne gjør sitt best for å svare på dette spørsmålet. Det er også en bok som tar opp i seg mye, og kan således nyttes som forståelsesramme for mange ulike typer møter og vansker. Man er innom tilknytningsteori der affektinntoning og felles fokus med barnet er et hovedbudskap. Det er greit å bli minnet på at dette slett ikke bare gjelder de aller minste barna.

Startpunkt

En rød tråd gjennom boken er at forståelse for barnets funksjon, både emosjonelt og forståelsesmessig, er det som skal utgjøre startpunktet for terapien. Forfatterne påpeker at terapi skal ha et individuelt preg, noe som ikke minst kommer til syne gjennom narrativene. For å forstå symptomene barn (og unge) kommer til terapien med, må man søke informasjon og forståelse for hvordan barnet har det med seg selv, familien, barnehage/skole og i venneflokken. Forfatterne mener at dette er viktigere enn å telle symptomer og sette diagnoser. Selv om boka lener seg tungt på Daniel Stern, er det ikke en agenda å promotere et spesielt program eller terapiform. Det er mer en bok som gir informasjon om hva som er viktig for å hjelpe barn og unge med bakgrunn i deres funksjon, både emosjonelt, kognitivt og oppmerksomhetsmessig. Å følge barnets oppmerksomhet er nødvendig for utvikling av inter-subjektiv relatering, der følelser kan deles. Her oppstår også den alliansen som danner grunnlaget for godt terapeutisk arbeid.

Emosjonsregulering

Emosjonsregulering blir gjennomgått på en god måte, både når det gjelder barn som har for mye og for lite av denne reguleringen. Forfatterne minner om at emosjonsregulering og oppmerksomhet blir påvirket av miljø, som igjen blir påvirket av kognitive prosesser og emosjoner. Den

evige runddansen med gjensidig påvirkning. Å sette det opp slik gjør at man lettere kan skjønne hvor stor påvirkning dagsform og personer kan få på atferd. Hjernefunksjon og emosjonsregulering blir gjennomgått på en forståelig måte, der samspillet mellom emosjon og kognisjon er konstant pågående. Gjennom barne- og ungdomsalderen differensieres følelseslivet i 9 grunnemosjoner (s. 33), noe som skal skje parallelt med evne til å regulere emosjonene. Dette er noe omsorgsgiver skal være delaktig i og blir av og til en jobb som terapeuten må videreføre. Vansker med emosjonsregulering viser seg jo også å være et av utfordringsområdene for barn og voksne med hyperkinetisk forstyrrelse (AD/HD). Boken er pedagogisk informativ om hva dette er og hvordan normalutviklingen av emosjonsregulering foregår. Forfatterne peker samtidig på hva mangel på emosjonsregulering kan ha å si for atferdsuttrykk.

Å bli møtt på følelser

Det å forstå og bli møtt på egne følelser, både positive og negative, er nødvendig for at barn skal utvikle sosiale evner. Forfatterne viser til at omsorgspersoner som ignorerer barnets negative følelser, ofte har barn med flere emosjonelle problemer og dårlige sosiale evner (s. 220). Det å bli akseptert også når man ikke viser akseptabel atferd, er faktisk nødvendig for å utvikle god emosjonell fungering. Selv om fagbøker sjelden er

tenkt å skulle leses fra perm til perm, er det å anbefale å lese kapitler 1–3 og 15, for å nyttiggjøre seg kapitlene som beskriver direkte terapi med bakgrunn i en spesiell problemstilling. Her får man bakgrunnsforståelse som gjør stoffet mer tilgjengelig, og boken blir mer interessant. Som det blir vist til i forordet, er det viktigste med terapi å øke barnets utfoldelse, vitalitet og trivsel. Symptomlette får komme som sekundærfølge av dette. Dette er noe denne leseren tolker i den retning at å gi bedre livskvalitet er viktigere enn å måle diagnosekriterier.



Karl Jacobsen og Birgit Svendsen
«EMOSJONSREGULERING OG OPPMERKSOMHET – GRUNNFENOMEN I TERAPI MED BARN OG UNGE»
 Fagbokforlaget, 2010
 ISBN 9788245007862
 270 sider



NES KOMMUNE

PP-RÅDGIVER / LOGOPED I PEDAGOGISK TJENESTE

Ved Pedagogisk tjeneste (PT) er det ledig en 100 % stilling som PP-rådgiver /spesialpedagog for tiltredelse snarest mulig. PT består av pedagogisk-psykologisk tjeneste og pedagogisk veiledningstjeneste. Tjenesten støtter skoler og barnehager i arbeid med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling. Vi arbeider med individ- og systemrelaterte oppgaver, inkl sakkyndighetsarbeid, for å legge opplæringa bedre til rette for elever / barn med særskilte behov.

Vi ønsker nye medarbeidere med hovedfag / mastergrad innen pedagogikk / spesialpedagogikk. Søkere med annen relevant utdanning vil bli vurdert. Det er ønskelig at den nye medarbeideren har kompetanse innenfor logopedi.

**Det vil bli lagt vekt på personlig egnethet.
 Søkere må ha førerkort og disponere bil.**

Spørsmål om stillingen kan rettes til leder av PT,
 Mona Andersen, tlf. 63 91 11 17.

Søknadsfrist 18.06.11.

Husk å merke søknaden med ref.nr 2011/1971 og ID-nr. 586.

Lønns- og tilsetningsvilkår etter gjeldende lover, reglement og tariffavtale. Medlemskap i Kommunal Landspensjonskasse. De som blir tilsatt, må legge frem politiattest før tiltredelse.

Papirsøknad med CV sendes Nes kommune, etat for skole og barnehager, postboks 114, 2151 Årnes.
 Kopier av attester og vitnemål tas med ved event. intervju.

Søkere oppfordres til å søke på elektronisk søknadsskjema, som ligger på Nes kommunes hjemmeside. Nødvendige opplysninger om utdanning og praksis må fylles ut.

Opplysninger om søkeren kan bli offentliggjort selv om søkeren har oppfordret om ikke å bli ført opp på søkerlisten. Dersom oppfordringen ikke blir tatt til følge, blir søkeren varslet om dette, jf. Offentleglova §25.



Vestre Viken HF

Vestre Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 450 000 mennesker i 27 kommuner i Buskerud, Vestfold, Akershus og Oppland. Helseforetaket har 6700 årsverk.

BUPA Bærum

Psykologspesialist/klinisk pedagog med nevrokompetanse – funksjonstillegg

Ved evt. internt opprykk, blir det ledig en behandlerstilling.

Kontaktinfo: Reidunn Høivik, Seksjonsleder, tlf. 416 17 772
Berit Victoria Sømme, Teamleder, tlf. 67 52 36 18

Søknadsfrist: 24.06.2011. Referansenr: 1041882316.

Vi ber om at du benytter vårt elektroniske søknadsskjema som du finner sammen med fullstendig utlysningstekst på våre hjemmesider – www.vestreviken.no



Ski kommune

"Ski skal være en kommune der innbyggerne har gode og stimulerende levekår og opplever tilhørighet".

BARNEHAGESEKSJONEN

SPESIALPEDAGOG / VERNEPLEIER

100 % stilling, vikariat fra 12.09.2011 – ca. 31.07.2012.

Stillingen inngår i Spesialpedagogisk team. Arbeidsområde er spesialpedagogiske tiltak med barn i barnehagealder, med hjemmel i opplæringsloven. Det søkes etter en person som spesielt skal arbeide med barn innen autismespekteret. Det er ønskelig med erfaring fra systematisk trening og strukturerte opplegg for barn. Det kreves grunnutdanning som førskolelærer, samt mastergrad i spesialpedagogikk eller utdanning tilsvarende 1. eller 2. avdeling spesialpedagogikk, eller annen relevant høyskoleutdanning f.eks. vernepleier. Lønn etter tariffavtale, avhengig av kvalifikasjoner og ansiennitet. Vanlige kommunale tilsetningsvilkår, arbeidstids- og ferieordninger.

Nærmere opplysninger ved seksjonsleder Irene Eriksen Mørk tlf. 64 87 84 69 eller barnehagekonsulent Ketil Aldrin tlf. 64 87 86 33.

Søknad m/ CV sendes fortrinnsvis elektronisk på <http://www.ski.kommune.no/NYHETER-OG-KUNNGJORINGER/Ledige-stillinger-i-ski-kommune/> Ved bruk av skriftlig søknad sendes søknad med CV, kopier av vitnemål og attester til Ski kommune, Barnehageseksjonen, postboks 3010, 1402 Ski. Den som settes må legge fram tilfredsstillende helseattest i forhold til tuberkulose og politiattest av ny dato.

Søknadsfrist 14. juni 2011.
Saksnr. 1108.



TRONDHEIM KOMMUNE

BYOMFATTENDE SYNSPEDAGOG FOR BARN OG VOKSNE

2. gangs utlysning

I Trondheim kommune, Barne- og familietjenesten, er det ledig 100% fast stilling som synspedagog fra 01.10.11.

Stillingen vil bestå blant annet av arbeid med barn og voksne, synsfunksjonsprøving/utredning av synsfunksjon, synstrening/stimulering, kartlegging av ADL og mobilitetsfunksjon, bistå foreldre til synshemmede barn og voksne synshemmede med utprøving og søknad om hjelpemidler og utarbeide tiltak.

Fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema finnes på www.trondheim.kommune.no. Nærmere opplysninger om stillingen rettes til enhetsleder Hilde Maaø Olsen, tlf 917 49 902 eller stedfortreder Rita Sand, 916 72 539

Søknadsfrist 17.06.11

spesialpedagogikk

Materiellfrister og utgivelser 2011

Nr.	Materiellfrist	Utgivelse
1	03. januar	21. januar
2	01. februar	18. februar
3	03. mars	25. mars
4	26. april	13. mai
5	19. mai	10. juni
6	08. august	26. august
7	01. september	23. september
8	29. september	21. oktober
9	27. oktober	18. november
10	14. november	09. desember



Spesialpedagogikk er det eneste norske tidsskriftet innenfor sitt fagfelt. Bladet kommer ut med 10 nummer i året.

La ikke sjansen gå fra deg til å holde deg orientert om hva som skjer på dette feltet!

Tegn abonnement nå!

Kr 150,- for medlem/studentmedlem av Utdanningsforbundet for 10 nummer.

Kr 450,- for ordinært abonnement for 10 nummer.

Du kan bruke epost: redaksjonen@spesialpedagogikk.no

Spesialpedagogikks nettsider:

- du kan bestille enkeltblader
- du kan abonnere på bladet
- på nettsiden ligger kortfattet omtale av alle artikler fra 1999
- finn bestemte temaer og forfattere ved å bruke søkerfunksjonen
- du kan få opplysninger om hvordan vi ønsker at artiklene skal utformes
- du kan finne stillingsannonser



www.spesialpedagogikk.no

Spesialpedagogikk, Postboks 9191 Grønland, 0134 Oslo

bidragsyttere: **Gunnar Opstad** er utdannet cand paed spec og klinisk pedagog. Han jobber ved BUP Bryne som er en del av Universitetssykehuset i Stavanger. **Knut Jevnaker** er utdannet lærer og har arbeidet mange år som lærer og skoleleder i Osloskolen, de siste fire årene ved Sykehusskolen. Han er spesielt opptatt av elevers motivasjon, læring og mestring til tross for alvorlige sykdommer og nedsatt helsetilstand. **Gunvor Sønnesyn** er cand.polit. med hovedfag i pedagogikk. Hun arbeider nå ved Pedverket Kompetanse i Voss. **Kari Aftret** er lærer og musikkterapeut. Hun arbeider nå som PP-rådgiver i Gran kommune på Hadeland. Hun har hovedfag i musikkterapi fra NMH og har musikkterapeutisk erfaring fra mange år i spesialinstitusjoner, skoler og barnehager for barn og unge med utviklingshemninger. Hun holder også kurs og forelesninger bl.a. for Norsk Musikkråd og foreningen Musikk fra livets begynnelse. **Bente Camilla Aars** er fysioterapeut utdannet ved Norsk Mensendieckscole og har tatt div. etterutdanningskurs rettet mot barnefysioterapi. Hun har jobbet i spesialinstitusjoner og som privatpraktiserende fysioterapeut før hun starter som kommunefysioterapeut i 1988 til hun gikk av med pensjon i 2004. Hun har holdt en rekke kurs og har lang erfaring med barn og voksne med omfattende funksjonshemninger. **Kirsten Flaten** har master i spesialpedagogikk og hovedfag i psykologi. Hun arbeider ved BUP Helse Førde og på Høgskolen i Sogn og Fjordane. Gjennom artikkelskriving og utstrakt kursvirksomhet har hun vært spesielt opptatt av sjenanse og sosial angst. **Torfinn Langelid** er cand.phil. med historie, nordisk og spesialpedagogikk i fagkretsen. Han arbeider nå som seniorrådgiver hos Fylkesmannen i Hordaland. Han har siden 1993 på vegne av Kunnskapsdepartementet fått delegert det nasjonale ansvaret for opplæring innenfor kriminalomsorgen i hele landet. Han har skrevet en rekke artikler om spesialpedagogikk og fengselsundervisning. **Vigdis Hegg** er barnevernspedagog og cand.paed. spec. Hun har skrevet mange bokmeldinger, særlig knyttet til barnevern og opplæring]

I neste nummer kan du bl.a. lese om:

Medvirkning og mestringsopplevelser for barn med hørselshemning og autismespekterforstyrrelser: Bjørg Hinze arbeider som seniorrådgiver på Signo kompetansesenter. Artikkelen hennes beskriver hvordan man kan gi barn med dobbeltdiagnosen hørselshemning og autismeforstyrrelser et godt tilbud i skolen. *Dysleksi og læring. Historien om Kalle:* Professor og dr.polit. Helg Fottlands artikkel handler om Kalle som har dysleksi og hvordan dette preger hverdagen hans i skolen. *Hadde jeg visst noe om dette før:* Ellinor Hasli jobber som seniorrådgiver på Øverby kompetansesenter. Hennes artikkel beskriver rådgivning til lærere med elever som har fått påført traumatiske hodeskader. *Fosterbarn med tilknytningsvansker:* Charlotte Johannessens er pp-rådgiver i Bærum kommune og hun har skrevet om hvordan man kan tilrettelegge for fosterbarn med tilknytningsvansker i barnehagen. *Identifisering av psykososial risiko hos småbarn:* Hanne Marie Høybråten Sigstad som er 1. amanuensis ved Institutt for spesialpedagogikk ved UiO, har skrevet en forskningsartikkel som bygger på en surveystudie om dette temaet blant helsesøstre.