

Kandidatspeciale i audiologopædi

Lone Jantzen & Tenna Petersen

Målet er AVT

- En empirisk undersøgelse af målfastsættelse i Auditory-Verbal Therapy (AVT) i en dansk kontekst.

Specialeafhandling



Vejleder: Lone Percy-Smith

Afleveret den: 31/07/14

Titel/undertitel:

Målet er AVT

- En empirisk

undersøgelse af målfastsættelse i Auditory–Verbal
Therapy (AVT) i en dansk kontekst.

Title/subtitle: The goal is AVT
- An empirical investigation of goal setting in Auditory-Verbal
Therapy (AVT) in a Danish context.

Emnebeskrivelse: En empirisk undersøgelse af målfastsættelse i dansk AVT-praksis. Det undersøges med hvilket formål, der fastsættes mål for førskolebørn med hørenedsættelse. Undersøgelsen afdækker endvidere hvilke udviklingsskalaer og testnormer, der anvendes i målfastsættelsen i dansk av-praksis, samt hvilke holdninger de danske av-praktikere har til anvendelsen af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer i målsætningsarbejdet.

Forfatter: Tenna Petersen og Lone Jantzen

Afleveret: 31. juli 2014

Institut: Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab,
Københavns Universitet

Fakultet: Det Humanistiske Fakultet

Vejleder: Cand.mag. i audiologopædi Lone Percy-Smith

Normalsider: 120 ns (288.177 anslag)

Abstract

Background: Auditory-Verbal Therapy (AVT) is a method used in the habilitation of hearing-impaired children who have received cochlear implants, hearing aids or bone-anchored hearing aids. AVT is a parent-centred approach, which focuses on facilitating the child's language through listening. It is based on ten mandatory principles. Two of the ten principles prescribe how goal setting in AVT must be conducted (Principle nr. 7 and nr. 9). According to those two principles goal setting must be based on normal development in the areas of audition, speech, language, cognition, and communication, and the av-practitioner must administer ongoing formal and informal diagnostic assessment.

Aims: The main focus of this master thesis is to investigate how goal setting in Danish av-practice is performed. Part of the paper identifies the purpose of goal setting and which developmental milestones and test norms are being used by Danish av-practitioners. Furthermore, attention will be drawn to Danish av-practitioners' attitude towards using developmental milestones and test norms based on empirical data of children from countries other than Denmark.

Method: A structured, internet-based survey with a cross-sectional design was distributed to 76 Danish av-practitioners. Collected data were analyzed by using descriptive statistics.

Results: The response rate on the survey was 45 percent, when the non-response with an explanation was included, and 36 percent when excluded. We saw a tendency towards the fact that the respondents' use of developmental milestones and test norms for goal setting was diverse: 34 or more different materials were used for goal setting purposes with an average of three per respondent. This tendency might correspond with the respondents' diverse background in the field of AVT. The respondents' attitude towards using developmental milestones and test norms based on empirical data of children from countries other than Denmark indicates a wish to find common guidelines for practicing AVT in the future.

Conclusion: Our results in this thesis show a remarkable diversity in the area of goal setting in Danish av-practice among practitioners.

Implications: There is a strong need for more knowledge about *best practice* in AVT in a Danish context to ensure optimal audiological habilitation of Danish preschool-aged children with hearing loss. Clarifying consensus is required.

Forord

Under udarbejdelsen af dette speciale har vi modtaget hjælp, råd og vejledning fra en række personer, som vi gerne vil takke. Først og fremmest tak til vejleder Lone Percy-Smith for faglig vejledning gennem hele forløbet. Også en stor tak til Anne Haven (PPR Viborg) for at formidle kontakt til spørgeskemarespondenterne i det faglige netværk ”AVTister i Danmark”, samt for beredvilligt at være klar med svar på vores spørgsmål. Mange tak til de talehørepædagoger, talehørekonsulenter, talehørelærere, logopæder og audiologopæder som har deltaget i vores undersøgelse. Deres besvarelser er essentielle for tilblivelsen af dette speciale.

Vi værdsætter desuden de bidrag, vi har modtaget fra følgende personer i form af feedback, idégenerering og hjælp til praktiske foranstaltninger: Jytte Isaksson (SDU), Tanja Pihl Sandager (Decibel), Christine Kongsmark (Danaflex), Marit Carolin Clausen (Center for Børnesprog, SDU), Annette Esbensen (Center for Børnesprog, SDU), Signe Bennekou Wischmann (PPR Vanløse-Brønshøj), Tammie Sylvest Rasmussen (VUC Lyngby), Cathrine Børgesen Uglebjerg (PPR Gladsaxe), Lærke Christiansen (Talehørelærer hos Slagelse Kommune), Pernille Hartmann Jensen (PPR Hillerød), Maria Heinz (Pearson Assessments, Stockholm), Birger Edelmann (Bispebjerg), Hanne Jantzen (Hammel Neurocenter), Henriette Bach Andersen (PPR Gladsaxe) og Maria Baltzer Gormsen (OUH). Sidst, men ikke mindst, stor tak til Jesper Ahlmann Andersen, Morten Tønning, Timothy Schoup, Sofie Hallager, Maria Denise Christoffersen og Ellinor Andersen for deres hjælp med korrekturlæsning, teknisk support samt konstruktiv kritik.

Ydermere sætter vi stor pris på det legat, som vi fik tildelt fra Oticon til at støtte vores projekt økonomisk.

Referencer og citater i dette speciale samt tilhørende referenceliste følger APA-stil (Zafar & Naseem, 2003). Forsideillustrationen viser en AVT-session og er fra *Auditory Verbal UK's* hjemmeside (www.avuk.org). Skriftlig tilladelse til brug af denne er givet af Lucy Noble (personlig kommunikation via e-mail, 10. juli, 2014).

Lone Jantzen og Tenna Petersen
Kandidatstuderende i audiologopædi ved Københavns Universitet

2014

Fordeling

Lone Jantzen

2. Baggrund: (2.2, 2.3, 2.6, 2.7, 2.9):	12 ns
3. Metode (3.1):	3 ns
5. Diskussion (5.1.6, 5.1.7, 5.2.1):	15 ns

I alt: 30 ns

Tenna Petersen

2. Baggrund (2.1, 2.4, 2.5):	3 ns
3. Metode (3.2):	9 ns
5. Diskussion (5.1.1, 5.1.2, 5.1.3, 5.1.4, 5.1.5, 5.2.2, 5.2.3):	18 ns

I alt: 30 ns

Fælles

Abstract	-
Forord	-
1. Indledning (1.1, 1.2, 1.3):	5 ns
2. Baggrund om AVT (2.8):	13 ns
4. Resultater (4.1, 4.2, 4.3, 4.4):	36 ns
6. Konklusion:	3 ns
7. Perspektivering:	3 ns

I alt: 60 ns

Specialets samlede omfang

I alt: 120 ns

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	9
1.1 PROBLEMFORMULERING OG AFGRÆNSNING AF PROBLEMFELT	11
1.2 METODISK STRUKTUR I SPECIALET	12
1.3 BEGREBSAFKLARING.....	13
2. BAGGRUND	16
2.1 PRÆVALENS AF HØRETAB.....	16
2.2 UDVIKLINGEN AF NORMAL HØRELSE.....	16
2.3 SPROGUDVIKLING HOS BØRN MED HØRETAB	18
2.4 NEONATAL HØRESCREENING.....	20
2.5 COCHLEAR IMPLANTAT (CI)	21
2.6 HØREAPPARAT (HA).....	23
2.7 BONE-ANCHORED HEARING AID (BAHA).....	25
2.8 AVT - AUDITORY-VERBAL THERAPY	26
2.8.1 AVT-metodens berettigelse	26
2.8.2 Tilblivelsen af AVT.....	27
2.8.3 Definition af AVT.....	28
2.8.4 De 10 principper.....	31
2.8.5 AVT-teknikker.....	34
2.8.6 Certificering.....	35
2.8.7 AVT i Danmark	36
2.8.8 Afrunding af afsnittene om AVT.....	37
2.9 MÅLFASTSÆTTELSE - GENERELT OG I AVT-SAMMENHÆNG	38
2.9.1 Målfastsættelse i AVT	38
2.9.2 Testnormer og udviklingsskalaer.....	39
2.9.3 Udenlandske materialer.....	42
2.9.4 Zonen for nærmeste udvikling.....	43
3. METODE.....	45
3.1 LITTERATURSØGNING.....	45
3.2 EMPIRIINDSAMLING.....	48
3.2.1 Procedure.....	48

3.2.2 Materiale.....	48
3.2.3 Forprøveundersøgelse	49
3.2.4 Følgebrev	50
3.2.5 Design	50
3.2.6 Teknisk	56
3.2.7 Respondenter.....	57
3.3 AFRUNDING AF METODEAFSNIT.....	57
4. RESULTATER	58
4.1 SVARPROCENT	59
4.2 GENNEMGANG AF RESULTATER: SPØRGSMÅL FOR SPØRGSMÅL	61
4.3 BAGGRUNDSVARIABLERNES INDFLYDELSE PÅ RESPONDENTERNES BESVARELSER	94
4.4 AFRUNDING AF RESULTATAFSNIT.....	105
5. DISKUSSION.....	107
5.1 DISKUSSION AF METODE.....	107
5.1.1 Kvaliteten af spørgeskemaets design	107
5.1.2 Kvaliteten af spørgsmålenes skriftlige udformning og indhold samt svarmuligheder....	109
5.1.3 Faglige velkendte problemstillinger ved metoden	111
5.1.4 Respondenter.....	113
5.1.5 Svarprocent, begrundet bortfald og afbrydelsesmønstre.....	113
5.1.6 Styrken af vores spørgeskema.....	116
5.1.7 Afrunding af metodediskussionen	119
5.2 DISKUSSION AF RESULTATER.....	121
5.2.1 Målfastsættelse i dansk AVT-praksis	121
5.2.2 Udviklingsskalaer og testnormer	131
5.2.3 Anvendelse af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer samt holdning hertil	136
5.2.4 Afrunding af resultatdiskussionen.....	138
6. KONKLUSION	139
7. PERSPEKTIVERING	142
8. REFERENCELISTE	145
9. BILAG OG BILAGSOVERSIGT	155

OVERSIGT OVER ILLUSTRATIONER SAMT DERES PLACERING I DETTE SPECIALE

FIGUR/TABEL	BESKRIVELSE	SIDETAL
Figur 1	Skematisk fremstilling af specialets metodiske struktur	12
Figur 2	Oversigt over auditive processer med betydning for tale- og sprogudvikling	18
Figur 3	Tværsnit af øregangen med indblik til både den interne og eksterne del af CI	22
Figur 4	Illustration af BTE-, ITE-, ITC- og CIC-apparat	24
Figur 5	Tværsnit af øregangen med BAHA indopereret i den mastoide del af tindingebenet	25
Tabel 1	Overblik over de 10 principper i AVT	31
Figur 6	Skematisk model over udviklingen af lytning	34
Figur 7	Spørgeskemaets syv spørgeblokke herunder antal spørgsmål i hver blok	51
Tabel 2	Eksempler på tre forskellige spørgsmålstyper fra spørgeskemaet	55
Figur 8	Flowchart for dataindsamlingen	60
Figur 9	Samtykkeerklæring	61
Tabel 3	Overblik over respondenternes alder	62
Figur 10	Respondenternes alder i cirkeldiagram	62
Tabel 4	Overblik over respondenternes uddannelsesbaggrund	63
Figur 11	Respondenternes uddannelsesbaggrund i søjlediagram	64
Tabel 5	Overblik over respondenternes nuværende arbejdsplads	65
Figur 12	Respondenternes nuværende arbejdsplads i søjlediagram	65
Tabel 6	Overblik over hvordan respondenterne har opnået erfaring med AVT	66
Figur 13	Respondenternes erfaring med AVT i søjlediagram	66
Tabel 7	Oversigt over respondenternes forudsætning for at arbejde med AVT	68
Oversigt 1	Kvalitative kommentarer: Uddybning af indholdet af AVT-kurser	69
Tabel 8	Overblik over hvor mange års erfaring respondenterne her med AVT	70
Figur 14	Respondenternes antal års erfaring i cirkeldiagram	70
Tabel 9	Overblik over antal timers AVT-undervisning pr. uge	71
Figur 15	Respondenterne antal timers AVT-undervisning pr. uge	71
Tabel 10	Overblik over hvor ofte hvert enkelt barn og familie får AVT-undervisning	72
Figur 16	Undervisningsfrekvens i cirkeldiagram	72
Tabel 11	Overblik over hvilke aldersgrupper AVT tilbydes til	73
Tabel 12	Krydstabel over respondenter og hvilke aldersgrupper, der anvendes AVT til	73
Tabel 13	Overblik over hvilke børn der anvendes AVT til (høreteknisk hjælpemiddel)	74
Figur 17	Hvilke børn, der anvendes AVT til (høreteknisk hjælpemiddel) i søjlediagram	74
Oversigt 2	Kvalitative kommentarer: Hvad er det vigtigste element i AVT	76
Figur 18	Angivelse af om respondenterne opstiller mål i deres AVT-undervisning	76
Tabel 14	Overblik over hvad der anvendes som udgangspunkt for målfastsættelsen	78
Tabel 15	Krydstabel over respondenter og udgangspunkt for målfastsættelsen	78
Tabel 16	Overblik over hvor ofte respondenterne opstiller mål	79
Tabel 17	Krydstabel over respondenter og hvor ofte der opstilles mål	79
Tabel 18	Overblik over hvad målsætningerne anvendes til	80
Tabel 19	Krydstabel over respondenter og hvad målsætningerne anvendes til	80
Tabel 20	Overblik over hvilke områder respondenterne sætter mål indenfor	81
Figur 19	Hvilke områder respondenterne sætter mål indenfor i søjlediagram	81
Tabel 21	Oversigt over udviklingsskalaer og testnormer, der indgik i spørgeskemaet	82
Tabel 22	Overblik over anvendelsen af de forskellige udviklingsskalaer og testnormer	83
Figur 20	Overblik over anvendelsen af udviklingsskalaer og testnormer i søjlediagram	83
Tabel 23	Krydstabel over respondenter og hvilke materialer der bruges til målfastsættelse	84
Tabel 24	Overblik over egenskaber ved de inkluderede test og udviklingsskalaer	85
Tabel 25	Oversigt over hvilke andre materialer respondenterne selv tilføjer	86
Figur 21	Holdninger til brugen af udenlandske skalaer i søjlediagram	88
Tabel 26	Overblik over formidling af målsætningerne til forældrene	89
Figur 22	Formidling af målsætninger til forældrene i søjlediagram	89
Tabel 27	Overblik over opfølgning af målsætningerne i AVT-undervisningen	90
Figur 23	Opfølgning af målsætningerne i søjlediagram	90
Tabel 28	Overblik over hvor ofte, der bliver fulgt op på de opstillede mål	91
Figur 24	Frekvens af opfølgning af målsætningerne i cirkeldiagram	91
Oversigt 3	Kvalitative kommentarer: Yderligere kommentarer i spørgeskemaet	93
Tabel 29	Krydstabel over respondenternes uddannelse og nuværende arbejdsplads	94
Tabel 30	Krydstabel over arbejdsplads og områder, der fastsættes mål indenfor	97
Tabel 31	Krydstabel over arbejdsplads og anvendelsen af udviklingsskalaer og testnormer	99
Tabel 32	Krydstabel over arbejdsplads og øvrige anvendte materialer i målfastsættelsen	101
Tabel 33	Krydstabel over arbejdsplads og AVT-erfaring	103
Tabel 34	Krydstabel over arbejdsplads og antal timers AVT-undervisning	104

Note: Oversigten er listet i samme rækkefølge, som figurerne/tabellerne fremkommer i specialet, dvs. efter sidetal.

1. Indledning

Auditory-Verbal Therapy (herefter AVT) er en metode, hvis formål er at udvikle hørehæmmede børns evne til at tilegne sig talt sprog via lytning (Cole & Flexer, 2007). Metoden blev oprindeligt udviklet til børn med høreapparater (herefter HA), men den er nu målrettet alle hørehæmmede børn uanset hvilken type høreteknologi, de anvender. Kerneelementet i AVT er forældreinddragelse (Estabrooks, 2012b; Lim & Simser, 2005; Tyszkiewicz, 2004) og metoden bygger på 10 obligatoriske principper, hvoraf særligt Princip 7 og Princip 9 er relevante i besvarelsen af dette speciales forskningsspørgsmål, der omhandler målfastsættelse i dansk AVT-praksis (se Afsnit 1.1). Det 7. princip lyder: "Guide and coach parents to use natural developmental patterns of audition, speech, language, cognition, and communication." (AG Bell, 2007). Dette princip viser, at hørelsen ikke ses som en separat sans, men som en sans der interagerer med andre modaliteter. Hørelsen kan derfor heller ikke isoleres fra resten af kommunikationsprocessen. Metodens 9. princip lyder: "Administer ongoing formal and informal diagnostic assessments to develop individualized Auditory-Verbal treatment plans, to monitor progress and to evaluate the effectiveness of the plans for the child and family." (AG Bell, 2007). Dette princip understreger, at målfastsættelsen skal være baseret på noget for at være anvendelig, og at målene løbende skal evalueres.

På nuværende tidspunkt findes der en national protokol i Danmark kaldet "Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark - udredning, operation, efterbehandling og monitorering" (Sundhedsstyrelsen, 2012). I denne protokol anbefales AVT i den initiale ambulante auditive efterbehandling af børn med cochlear implant (herefter CI). AVT anses for at være den mest effektive rehabiliteringsmetode hertil (Chowdry, 2010). I protokollen er der dog ingen retningslinjer for målfastsættelsen og derfor heller ingen retningslinjer for, hvordan forskrifterne i Princip 7 og Princip 9 bør opfyldes. Af denne grund er det interessant at kortlægge, hvordan målfastsættelsesarbejdet foregår i dansk AVT-praksis. En sådan kortlægning kunne være et skridt på vejen til mere konsensus på området, hvilket vil være til gavn for både de, som udfører, og de som er aftagere af metoden.

Der er store økonomiske omkostninger ved CI-behandling (ca. 500.000 DKK pr. implanterede øre ifølge personlig kommunikation Lone Percy-Smith, 10. juni 2014). Men *cost-*

benefit-analyser¹ af CI-behandlingen viser, at der er positive effekter at opnå både fra et samfundsmæssigt perspektiv og med hensyn til livskvalitet for personer med hørenedsættelse. CI-behandling har vist sig økonomisk fordelagtigt sammenlignet med udgifterne til tegnsprogsundervisning, som overstiger omkostningerne ved CI (Borchgrevink, 2001). På baggrund af disse analyser af CI-behandlingen må det forventes, at der vil være en vedvarende politisk samt sundhedsfaglig interesse i at optimere udbyttet af CI. For at få det bedst mulige udbytte af CI er det nødvendigt at der udvælges og tilknyttes den rette rehabiliteringsmetode. Cochlear implantationen kan altså ikke stå alene. Af samme grund lægger Sundhedsstyrelsens retningslinjer (2012) vægt på vigtigheden af evidensbaseret auditiv stimulering og forældreinddragelse post implantation, hvilket kan opnås ved brug af AVT-metoden, såfremt denne udføres korrekt. Det er vigtigt, at den AVT-undervisning, der tilbydes i Danmark, lever op til standarderne i de 10 grundlæggende AVT-principper.

Vores speciales relevans, kommer yderligere til udtryk i et udsagn fra Lone Percy-Smith, hvori hun påpeger, at der er behov for forskning i indholdet af den audiologiske intervention til børn tilpasset med høretekniske hjælpemidler (undervisning, 2014). Hun beskriver, at denne gruppe børn får tildelt flest talehørepædagog- og støttetimer på verdensplan, men samtidig er dem der opnår de dårligste resultater i verden i forhold til sprogligt udbytte. Percy-Smith *et al.* fandt bl.a. i deres undersøgelse fra 2012, at 91 % af børnene fra Vestdanmark og 41 % af børnene fra Østdanmark ikke præsterede alderssvarende på en test af deres receptive ordforråd. Disse børn er ifølge Percy-Smith *et al.* (2012) i overhængende fare for aldrig sprogligt at indhente deres jævnaldrende, selvom dette netop var hovedformålet med selve cochlear implantationen. Alderssvarende sprog inden skolestart er desuden et af hovedformålene med AVT (Estabrooks, 2012b). Hvis AVT-metoden dog ikke udføres som tiltænkt, kan det være tvivlsomt hvorvidt målet om alderssvarende sprog, kan opnås. En mulig forklaring på førnævnte bekymrende resultater fra Percy *et al.*'s (2012) undersøgelse kan være manglende retningslinjer for indholdet i og udførelsen af dansk AVT-praksis. Vores speciale og forskningsspørgsmål har netop til formål, at undersøge en afgrænset del af indholdet i dansk AVT-undervisningen, og kan dermed forhåbentlig bidrage til øget kongruens på området.

¹Cost-benefit-analyse: En samfundsmæssig konsekvensberegning af samfundsmæssige omkostninger (*costs*) og samfundsmæssige fordele (*benefits*) ved et projekt med det formål at opnå en samlet økonomisk vurdering af det pågældende projekt (Den Store Danske, u. å.).

1.1 Problemformulering og afgrænsning af problemfelt

Målet med dette speciale er at besvare forskningsspørgsmålene i følgende problemformulering; bestående af tre forskningsspørgsmål:

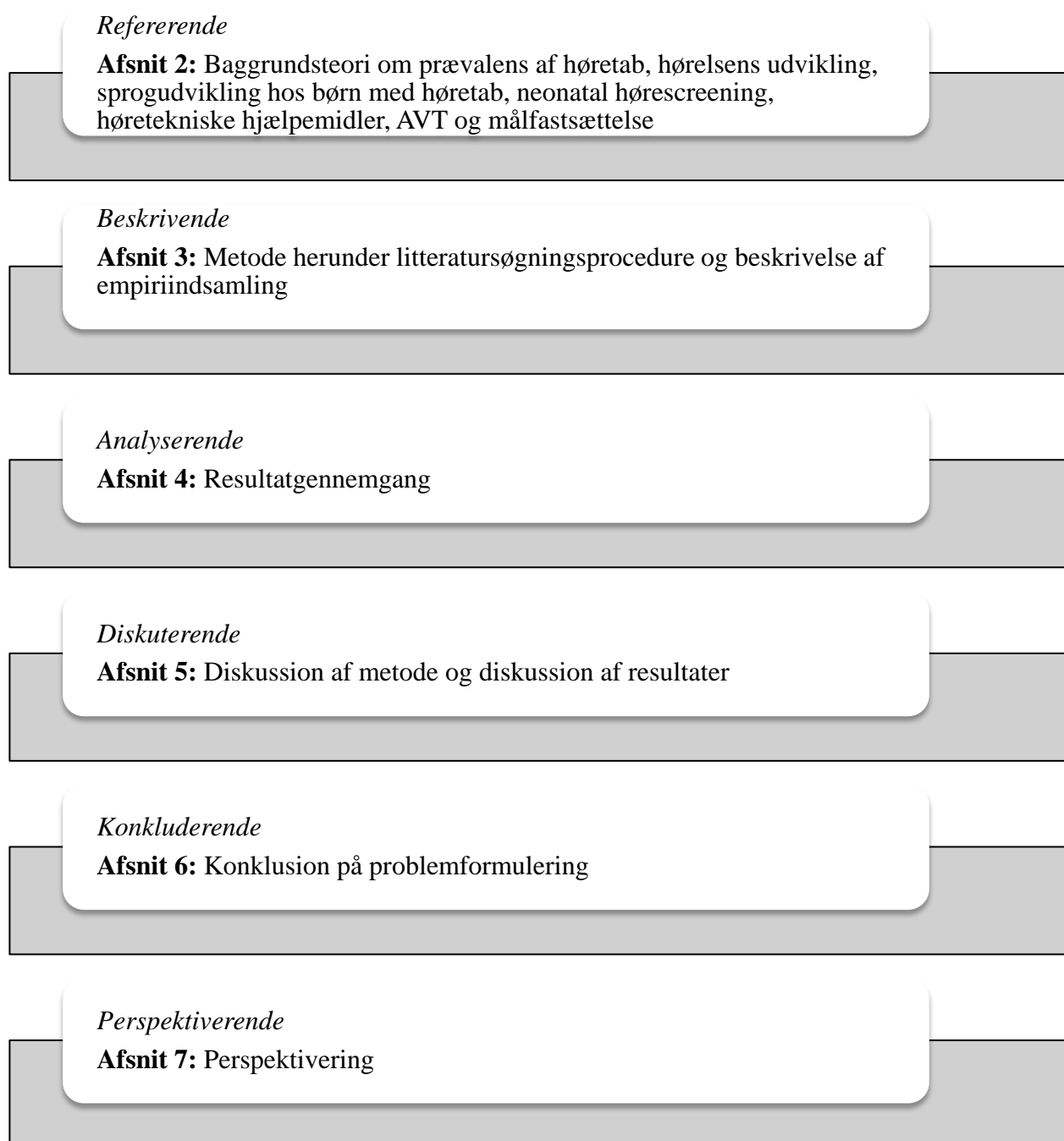
”Med hvilket formål fastsættes mål i dansk AVT-undervisning til førskolebørn med hørenedsættelse, og hvilke udviklingsskalaer og testnormer anvendes af av-praktikerne til at fastsætte disse mål? Hvad er holdningen blandt danske av-praktikere til anvendelsen af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer?”

I besvarelsen af ovenstående problemformulering vil vi fokusere på målfastsættelsen i dansk AVT-undervisning til aftagergruppen førskolebørn (og deres forældre). Førskolebørn defineres som børn i alderen 0-6 år. Netop denne gruppe aftagere er udvalgt, fordi målet med AVT er, at de børn, som habiliteres ud fra metoden, skal være sprogligt alderssvarende inden skolestart (Estabrooks, 2012b). Målfastsættelsespraksis i dansk AVT-undervisning undersøges via en spørgeskemaundersøgelse henvendt til de danske professionelle, som formodes at praktisere ud fra AVT-metodens obligatoriske 10 principper. Dette valg af fokus medfører, at der i specialet ikke redegøres for aftagernes (børn og forældres) personlige erfaringer med de fastsatte mål.

1.2 Metodisk struktur i specialet

I dette afsnit gives en oversigt over specialets metodiske struktur. Ved hvert afsnit i oversigten fremgår en kort beskrivelse af indholdet samt karakteren heraf. I opgaven findes desuden en oversigt over specialets tabeller og figurer i forlængelse af indholdsfortegnelsen. Referencelisten og en oversigt over tilhørende bilag findes bagerst i specialet.

FIGUR 1
Skematisk fremstilling af specialets metodiske struktur.



1.3 Begrebsafklaring

av-praktiker:	I dette speciale har vi valgt en definatorisk skelnen mellem termerne av-praktiker og AV-terapeut. Termen av-praktiker står for auditiv-verbal-praktiker og dækker over professionelle, der anvender principperne og teknikkerne fra AVT, men ikke er certificerede AV-terapeuter. Vi har valgt at skrive denne titel udelukkende med små bogstaver for at markere, at disse professionelle ikke er certificerede - i modsætning til AV-terapeuter (se nedenfor), hvor vi konsekvent anvender versaler i forkortelsen.
AV-terapeut:	Termen AV-terapeut er en oversættelse og forkortelse af den engelske term "Auditory-verbal therapist" (Jensen, 2010). AV-terapeut er en beskyttet titel i modsætning til av-praktiker (se ovenfor). På denne baggrund anvender vi konsekvent kun betegnelsen AV-terapeut om professionelle, der har opnået certificering i AVT.
AVT:	Auditory-Verbal Therapy Når ordkonstruktionerne AVT-undervisning og AVT-praksis anvendes i dette speciale, vil det blive fremhævet, når der er tale om AVT i en dansk kontekst, for at indikere, at der er tale om undervisning, som er baseret på principperne fra AVT, men som udføres af en professionel <u>uden</u> certificering i AVT.
BAHA:	Bone-Anchored Hearing Aid (høreteknisk hjælpemiddel)
CI:	Cochlear Implant (høreteknisk hjælpemiddel)
HA:	Høreapparat (høreteknisk hjælpemiddel)
Habilitering:	Termen habilitering anvendes i betydningen at opnå en funktionsevne, man ikke tidligere har haft, oftest i forbindelse med en medfødt

(kongenit) lidelse. Modsat hertil er rehabilitering, der almindeligvis forstås som en genskabelse af en funktionsevne, som en person tidligere har besiddet, fx efter en ulykke eller sygdom (Krogsgaard & Gormsen, 2009; Solbakken, u. å.).

- Intervention:** Dækker over både teknisk og audiologopædisk behandling.
- Professionelle:** Der er en betydelig variation i den faglige baggrund, uddannelse og titel, der ses blandt danske av-praktikere. Derfor har vi i dette speciale valgt at bruge betegnelsen “professionelle” som en samlende betegnelse for audiologopæder, tale-og hørepædagoger, hørekonsulenter og andre med tilsvarende uddannelser.
- Testnormer:** Termen ”testnormer” henviser til normer, der baseres på gennemsnitscoren i en given test blandt en nøje udvalgt gruppe, som skal være repræsentativ for hele populationen. Denne slags testnormer danner grundlaget for sammenligning af individer i forhold til en normgruppe i pågældende test. Der findes forskellige typer af normer, eksempelvis normer rangeret efter percentiler, aldersbaserede normer og normer baseret på klassetrin (Miller, McIntire & Lovler, 2011).
- Udviklingskala:** En udviklingskala bygger på milepæle (eng. *developmental milestones*), også kaldet udviklingstrin. Ved en milepæl forstås et mål for eksempelvis sprogets udvikling set i forhold til barnets alder, dvs. milepæle markerer en række delmål i barnets udvikling, som bør være opnået ved en given alder (Bylander & Krogh, 2014)². Optimalt set er målet for disse milepæle fremkommet gennem en grundig empirisk

² Under udarbejdelsen af dette speciale udkom bogen ”*Sprogets milepæle – Hvornår skal vi være bekymrede for et barns sproglige udvikling?*” (Bylander & Krogh, 2014). Dette er en dansksproget bog, der angiver milepæle for barnets sproglige udvikling. Da bogen først lige er udgivet, kunne vi ikke spørge ind til brugen af denne i vores spørgeskemaundersøgelse, selvom den er øjensynligt er oplagt til brug i målfastsættelsen i dansk AVT-praksis. Dog anvender vi relevante fakta fra denne i baggrundsafsnittet (Afsnit 2) samt i diskussionen af resultater (Afsnit 5.2).

undersøgelse af børn på et givent alderstrin (Bylander & Krogh, 2014). En afvigelse fra et forventet udviklingstrin ved en given alder kan indikere forsinket eller afvigende udvikling (Cherry, 2014). Udviklingstrin kan anvendes indenfor mange forskellige områder - eksempelvis sproglige, kommunikative, kognitive, fysiske og sociale færdigheder (Cherry, 2014). Ofte bygger et udviklingstrin videre på et mindre avanceret udviklingstrin, eksempelvis kravler de fleste børn, før de kan gå (Cherry, 2014).

Vi har truffet det stilistiske valg, at anatomiske strukturer gennemgående benævnes med danske betegnelser. Dog anføres den latinske betegnelse i parentes første gang strukturen forekommer i teksten, baseret på betegnelser anvendt i Rostgaard, Trantum-Jensen, Qvortrup & Holm-Nielsen (2009). En undtagelse herfra er vores gennemgående brug af ordet *cochlea* i stedet for øresnegl.

Vores målgruppe for dette speciale er danske audiologopæder eller professionelle med tilsvarende uddannelse, der anvender AVT i deres daglige virke, samt audiologopædistuderende med interesse for emnet. Vi forudsætter derfor en grundlæggende viden inden for det audiologiske felt samt kendskab til generelle audiologopædiske fagtermer hos læserne af specialet.

2. Baggrund

Dette afsnit indeholder beskrivelser af audiologiske emner, som er vigtige for forståelsen af, hvorfor AVT-metoden har sin berettigelse i Danmark og hvorfor udviklingsskalaer og testnormer er relevante elementer at inddrage i forbindelse med målfastsættelse i dansk AVT-undervisning. I afsnittet beskrives prævalensen af høretab i Danmark samt den neonatale hørescreening, som er grundlagsdannende for iværksættelsen af tidlig audiologisk intervention. Derudover gives en kort gennemgang af både udviklingen af normal hørelse samt sprogudviklingen hos børn med høretab. Yderligere redegøres for funktion, opbygning og udbytte af henholdsvis CI, HA og BAHA. Formålet med disse høretekniske tiltag er, at skabe et så tydeligt og intakt akustisk signal som muligt, på trods af barnets aktuelle hørenedsættelse (Cole & Flexer, 2007), hvilket er udgangspunktet for AVT-undervisningen. I beskrivelsen af de tre typer høretekniske hjælpemidler tager vi udgangspunkt i dette speciales omdrejningspunkt, nemlig børn med høretab. Endvidere redegør vi for AVT-metodens tilblivelse, formål og indhold, samt for hvordan certificering i AVT kan opnås. Slutteligt beskrives målfastsættelse både generelt og i AVT-sammenhæng.

2.1 Prævalens af høretab

I Danmark fødes årligt ca. 65.000 børn. Heraf fødes omkring 100 børn med bilateralt, behandlingskrævende høretab, svarende til ca. 1,5 barn pr. 1.000 fødte børn om året. Yderligere vil ca. 150 børn om året have et kongenit, ensidigt (unilateralt) høretab (Sundhedsstyrelsen, 2004).

2.2 Udviklingen af normal hørelse

Gordon & Harrison (2005) beskriver, hvordan hørelsens udvikling påbegyndes allerede i fosterstadiet: Omkring 20 ugers gestationsalder er cochlea funktionsdygtigt. Fosteret har dermed adgang til auditive input og reagerer på lydstimuli (Karmiloff-Smith & Karmiloff, 2002). Da fosteret er omgivet af fostervand er dets adgang til lyde fra omgivelserne sandsynligvis begrænset til kraftige, lavfrekvente stimuli. Hyppigst forekommende lyde stammer fra moderen, som fx hendes stemme, hjertelyd og åndedræt. Det betyder, at nyfødte med normalt udviklet hørelse fødes med ca. 20 ugers lytteerfaring. Nyfødte med svære-profunde høretab er derfor potentielt 20 uger "bagud" i forhold til nyfødte normalthørende børn allerede ved fødslen (Gordon & Harrison, 2005).

Postnatalt kan den normaludviklede hørelse beskrives således: Høremekanismen inddeles i tre dele bestående af det ydre øre (auris externa), mellemøret (auris media) og det indre

øre (auris interna). Denne inddeling er hovedsageligt anatomisk baseret (Sadler, 2004). Lydbølgerne opsamles af ydre øre, og når trommehinden (membrana tympanica) via øregangen (meatus acusticus externus). Trommehinden markerer grænsen til mellemøret. I mellemøret optager knoglekæden, som består af hammeren (malleus), ambolten (incus) og stigbøjlen (stapes), svingningerne fra trommehinden og disse forplanter sig som mekanisk energi, i form af vibrationer, i knoglekæden. Knoglekæden slutter ved fodpladen af stigbøjlen. Stigbøjlen fæstner til det ovale vindue (fenestra vestibuli), som fører ind til de væskefyldte hulrum i indre øre. Trykbølgen fra stigbøjleens stempelbevægelser i det ovale vindue sætter cochleas perilymfe (en speciel form for væske) i bevægelse og igangsætter en bølgebevægelse i basilarmembranen (membrana basilaris). Forskydningen bevirker, at de indre hårceller frigiver neurotransmitterstof til den synaptiske kløft, hvilket starter en impuls i nervebanen. Nerveimpulserne ledes videre via hjernestammen (runcus encephalicus) til det primære hørecenter (auditive cortex) bagtil i tindingelapperne (lobus temporalis) (Gelfand, 2001; Zemlin, 1997).

Seks måneder gammel er babyen i stand til at diskriminere forskellige talelyde fra hinanden. Denne evne udvikles frem mod 1 års alderen, hvor der ifølge Werker (fra: Cole & Flexer, 2007; p.3) sker en funktionel neural reorganisering af hjernen, som medfører en forbedret evne til at kategorisere lyde (fonetisk). Lyde som tilhører barnets eget/egne sprog fremmes og finjusteres, mens lyde, som ikke findes i barnets modersmål, med tiden undertrykkes. Denne fonetiske skelnen er et vigtigt grundlag for barnets indlæring af nye ord, og dermed for både tale- og sprogudviklingen (Cole & Flexer, 2007).

Studier af hjernens udvikling viser, at sensorisk stimulation af hjernens auditive centre er essentiel for organisationen af de auditive baner i hjernen (Chermak, Bellis & Musiek, 2007; Berlin & Weyand, 2003; Boothroyd, 1997). Den akustiske stimulation skal ske tidligt, hvis de auditive baner skal kunne modnes og styrkes (Sharma, Martin *et al.*, 2005; Sharma *et al.*, 2004). Robbins *et al.* (2004) har fundet, at mennesker er "forprogrammerede" til, at udvikle specifikke evner i afgrænsede perioder af deres udvikling. Der er altså tale om en begrænset periode, en såkaldt "sensitiv/kritisk periode", hvor der er optimal neural plasticitet i hjernen (Sharma *et al.*, 2002). Neuroplasticiteten er størst gennem de første 3½ år af barnets liv, jo yngre barn, des større neuroplasticitet (Sharma, Dorman & Kral, 2005; Sharma *et al.*, 2002).

2.3 Sprogudvikling hos børn med høretab

Cole & Flexer (2007) beskriver, at det hørehæmmede barn skal lære at rette opmærksomhed mod lydene, at udvælge relevante lyde, at lokalisere, at skelne, at identificere, at kategorisere, at associere, at integrere, at fortolke og at forstå. Kort sagt, så sker den auditive og lingvistiske læring ved, at barnet bliver opmærksom på lyde og derefter knytter lyd til mening og videre forstår mere og mere komplekse sproglige konstruktioner; først i stille omgivelser og senere i mere udfordrende omgivelser (Cole & Flexer, 2007). Lignende teori beskrives i Eisenberg (2009), hvor de auditive processer inddeles i tre kategorier: Auditive processer, der gør lyden meningsfuld; auditive processer, der skal bruges for at man kan lære at tale, samt auditive processer, der skal bruges for at kunne indlære sprog (se uddybende beskrivelse i Figur 2).

FIGUR 2
Oversigt over hvilke auditive processer, der har betydning for tale- og sprogudvikling.

Auditive processer	Auditive processer, der gør lyden meningsfuld:	Auditiv opmærksomhed, hørelsen bliver en aktiv sans og en passiv kilde til information.
		Auditiv hukommelse, huske mening af lydmønstre og huske og forstå længere sekvenser af lyde, sætninger, fraser og historier.
		Auditiv diskrimination, skelne mellem forskellige lyde, så ordene giver mening.
		Auditiv integration, integrere med alle andre sanser og i alle situationer.
	Auditive processer, der skal bruges for at man kan lære at tale:	Auditiv feedback, høre sin egen stemme, bruges også til at korrigere og monitorere pitch, loudness og artikulation.
	Auditive processer, der skal bruges for at kunne indlære sprog:	Auditiv genkendelse, den symbolske funktion af lyde, dvs. associerer lyde med betydning.
Auditiv sekvensering, huske rækkefølgen af de ord man hører.		
Auditiv forståelse, forstå de lingvistiske finesser i sproget, inkl. semantik, syntaks, morfologi og pragmatiske aspekter.		
Auditiv (retrieval) genkaldelse, genkalde ord til at udtrykke tanker og udtrykke spontan ekspresiv kommunikation.		
		Auditiv (application) overførsel, anvende alle ovenstående i andre læringssituationer, fx i skrivning, læsning og regning.

Note: Kilde: Eisenberg (2009)

Kommunikative kompetencer inkluderer viden om pragmatik, semantik, syntaks, morfologi og fonologi (også nævnt i Figur 2). Ved 3-årsalderen har de fleste typisk udviklede børn basale kommunikative kompetencer indenfor alle disse områder, og ved 6-årsalderen er sofistikerede kommunikative kompetencer veletablerede (Cole & Flexer, 2007). Der findes mange teorier om hvordan sproget udvikler sig, men det vides stadig ikke præcis, hvordan et barn rykker sig fra et udviklingsstadium til det næste (Cole & Flexer, 2007).

Evnen til at høre, er afgørende for tilegnelsen af ovenstående auditive processer og kommunikative færdigheder hos børn. Et barn med hørenedsættelse har ringere forudsætninger for at tilegne sig sprog end normalhørende børn. Jo mindre tydeligt et barn hører, hvad der bliver sagt til det (og omkring det), jo flere erfaringer med talt sprog har barnet brug for, før det kan forstå og anvende sprog (Ling, 1989). Ved fravær af auditive input kan der ske en reorganisering af hjernen, som i stedet vil modtage input fra andre sanser end høresansen (primært synssansen), hvilket reducerer barnets auditive kapacitet (Finney *et al.*, 2003). Barnets evne til at udnytte auditive input meningsfyldt vil med andre ord forringes, dels på grund af førnævnte fysiologiske årsager, men også som følge af at psykosociale faktorer, som opmærksomhed og indlæring i forhold til auditive input, ikke stimuleres (Goldberg *et al.*, 2010). Børn, der ikke kommer tidligt i audiologisk behandling, og dermed ikke bliver auditivt stimuleret, er gået glip af en stor mængde auditiv erfaring med egen og andres stemmer. Men hvis børn, på trods af hørenedsættelse eller døvhed, får passende auditive og sproglige erfaringer fra en tidlig alder, så kan det forventes, at kognitive og sproglige færdigheder følger normal udvikling. Denne teori hentyder til, at hørehæmmede har forsinket sprogudvikling snarere end afvigende sprogudvikling, hvilket vil sige, at et hørehæmmede barn skal igennem de samme stadier, som et almindeligt hørende barn (Muma & Perigoe, 2010; Cole & Flexer, 2007). Dette gør sig særligt gældende efter indførslen af neonatal hørescreening, der sikrer tidlig adgang til auditive input til stor gavn for resten af barnets udvikling (se Afsnit 2.4). For et barn født med høretab gælder det altså, at tidlig identifikation og dermed intervention med høretekniske hjælpemidler skal skabe adgang til, stimulere og styrke de auditive neurale forbindelser i hjernen og dermed danne fundamentet for tale, læsning og læring (Gordon & Harrison, 2005).

2.4 Neonatal hørescreening

I 2005 blev der indført national neonatal hørescreening i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2004). Målet har siden begyndelsen været, at sikre en dækningsgrad på mindst 90 % af alle nyfødte børn (Sundhedsstyrelsen, 2010). Den neonatale hørescreening foretages almindeligvis mellem 4. og 10. levedøgn, og bør så vidt muligt undgås i de to første levedøgn pga. øget risiko for falsk positivt svar blandt andet på grund af forsterfedt i den nyfødtes øre (Sundhedsstyrelsen, 2004). Der screenes på begge øre, og formålet med screeningen er, at finde børn med en- eller dobbeltsidigt høretab. Den neonatale hørescreening kan udføres med to forskellige elektrofysiologiske målinger, henholdsvis OAE-testen (*Otoacoustic Emission*) og AABR-testen (*Automated Auditory Brainstem Response*) (Sundhedsstyrelsen, 2010). OAE-testen undersøger funktionen af hårcellerne i cochlea ved, at der sendes kliklyde ind i barnets øre, og hvis barnet har en velfungerende hørelse, sender cochlea automatisk et ekko tilbage, som opfanges af det anvendte måleapparat (Stach, 2010; Tye-Murray, 2009). AABR-testen er en retrocochleær måling, der måler den elektriske aktivitet i hjernestammen (Stach, 2010; Tye-Murray, 2009). Begge test er kortvarige og smertefrie. Disse test kan udelukkende vise om der er et høretab eller ej, og kan derfor ikke anvendes som et selvstændigt diagnostisk redskab. Testene skal altid suppleres med en audiolgisk udredning (Stach, 2010).

Siden iværksættelsen af den neonatale hørescreening har det været muligt, at identificere høretab hos nyfødte børn, hvilket medfører at den audiolgiske intervention kan igangsættes tidligt i barnets liv. Inden den neonatale hørescreening blev indført i Danmark, var medianalderen for identifikation af høretab omkring 18 måneder (Parving, Hauch, & Christensen, 2003). Tidlig identifikation af høretab efterfulgt af audiolgisk intervention har en gavnlig effekt på både den sproglige og auditive udvikling (Colletti, Mandalà & Colletti, 2012; Tomblin, Barker, Spencer, Zhang & Gantz, 2005). Forskning viser, at hvis behandlingen af høretab påbegyndes inden 6 måneder efter fødslen og denne kombineres med aktiv forældreinvolvering, så har barnet mulighed for at opnå et alderssvarende sprog inden skolealderen (Widen *et al.*, 2003). For at undgå at børn med medfødt eller tidlig erhvervet hørenedsættelse får en forsinket sprogudvikling, bør den audiolgiske intervention således påbegyndes inden 6 måneder efter fødslen. Dette forudsætter, at udredning og diagnosticering er afsluttet inden for de første 3 måneder efter fødslen, hvilket efterfølgende tillader 3 måneder til tilpasning, kontrol og justering af høreapparat eller BAHA (Estabrooks, 2006; Sundhedsstyrelsen, 2004).

2.5 Cochlear Implantat (CI)

Formålet med CI er at give den CI-opererede mulighed for at udvikle velfungerende taleperception og taleproduktion (Sundhedsstyrelsen, 2012). CI tilbydes til børn og voksne som ikke kan få optimalt udbytte af HA, BAHA og/eller andre høretekniske hjælpemidler (Sundhedsstyrelsen, 2012; Eisenberg, 2009) på grund af deres bilaterale svære til profunde sensorineurale høretab, enten kongenit eller forårsaget af sygdom (Thomsen, Samar & Jensen, 2006). Implantation af CI udføres enten i spædbørnsalderen (prælinguallt aquisition) eller senere, når sproget er udviklet (postlinguallt aquisition) (Thomsen, Samar & Jensen, 2006). Der foretages simultan bilateral implantation, medmindre særlige forhold indikerer andet (Sundhedsstyrelsen, 2012). Operationen er ikke reversibel. På baggrund af epidemiologiske undersøgelser skønnes det, at der årligt er ca. 40 børn i Danmark, som har behov for en CI-operation (Sundhedsstyrelsen, 2012). Børnene bliver opereret helt ned til 8-måneders-alderen. Ifølge opgørelser fra foreningen *Decibel*³ er der i alt 640 børn med CI i Danmark ultimo 2013, hvoraf 432 af dem er bilateralt implanterede.

CI er et elektronisk implanterbart apparat, der indopereres i cochlea og som forsøger, at efterligne den normale funktion af cochlea. CI består overordnet af to dele (Eisenberg, 2009; Niparko, 2009; Estabrooks, 1994): En intern komponent, som er et implantat inde i cochlea og en ekstern komponent bestående af (tale-)processor inkl. batteri og transmitterspole, som fastholdes af en magnet i den mastoide del af tindingebenet (os temporale) bag øret. Den eksterne komponent af CI er designet til, via en mikrofon, at opfange udefrakommende akustiske signaler, som derefter analyseres og konverteres fra analoge til digitale signaler af processoren. Disse signaler ledes trådløst videre af transmitterspolen til den interne komponent (Estabrooks, 1994). Når signalet er overført til modtageren (*receiveren*, også kaldet stimulatoren) i den interne del af CI'et, videreføres det som elektriske impulser til de intracochleære elektroder, hvorved de auditive nervefibre stimuleres. Signalet fortolkes af hjernen som lyd (Niparko, 2009; Gelfand, 2001) (Se Figur 3 for grafisk illustration på næste side).

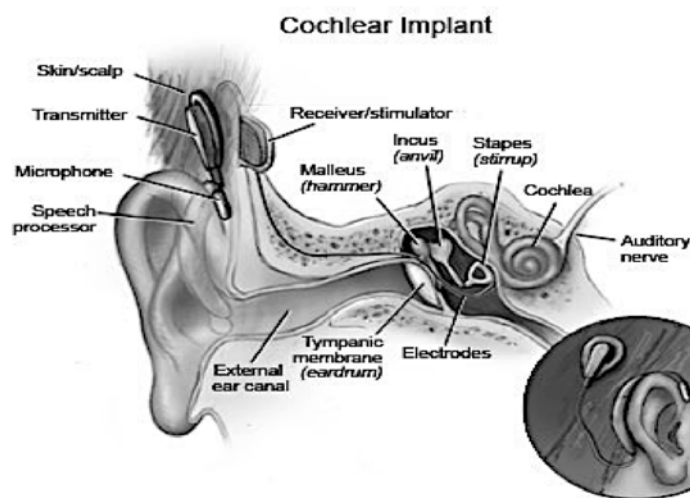
Lydprocessering med CI svarer ikke fuldkomment til lydprocessering hos normalthørende. Dette skyldes det relativt lave antal elektroder som modtager de elektriske stimuli i cochlea (Rubinstein, 2004). De relativt få elektroder resulterer i en mere kunstig og grov gengivelse

³ Decibel: Landsforeningen for børn og unge med høretab

af det virkelige lydbillede (Dillon, 2001). Der anvendes grundlæggende tre basale lydprocesseringsstrategier i et CI (inspiration fra undervisning ved cand. mag. i audiologopædi Jane Lignel-Josvassen, april 2012): Antal steder der stimuleres giver formant-information⁴ (Tye-Murray, 2009; Niparko, 2004), strømstyrkeniveauet styrer styrken af det indkomne signal, og antal stimulationer pr. sekund afgør det indkomne signals nuanceringsgrad (Tye-Murray, 2009).

Udbyttet af CI afhænger af en række forskellige faktorer, hvoraf den mest afgørende faktor er, hvilken sprognose der anvendes i hjemmet (Percy-Smith, 2006). Andre variable, som har betydning for udbyttet af CI, er alder ved operation, omgivelsernes sproglige stimulation og støtte, samt barnets egne ressourcer, fx begrænsninger på grund af andre diagnoser udover høretabet (Percy-Smith, 2006). Derudover opnås det optimale udbytte bedst, hvis der interveres med rehabilitering, der stimulerer den auditive sans og faciliterer verbal kommunikation. Yderligere er løbende teknisk kontrol af udstyret vigtigt. Denne initiale ambulante auditive efterbehandling efter CI-operation bør indeholde intervention med AVT (Sundhedsstyrelsen, 2012). Kendskab til opbygning, funktion og udbytte af CI er derfor relevant, for alle der beskæftiger sig med AVT. I Danmark er retningslinjerne for den audiologiske intervention til børn med HA og BAHA, ikke nær så grundigt beskrevet, som for CI (Ardenkjær-Husted & Josvassen, 2011). Disse to høretekniske hjælpemidler bliver beskrevet i de næste afsnit (Afsnit 2.6 og Afsnit 2.7).

FIGUR 3
Tværsnit af øregangen med indblik til både den interne og den eksterne del af CI.



Note: Kilde: Kids Health (u.å.)

⁴ Formanter er den resonans, der skabes af vokaler (Tye-Murray, 2009)

2.6 Høreapparat (HA)

CI og HA er meget forskellige: CI kompenserer for ødelagte eller ikke-fungerende dele af indre øre, mens HA ikke kompenserer, men i stedet forstærker og former lydsignalet, så dette bliver hørbart for barnet (Cole & Flexer, 2007). HA er typisk det første høretekniske tiltag der iværksættes for at give det hørehæmmede barn adgang til lydindtryk (Cole & Flexer, 2007). De allervigtigste lyde er talelyde, og derfor er det væsentligt, at sammenholde viden om talens akustik med funktionen af HA og udbyttet heraf (Cole & Flexer, 2007; Ling, 1989).

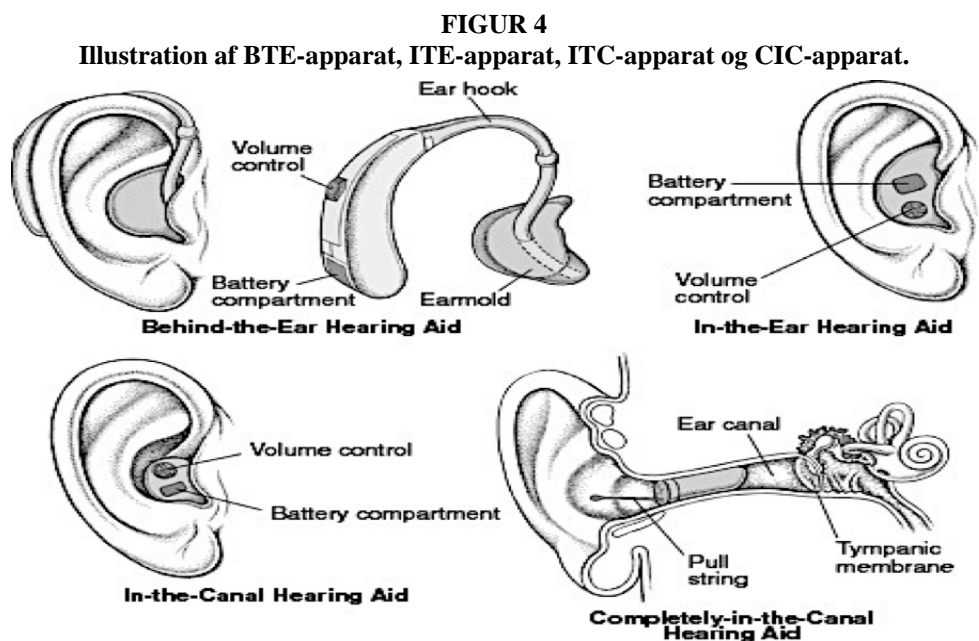
Ideelt set skal HA give barnet den mængde forstærkning, som gør det muligt for barnet at høre flest muligt svage lyde, uden at forstærke allerede kraftige lyde så meget, at de bliver for kraftige og dermed ubehagelige for barnet. Intervallet mellem disse to yderligheder kaldes barnets *dynamic range* (Dillon, 2001; Ling, 1989). HA skal yderligere have et passende frekvensområde (*frequency range*) (Dillon, 2001), således at talelydene, som falder indenfor barnets hørbare område (*auditory range*), med højeste og laveste *pitch* forstærkes tilstrækkeligt (Ling, 1989). Det er derudover vigtigt, at apparaterne gengiver lyde så præcist som muligt, sådan at tids-, frekvens- og intensitetskomponenter af talen ikke bliver unødigt forvrænget (Ling, 1989). Jo sværere barnets høretab er, jo sværere er det at imødekomme disse ovenstående idealer for høreapparatstilpasningen af barnet. En vigtig pointe er ifølge Ling (1989), at hørelse via HA ikke kan sidestilles med at have normal hørelse, på trods af at det hørehæmmede barn opnår et acceptabelt udbytte af høreapparatstilpasningen.

HA beskrives ofte ud fra hvor på kroppen de bliver båret. Listet fra den største til den mindste type kan høreapparater kategoriseres som følgende: kropsbårne, *behind-the-ear* (BTE), *in-the-ear* (ITE), *in-the-canal* (ITC) og *completely-in-the-canal* (CIC) (Tye-Murray, 2009) (Se Figur 4 for grafisk illustration på næste side). De tre sidstnævnte typer anbefales ikke til børn, særligt på grund af den løbende vækst af barnets øregang, men også fordi de ikke har samme mulighed for tilslutning til personligt FM-system som BTE-apparaterne (Tye-Murray, 2009; Cole & Flexer, 2007). Barnets kontinuerlige vækst medfører, at det er særligt vigtigt at være opmærksom på, at der skiftes propper ofte (Widen, Bull & Folsom, 2003).

I alle typer HA opfanges lydsignalet af en mikrofon. Signalet behandles og forstærkes af en elektronisk forstærker og sendes derefter til en højttaler (Tye-Murray, 2009; Dillon, 2001).

Denne højtaler konverterer de elektriske signaler tilbage til lyd (Dillon, 2001). Udgangssignalet sendes enten direkte til øregangen via en slange til et øreformet tilpasningsstykke og ind i barnets øregang, eller via en tynd ledning til en *receiver*, der er placeret direkte i øret (Tye-Murray, 2009; Dillon, 2001). Et batteri sikrer den nødvendige energitilførsel til forstærkeren (Dillon, 2001).

Hørehæmmede børn tilpasses så tidligt som muligt med HA, gerne bilateralt. Det anbefales af Sundhedsstyrelsen (2004), at behandling af høretab bør påbegyndes indenfor 6 mdr. efter fødslen for at opnå bedst mulig sprogudvikling (Jones & Guignard, 2012). Yderligere anbefales det, at der foretages tilpasninger af apparaterne, hver gang ny information om barnets høretab opnås (Sundhedsstyrelsen, 2004). HA kan tilpasses børn i alle aldre, men der kan være udfordringer ved tilpasning af HA på spædbørn yngre end 6 måneder, for eksempel besværliggøres høreapparatstilpasningen af barnets små og kontinuerligt voksende øregange, eventuelle konduktive komponenter til høretabet, andre komorbide diagnoser og problemer med tilbagekoblingshyl forårsaget af tæt kropskontakt med en voksen eller af den store mængde tid som barnet tilbringer liggende (Cole & Flexer, 2007).



Note: Kilde: Merck Manual (u. å.)

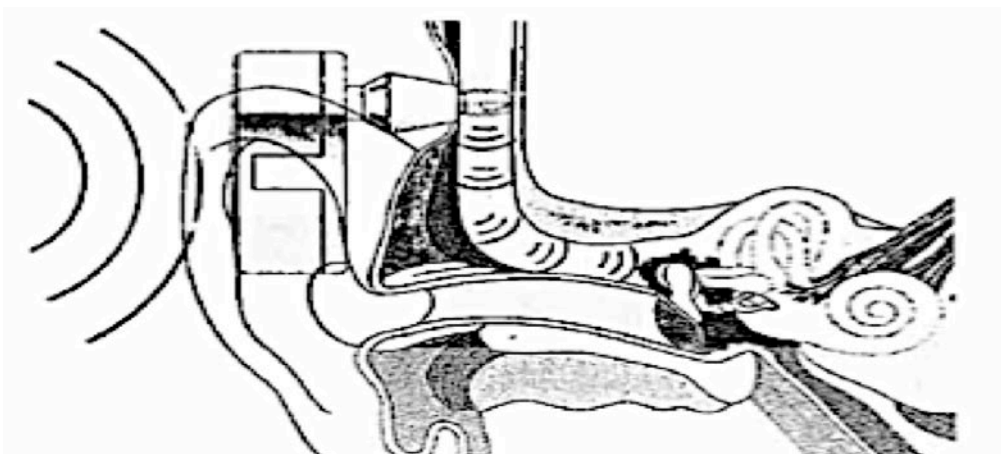
2.7 Bone-Anchored Hearing Aid (BAHA)

Bone-Anchored Hearing Aid (BAHA) kaldes på dansk et knogleforankret høreapparat, og fungerer næsten på samme måde som et knogleledningsapparat (se Figur 5 for grafisk illustration). Men hvor det traditionelle knogleledningsapparat holdes fast mod udspringet i mastoidknoglen, enten af en stålbojle (BC-bojle) eller et blødt pandebånd (BAHA-*softband*), og ad den vej sender vibrationer via knoglen til begge cochleae, kobles BAHA til et implantat indopereret i selve mastoidknoglen (Cole & Flexer, 2007; Dillon, 2001). Ifølge Hakansson & Carlsson (1994) består BAHA af tre dele: Et titanium implantat, som forankres i mastoidknoglen bag ydre øre, en fastgørelsesanordning (*abutment*) som forbinder den indre og den ydre del af systemet samt en lydprocessor.

Dillon (2001) beskriver opbygning og funktionen af BAHA således: Et lille implantat af titanium indsættes ved et kirurgisk indgreb i den mastoide del af tindingebenet. Herefter fastgøres en lydprocessor til den øverste del af implantatet ved hjælp af en fastgørelsesanordning, kaldet et *abutment*. Lydprocessoren opfanger lyde fra omgivelserne og konverterer signalet til mekaniske vibrationer. Disse vibrationer sendes fra processoren via *abutment* til implantatet. Vibrationerne forplanter sig herfra til kraniet, og stimulerer cochlea via direkte benledning (Hakansson & Carlsson, 1994).

Børn med konduktive, blandede og ensidige høretab er egnede kandidater til BAHA-behandling, dog skal benledningstærsklen være bedre end 45-60 dB, hvis et barn med høretab skal have gavn af BAHA (Dillon, 2001). BAHA er derfor ikke egnet til profunde høretab (Dillon, 2001). Man opererer ikke et blivende BAHA på helt små børn, da deres kranieknogle endnu er for tynd, samt at deres kranium stadig vokser (McCormick, 1993). BAHA-implantation anbefales tidligst ved 5 års alderen, men indtil denne alder nås kan et såkaldt BAHA-*softband* anvendes midlertidigt (Cole & Flexer, 2007).

FIGUR 5
Tværsnit af øregangen med BAHA indopereret i den mastoide del af tindingebenet.



Note: Kilde: Cole & Flexer, 2007.

2.8 AVT - Auditory-Verbal Therapy

Formålet med det følgende afsnit er at skitsere det teoretiske grundlag, som undersøgelsen af målsætninger i dansk AVT-praksis vil tage udgangspunkt i. I det følgende vil AVT-metoden blive defineret og gennemgået med afsæt i grundlaget for metodens opståen og metodens 10 principper, herunder en særligt grundig gennemgang af Princip 7 og Princip 9, som er væsentlige i besvarelsen af dette speciales forskningsspørgsmål. Herefter følger en skitsering af de hierarkiske auditive færdigheder *detection*, *discrimination*, *identification* og *comprehension* som der arbejdes med i AVT-metoden for at udvikle lytning. Endvidere gennemgås de AVT-teknikker som benyttes til at facilitere denne udvikling. Vi har endvidere valgt at medtage et afsnit, som omhandler certificering til AV-terapeut, da skitseringen af certificeringsprocessen er grundlæggende for, at kunne afdække dansk AVT-praksis og er en del af grundlaget for besvarelsen af nærværende speciales problemstilling.

2.8.1 AVT-metodens berettigelse

Neonatal hørescreening, høreforbedrende operationer og fremskridt inden for høreteknologien har givet mulighed for tidlig adgang til og udvikling af det auditive center i hjernen og har dermed bidraget til, at hørehæmmede børn nu har bedre mulighed for indlæring af talt sprog via lytning (Flexer, Goldberg, & Moog, 2012; Cole & Flexer, 2007). AVT har dermed sin berettigelse, da denne metode netop har fokus på tilegnelse af talt sprog gennem lytning. Indførelsen af neonatal screening kombineret med tidlig CI-implantation eller tilpasning med anden høreteknologi på babyer har medført, at der i audiologopædisk praksis ses yngre børn end tidligere, så behovet for AVT er større end nogensinde før (Eisenberg, 2009).

2.8.2 Tilblivelsen af AVT

Praksis med at udnytte residualhørelsen som støtte til at udvikle talt sprog har en lang oprindelseshistorie. Max Goldstein, en amerikansk otolog, var fortaler for en ren akustisk metode til børn med høretab, og udgav i 1939 bogen "*The Acoustic Method*". Bogen beskriver, hvordan man kan facilitere barnets sprog og tale via barnets auditive sans, på trods af at funktionen af denne er nedsat (Goldberg & Flexer, 2012; Rhoades & Duncan, 2010). Goldsteins tilgang markerede starten på en ny pædagogik inden for arbejdet med hørehæmmede børn (Rhoades & Duncan, 2010). I 1969 medvirkede Doreen Pollack til at danne habiliteringsprogrammet *Acoupedics* (Lim & Simser, 2005; Caleffe-Schenck, 1992). *Acoupedics* var en pædagogisk tilgang, der byggede på et rationale om, at selv den mindste resthørelse skulle fungere som hjælpemiddel for kommunikationen (Goldberg & Flexer, 2012; Rhoades & Duncan, 2010). De hørehæmmede børn skulle opnå deres optimale hørepotentiale gennem lyttetræning (Jensen, 2010; Pollack, 1974). Yderligere havde metoden forældreinddragelse som omdrejningspunkt (Pollack, 1974). Især Max Goldstein, Emil Froeschels, Doreen Pollack, Helen Beebe samt Daniel Ling anses for at være hovedpionererne i udviklingen bag den AVT-metode, der i dag anvendes på verdensbasis (Goldberg & Flexer, 2012). I 1978 deltog Daniel Ling, Doreen Pollack og Helen Beebe i en konference, hvor de var med til at danne *The International Committee on Auditory-Verbal Communication* (ICAVC), som byggede videre på tankesættet fra *Acoupedics* (Goldberg & Flexer, 2012). I samme forbindelse foreslog Daniel Ling, at anvende termen *auditory-verbal* som en erstatning for *Acoupedics* og lignende begreber (Rhoades & Duncan, 2010). I 1981 slog *The Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing* (AG Bell) og ICAVC sig sammen. Samarbejdet varede indtil 1986, hvor ICAVC besluttede at danne en verdensomspændende, nonprofit organisation, som blev etableret med det formål at støtte den auditivt-verbale tilgang. Organisationen kaldtes *Auditory-Verbal International, Inc.* (AVI) (Goldberg & Flexer, 2012). Medlemmerne af AVI var både forældre, professionelle og hørehæmmede personer (Estabrooks, 1994). I 1994 udbød AVI for første gang muligheden for, at opnå certificering som AV-terapeut via en eksamen (Goldberg & Flexer, 2012; Rhoades & Duncan, 2010). I 2004 blev AVI opløst, og fra 2005 blev certificeringsprocessen varetaget af *The Alexander Graham Bell Academy for Listening and Spoken Language* (AG Bell Academy). AG Bell Academy har siden 2005 fungeret som en underorganisation til AG Bell, der pt. er en non-profit organisation, som udbreder viden om høretab og intervention heraf (Goldberg & Flexer, 2012; Goldberg, Dickson & Flexer, 2010; Estabrooks, 2006).

2.8.3 Definition af AVT

AG Bell (2012) definerer AVT på følgende måde:

“Auditory-Verbal Therapy facilitates optimal acquisition of spoken language through listening by newborns, infants, toddlers, and young children who are deaf or hard of hearing. Auditory-Verbal Therapy promotes early diagnosis, one-on-one therapy, and state-of-the-art audiologic management and technology. Parents and caregivers actively participate in therapy. Through guidance, coaching, and demonstration, parents become the primary facilitators of their child’s spoken language development. Ultimately, parents and caregivers gain confidence that their child can have access to a full range of academic, social, and occupational choices. Auditory-Verbal Therapy must be conducted in adherence to the Principles LSLS of Auditory-Verbal Therapy” (AG Bell, 2012; p. 2).

To af kerneelementerne i AVT fremhæves i ovenstående definition: Facilitering af sprogudviklingen via lytning samt forældreinddragelse. Disse to elementer vil blive beskrevet mere dybdegående nedenfor. Desuden indgår disse to fokuspunkter også i de 10 AVT-principper, som definitionen ydermere påpeger skal overholdes i AVT (Afsnit 2.8.4).

AVT er en undervisningsform, som anvendes i rehabiliteringen af børn med hørenedsættelse, der er blevet cochlear implanteret eller tilpasset med andre høretekniske hjælpemidler. Som det fremgår af metodens navn, er hovedformålet med AVT at styrke det hørehæmmede barn auditivt og verbalt. Dette gøres ved facilitering af barnets sproglige udvikling gennem lytning med udgangspunkt i den normale sprogudvikling (Ardenkjær-Husted & Jøsvassen, 2011; Estabrooks, 1994). I AVT skelnes mellem at høre (med ørene) og at lytte (med hjernen) (Eisenberg, 2009). Hørelse er en forudsætning for indlæring af lytning (Cole & Flexer, 2007). Ved at fokusere på primær auditiv afkodning af akustiske signaler, medfører indlæringsmetoden en øget stimulering af de neurale netværk i hørecenteret i hjernen; derved maksimeres udbyttet af det hørehæmmede barns auditive potentiale (Chowdry, 2010). Målgruppen for AVT-metoden er børn med høretab fra nyfødt til skolealder (Eisenberg, 2009), og som nævnt i definitionen ovenfor er metoden baseret på tidlig diagnosticering.

Formålet med AVT-undervisningen er, at skabe adgang for auditiv information i det hørehæmmede barns hjerne (Caraway & Horvath, 2012). Forebyggelse og indhentning af forsinket sprogudvikling, samt stræben efter at barnet, så hurtigt som muligt, opnår alderssvarende talesprog,

er endvidere vigtige mål med AVT-undervisningen (Estabrooks, 2012b; Ardenkjær-Husted & Josvassen, 2011). Desuden tilstræbes, at størsteparten af de hørehæmmede børn enkeltintegreres i almindelige institutioner (Eisenberg, 2009). På længere sigt er målet at barnet kan opnå fuld social integration trods hørenedsættelsen (Chowdry, 2010; Lim & Simser, 2005; Tyszkiewicz, 2004). Dette beskrives tillige i følgende citat af AVI fra 1991 (fra: Wilson & Walker i Estabrooks, 2001; p. 140) ”children who are deaf or hard of hearing can grow up in regular learning and living environment”. Disse mål er høje, men realistiske, da den moderne høreteknologi gør det muligt for børn med en hørenedsættelse at knække sprogkoden gennem lytning (Estabrooks, 2012b).

Grundlaget i AVT er det tætte samarbejde med forældrene (Estabrooks, 2012b; Lim & Simser, 2005; Tyszkiewicz, 2004). I AVT-undervisningen arbejdes der diagnostisk, dvs. at der løbende foretages evaluering af både barnets og forældrenes fremskridt og færdigheder (Estabrooks, 2012b; Poulsen, Østergaard & Christoffersen, 2006; Estabrooks, 1994). Forældreinddragelse betyder, at forældrene (eller andre primære personer i barnets liv) deltager aktivt i undervisningen (Simser & Estabrooks, 2012) med det formål, at de skal lære at facilitere barnets lytte- og sprogudvikling ved hjælp af teknikker og strategier fra AVT (Estabrooks, 2012b; Eisenberg, 2009; Cole & Flexer, 2007). Andre personer, med nær relation til barnet, kan også inddrages og vejledes. Således stiles der efter, at alle omkring barnet samarbejder om at støtte barnet. Enhver ny gruppe voksne omkring barnet skal i teorien have viden om hvordan de bedste auditive forhold og betingelser for barnet skabes og sikres (Larsen & Balle, 2005). Den vigtigste opgave for underviserne i AVT er, at guide forældrene efter AVT-metodens 10 principper, så de får forståelse for og viden om, hvordan deres barn kan maksimere udbyttet af dets auditive potentiale, og hvorledes de selv kan facilitere deres barns verbale og auditive udvikling (Ardenkjær-Husted & Josvassen, 2011; Chowdry, 2010; Bau & Sandager, 2007). Da forældrene har den primære kontakt med barnet, kan de bedst påvirke barnets sproglige udvikling ved hjælp af de rette metoder og med udgangspunkt i barnets naturlige omgivelser (Chowdry, 2010); især i barnets allerførste leveår (Flexer, Goldberg, & Moog, 2012; Simser & Estabrooks, 2012; Ling, 1989). AVT er gået fra at være centreret omkring barnet til at være en mere familie-fokuseret tilgang med forældrene som den primære klient (Estabrooks, 2006). Den egentlige læring sker i naturlig interaktion med barnet i dets hverdag snarere end i undervisningslokalet, derfor forventes det af forældrene, at de implementerer og integrerer AVT-principperne i hverdagslivet, fx igennem leg, for således intensiveres og maksimeres mængden af situationer, hvor AVT-træning kan opstå til gavn for barnet (Estabrooks,

2012b; Estabrooks, 1994). På den måde fungerer forældrene som sproglige rollemønstre for deres barn (Warren Estabrooks i *Decibel*, 2008). AVT-tilgangen medfører en slags livsstilsændring for både det hørehæmmede barn og dets forældre, da omgivelserne konstant skal være særligt opmærksomme på at monitorere og facilitere optimale lytmiljøer for barnet (Eisenberg, 2009; Cole & Flexer, 2007). I AVT er det vigtigt at kommunikationen er funktionsorienteret, dvs. at den skal være naturlig - man skal ikke bare træne for at træne. Derimod skal den grundlæggende motivation for barnet være at kommunikere.

Forældreinddragelsen i AVT kan perspektiveres til danske forhold: Larsen (2011) konkluderer, at det styrker effekten af en indsats, hvis forældrene inddrages. Men for at denne inddragelse skal have bedst mulig effekt, er det vigtigt, at de professionelle udpeger overfor forældrene selv, hvor stor betydning deres deltagelse har. Dette kan være særligt vigtigt at lægge vægt på i et land som Danmark, hvor erhvervsfrekvensen og arbejdstiden blandt småbørnsforældre almindeligvis er høj. Danmark er, tilsammen med Portugal og flere østeuropæiske og baltiske lande, et af de lande i Europa, hvor mødre oftere end "ikke-mødre" arbejder mere end 40 timer om ugen (Miani & Hoorens, 2014; p. 15). Dette understøttes af tal fra Danmarks Statistik som viser, at beskæftigelsesfrekvensen for såvel mødre som fædre for det meste er højere end for kvinder og mænd uden børn (DST, 2011; p. 50). Hvad angår forældre til børn under 13 år, så arbejder fædre i gennemsnit 40,2 timer om ugen og mødre i gennemsnit 34,2 timer om ugen ifølge Danmarks Statistik. Samlet set deltager danske kvinder desuden mere på arbejdsmarkedet end mange andre europæiske kvinder (Beskæftigelsesministeriet, 2013).

2.8.4 De 10 principper

AVT-undervisning bør altid tage afsæt i de 10 grundlagsdannende AVT-principper (se Tabel 1), der skaber en systemiseret praksis, som bygger på empiriske fund og dermed er evidensbaserede (Rhoades & Duncan, 2010). På nuværende tidspunkt administreres de 10 principper af AG Bell (AG Bell, 2012). Oprindeligt blev disse obligatoriske principper defineret af Doreen Pollack i 1970 (AG Bell, 2007), senere modificeret af AVI i 1993 og i 2005 blev principperne udvidet fra 9 til 10 principper af AG Bell (Goldberg & Flexer, 2012; Estabrooks, 2006).

TABEL 1
Overblik over de 10 principper i AVT

Princip nr.	Ordlyd (original)	Ordlyd (dansk oversættelse)
1	Promote early diagnosis of hearing loss in newborns, infants, toddlers, and young children, followed by immediate audiologic management and Auditory-Verbal therapy	Anbefale tidlig diagnostik af høretab af nyfødte og småbørn, efterfulgt af tidlig audiologisk behandling og auditiv verbal terapi
2	Recommend immediate assessment and use of appropriate, state-of-the-art hearing technology to obtain maximum benefits of auditory stimulation	Anbefale tidlig udredning og anvendelse af tidssvarende høreteknologi for at kunne få maksimalt udbytte af auditiv stimulation
3	Guide and coach parents ¹ to help their child use hearing as the primary sensory modality in developing spoken language	Rådgive og vejlede forældre til at hjælpe deres barn til at bruge hørelse som den primære sansemodalitet i udviklingen af talesprog
4	Guide and coach parents ¹ to become the primary facilitators of their child's listening and spoken language development through active consistent participation in individualized Auditory-Verbal therapy	Rådgive og vejlede forældre til at blive de primære facilitatorer i deres barns høre- og talesprogsudvikling ved aktiv og konsistent deltagelse i individualiseret auditiv-verbal-terapi
5	Guide and coach parents ¹ to create environments that support listening for the acquisition of spoken language throughout the child's daily activities	Rådgive og vejlede forældre i at skabe dagligdagsmiljøer og aktiviteter, som støtter hørelsen og lytteevnen i tilegnelsen af talesprog
6	Guide and coach parents ¹ to help their child integrate listening and spoken language into all aspects of the child's life	Rådgive og vejlede forældre til at hjælpe deres barn med at integrere lytning og talesprog i alle aspekter af barnets liv
7	Guide and coach parents ¹ to use natural developmental patterns of audition, speech, language, cognition, and communication	Rådgive og vejlede forældre til at bruge naturlige udviklingsmønstre i tilegnelsen af hørelse, tale, sprog, kognition og kommunikation
8	Guide and coach parents ¹ to help their child self-monitor spoken language through listening	Rådgive og vejlede forældre i at hjælpe deres barn til at kunne kontrollere talen gennem lytning
9	Administer ongoing formal and informal diagnostic assessments to develop individualized Auditory-Verbal treatment plans, to monitor progress and to evaluate the effectiveness of the plans for the child and family	Administrere formelle og uformelle diagnostiske vurderinger for at kunne udvikle individuelle auditiv-verbal behandlingsplaner, for at kunne monitorere udvikling og for at kunne evaluere kvaliteten af behandlingen
10	Promote education in regular schools with peers who have typical hearing and with appropriate services from early childhood onwards	Anbefale integration i institutioner/skoler med normalthørende kammerater og med den fornødne pædagogiske og tekniske støtte

Note: De 10 principper på originalsproget er hentet fra AG Bell (AG Bell, 2007) Følgende noter til principperne stammer fra samme kilde: "An Auditory-Verbal Practice requires all 10 principles." og "The term "parents" also includes grandparents, relatives, guardians, and any caregivers who interact with the child." Den danske oversættelse af principperne stammer fra Sundhedsstyrelsen (2012).

Nedenfor vil vi kort redegøre for de principper, der er relevante for besvarelsen af forskningsspørgsmålene i vores problemformulering. Især to af principperne er væsentlige i forbindelse med specialets omdrejningspunkt om målfastsættelse i dansk AVT-undervisning, nemlig Princip 7 og Princip 9.

Princip 7

Princip 7 lyder: "Guide and coach parents to use natural developmental patterns of audition, speech, language, cognition, and communication" (AG Bell, 2007). Dette syvende princip indikerer, at AVT-undervisningen skal bygge på naturlige udviklingsmønstre i tilegnelsen af hørelse/lytning⁵, tale, sprog, kognition og kommunikation (Sundhedsstyrelsen, 2012). I Afsnit 2.3 om sprogudviklingen hos børn med høretab, beskrev vi, at hørehæmmede børn har en forsinket sprogudvikling snarere end en afvigende sprogudvikling, og dermed skal igennem de samme stadier som et normalhørende barn (Muma & Perigoe, 2010; Cole & Flexer, 2007). Derfor er det væsentligt, at tage udgangspunkt i normaludviklingen som beskrevet i Princip 7. Normaludvikling som målestok skal ikke blot anvendes indenfor tale- og sprogudviklingsområdet, men også indenfor de resterende områder, der er nævnt i Princip 7, nemlig hørelse/lytning, kognition og kommunikation. På disse områder kan også forventes udvikling, der følger normaludviklingen, da barnets høreteknologi skaber adgang for auditive input. Den kompromitterede hørelse burde derfor ikke være en hindring for almindelig udvikling af hørelse/lytning, tale, sprog, kognition og kommunikation, så længe barnet ikke har andre komorbide, konkurrerende diagnoser.

Princip 9

Af Princip 9 fremgår det, at der løbende skal ske en formel og uformel diagnostisk vurdering: "Administer ongoing formal and informal diagnostic assessments to develop individualized Auditory-Verbal treatment plans, to monitor progress and to evaluate the effectiveness of the plans for the child and family" (AG Bell, 2007). Den løbende evaluering har til formål, at danne grundlaget for udviklingen af individuelle habiliteringsplaner, monitorering af fremskridt og evaluering af effektiviteten af undervisningen (Perigoe, Allen, & Dodson, 2012). Den fortløbende diagnostiske vurdering kan yderligere anvendes til afdækning af det hørehæmmede barns styrker og

⁵ Der findes ikke et begreb på dansk, som helt dækker betydningen af ordet "*audition*". Begrebet *audition* dækker både over hørbarhed og lytteevne. Derfor oversætter vi i dette speciale *audition* med ordkonstellationen *hørelse/lytning*.

svagheder, samt til at skabe en *baseline* for målfastsættelse i AVT-undervisningen (Perigoe, Allen, & Dodson, 2012). Endnu en fordel ved den kontinuerlige diagnostik er at det er muligt at individualisere og niveautilpasse undervisningen. Dette gør det lettere at videreformidle konkrete informationer om barnets udvikling i kommunikationen og samarbejdet med andre professionelle omkring barnet og med forældrene (Perigoe, Allen, & Dodson, 2012). Tyszkiewicz (2004) påpeger desuden, at den diagnostiske fremgangsmetode medfører mulighed for, at sætte helt specifikke mål for det enkelte barn: “[E]ach session is diagnostic, and leads to highly specific individualised goals for the child and family” (p. 2). Rotfleisch & Martindale påpeger at uden løbende evaluering kan man ikke vide, om AVT-undervisningen hjælper barnet til at gøre fyldestgørende fremskridt: ”Without adequate, ongoing assessment and evaluation, it is not possible to know whether or not the child is making adequate progress in the development of listening and spoken language as well as in the other domains[...].” (Rotfleisch & Martindale, 2012; p. 944).

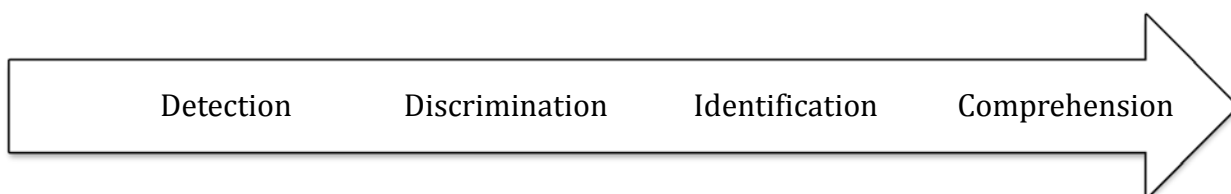
Generelt understreger de 10 principper vigtigheden af specifik vejledning til forældrene, således at de kan lære at arbejde med integrering af den auditive sans og sproglige udvikling passende til barnets udviklingsstadiet (Sundhedsstyrelsen, 2012). Ligeledes er det bemærkelsesværdigt at seks af principperne introduceres med ”*Guide and coach parents...*,” hvilket henviser til, at forældreinddragelse er et centralt element i AVT (se Tabel 1, side 31). Elementet forældreinddragelse har også relevans for den professionelle målfastsættelse, da målene skal kunne implementeres af forældrene i deres og børnenes hverdag. Særligt Princip 3, 4, 5 og 6 tydeliggør forældrenes centrale rolle i opfyldelsen af de fastsatte mål i AVT-undervisningen.

2.8.5 AVT-teknikker

I AVT arbejder man med fire forskellige auditive færdigheder som er hierarkiske (se Figur 6). De fire færdigheder, *detection*, *discrimination*, *identification* og *comprehension*, skal alle børn gennemgå for at lære at høre fuldkomment (Estabrooks, 2012c; Eisenberg, 2009):

FIGUR 6

Skematisk model over udviklingen af lytning: Et kontinuum af fire færdigheder, som både er sekventielle, men samtidig også overlappende. Alle børn gennemgår disse stadier i deres udvikling af hørelsen.



Note: Kilde: Estabrooks, 2012c.

Detection, henviser til den færdighed, hvor barnet skal lære at være opmærksom på tilstedeværelse eller fravær af lyd. *Discrimination*, er den evne, hvor barnet lærer at skelne mellem lyde; deres ligheder og forskelle. Evnen til at gengive eller identificere lyde via for eksempel billedudpegning eller gentagelse af det sagte, hører under begrebet *identification*. Sidste trin på kontinuumet, *comprehension*, dækker over evnen til at forstå almindelig tale i en kendt kontekst, bedømt ud fra om barnet for eksempel kan komme med relevant respons på et spørgsmål, følge instruktioner, deltage i en samtale.

For at facilitere barnets udvikling igennem overstående faser, anvendes en række forskellige teknikker i AVT-undervisningen, blandt andre: *auditory hooks*, *auditory closure* og *acoustic highlighting* (Eisenberg, 2009). Eisenberg (2009) beskriver de forskellige teknikker på følgende måde: Anvendelsen af *auditory hooks*, såsom ”Hør!” ”Lyt”, ”Åhåh”, ”Hov”, har til formål at fange barnets opmærksomhed via lytning (Estabrooks, 2012c). Teknikken *auditory closure* består i, at det hørehæmmede barn opfordres til at afslutte halvfærdige sætninger, som AV-terapeuten eller forældrene bevidst påbegynder, men ikke selv afslutter. *Acoustic highlighting* er en teknik til at fremhæve bestemte ord eller dele af ord ved eksempelvis af hviske, synge eller betone syntaktiske elementer (Estabrooks, 2012c; Haven & Rødsgaard-Mathiesen, 2007). Endvidere er det vigtigt, at disse teknikker udføres under de mest gunstige lytteforhold, hvor av-praktikeren og/eller forældrene sidder ved siden af barnet ved barnets bedst hørende øre, taler tæt ved det høretekniske hjælpemiddels mikrofon, taler med normal stemmestyrke og minimerer baggrundsstøjen mest

muligt (Haven & Rødsgaard-Mathiesen, 2007). Desuden anvendes en huskeregel, kaldet *OWL*, der er en forkortelse for *observe, wait, listen* (undervisning ved Jane Lignel-Josvassen, april, 2012).

Endvidere anvendes LING-lydene hyppigt i AVT, også kaldet "*The Six-Sound Test*", udarbejdet af Daniel Ling. Denne test består af 6 forskellige lyde (mm, oo, ah, ee, sh, /s/), som barnet skal forsøge at detektere. På ganske kort tid opnås således en indikation af, om et barn kan detektere lyde på tværs af hele taleområdet frekvensspektrum, dvs. fra 250 til 4kHz (Ling, 2012).

2.8.6 Certificering

AV-terapeut er en beskyttet titel, og derfor skal certificering ved AG Bell opnås, før denne må anvendes (Bernstein, 2008; Estabrooks, 2006). I 1994 blev det muligt i engelsksprogede lande at opnå en AVT-certificering via organisationen AVI, som på daværende tidspunkt varetog certificeringerne (Goldberg & Flexer, 2012; Rhoades & Duncan, 2010). I 2005 overgik ansvaret for certificeringer til AG Bell, der nu administrerer og sætter standarderne for det globale certificeringsprogram (Goldberg & Flexer, 2012).

Formålet med at oprette AG Bell Academy som en selvstændig underorganisation til AG Bell var, og er fortsat, at forbedre tale og lytning for børn med hørenedsættelse via høje standarder for og certificering af professionelle indenfor området (Goldberg *et al.*, 2010). Som før nævnt giver tidlig identifikation som følge af nationale neonatale screeninger samt moderne høretekniske hjælpemidler børn med høretab de bedst mulige forudsætninger for at høre, lytte og tale. Men for at disse muligheder kan udnyttes optimalt, er det nødvendigt med støtte og vejledning fra en kvalificeret professionel (Goldberg *et al.*, 2010). På trods af, at det kræver en certificering, at kalde sig AV-terapeut, så må AVT-metoden dog benyttes af alle der arbejder med børn med hørenedsættelse, hvis blot de overholder metodens 10 grundlæggende principper (Rhoades & Duncan, 2011).

Certificeringsprocessen til *LSLS Cert. AVT™* eller *LSLS Cert. AVed™* (LSLS: Listen and Spoken Language Specialist) stiller store krav til den professionelle, der ansøger om certificering. Førstnævnte titel tildeles professionelle, der arbejder med individuel undervisning af hørehæmmede børn og deres forældre. Sidstnævnte titel tildeles professionelle, der arbejder med undervisning af hørehæmmede børn i grupper eller klasser, herunder indsats for enkeltintegration af

barnet (AG Bell, 2012; Bernstein, 2008). En grund- og videreuddannelse inden for audiologi og pædagogik generelt, samt AVT-specifikt er en forudsætning for optagelse i et certificeringsforløb (AG Bell, 2012; Jensen, 2010). Certificeringsforløbet afsluttes med en eksamen, men inden en professionel kan tage certificeringseksamen skal denne gennemføre et 3-årigt mentorforløb ved en certificeret AV-terapeut (AG Bell, 2012; Ardenkjær-Husted & Josvassen, 2011; AG Bell, u. å. a). Det er pålagt mentoren, at sikre at ansøgeren forud for certificeringseksamen overholder metodens 10 principper (AG Bell, u. å. c). Derudover modtager ansøgeren undervisning i AVT-metodens teori og praksis, overvære andre AV-terapeuters AVT-sessioner, samt deltager i undervisning om generelle audilogiske emner (AG Bell, 2012; Jensen, 2010; AG Bell, u. å. c). Det forventes, at der opnås 900 timers personlig erfaring med AVT, heraf 750 i form af direkte undervisning (undervisning ved Lone Percy-Smith, 2014; AG Bell, 2012). 150 timer kan bestå af institutionsbesøg, foredrag, konferencer og lignende (undervisning ved Lone Percy-Smith, 2014). Inden det er muligt for en ansøger at tage en certificeringseksamen, skal skriftligt materiale foreligge, i form af anbefalinger fra tre forældrepar, dokumentation som bevis på alt opnået erfaring med AVT, samt underskrift på at fremtidigt AVT-arbejde udføres i overensstemmelse med de 10 grundlæggende AVT-principper (Goldberg & Flexer, 2012; AG Bell, 2012; Jensen, 2010). Fornyelse af certificeringen er påkrævet hvert andet år, hvor dokumentation for vedligeholdelse af AVT-færdighederne skal kunne fremvises (Jensen, 2010).

2.8.7 AVT i Danmark

På verdensplan er der over 650 certificerede AV-terapeuter (Goldberg & Estes, 2012), ca. to-tredjedel af disse er bosat i USA, mens den resterende tredjedel er fordelt på 30 forskellige lande (AG Bell, u. å. b). ”Auditory Verbal Therapy er i den engelsk- og tysksprogede del af verden en velbeskrevet og velkendt metode, der er udviklet som en naturlig følge af de forbedrede forstærkningsmuligheder, moderne høreapparater og cochlear implant giver børn med store høretab” (Haven & Rødsgaard-Mathiesen, 2007; p. 4). I Danmark er der på nuværende tidspunkt ingen certificerede AV-terapeuter.

I Sundhedsstyrelsens udgivelse “Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark - udredning, operation, efterbehandling og monitorering” (2012), anbefales det som sagt, at anvende AVT i den initiale ambulante auditive efterbehandling af CI-opererede børn. Denne tidlige intervention med AVT bør finde sted allerede i tiden før implantationen, og i en

periode på 12 måneder efter CI-operationen (Sundhedsstyrelsen, 2012). I begyndelsen vil AVT gennemføres en gang om ugen eller hver anden uge og være af ca. en times varighed – senere i forløbet ca. en gang om måneden (Sundhedsstyrelsen, 2012). I årene efter CI-implantationen vil barnets udbytte af CI-operationen, både sprogligt og auditivt, blive fulgt nøje (Sundhedsstyrelsen, 2012). Der lægges i retningslinjerne vægt på, at den auditive undervisning varetages af professionelle med kompetence og erfaring i AVT. Yderligere påpeges det, at der skal være konsensus mellem tilbuddet om initial ambulant auditiv efterbehandling og de 10 evidensbaserede AVT-principper. Som tidligere nævnt, mangler der retningslinjer for habiliteringsforløb til børn med andre høretekniske hjælpemidler end CI (Ardenkjær-Husted & Josvassen, 2011).

I Danmark er kursusforløb i AVT-metodens teori og praksis af forskellige omfang, blevet udbudt. Dette betyder, at der efterhånden er et stort antal danske professionelle, som har opnået kendskab til AVT samt fået indføring i metodens principper og teknikker (Jensen, 2011) Kursusforløbene er primært blevet finansieret af høreapparats- og cochleaimplantatproducenter (Haven & Rødsgaard-Mathiesen, 2009; Franck, 2007). Som eksempel på hvordan udbredelsen af AVT er foregået, fremstiller initiativtager til og koordinator for ”AVTisterne i Danmark”, talehørekonsulent Anne Haven, at hun og kollegaen, Vibeke Rødsgaard-Mathiesen, efter deltagelse i Warren Estabrooks’ AVT-uddannelse i Danmark har udbudt kurser efter samme kursusmodel som det oprindelige Estabrooks-kursus (personlig kommunikation via e-mail, 4. marts, 2014). Kurserne giver deltagerne en grundig forståelse af metodens teori og praksis, men ingen certificering (Haven & Rødsgaard-Mathiesen, 2007).

2.8.8 Afrunding af afsnittene om AVT

I dette afsnit er de vigtigste elementer i AVT-metoden blevet gennemgået. AVT-metoden adskiller sig fra mange andre audiologiske behandlingsmetoder, dels i kraft af det store fokus på forældreinddragelsen, dels ved at det ikke er en kompenserende eller afhjælpende pædagogik, dvs. at der ikke bruges støttetegn eller mundaflysning, men snarere arbejdes funktionsorienteret ud fra normaludviklingen (Muma & Perigoe, 2010). Afsnittet er det teoretiske udgangspunkt for vores empiriske undersøgelse af målfastsættelse i dansk AVT-praksis.

2.9 Målfastsættelse - generelt og i AVT-sammenhæng

Fra dag ét er høreudviklingen for et hørehæmmet barn anderledes, end den er for et normalthørende barn. Det hørehæmmede barns auditive respons overfor forældrene er anderledes, og derfor kan forældrenes kommunikative adfærd over for barnet ændres (Larsen & Balle, 2005). Nogle forældre kan ikke få sig til, at tale til deres hørehæmmede barn, "*Why talk if the child can't hear?*" (Ling, 1989). Når barnets hørenedsættelse afhjælpes af et høreteknisk hjælpemiddel og kombineres med AVT-undervisning, er det derfor vigtigt, at AV-terapeuten demonstrerer vigtigheden af, at fortsætte med at tale til barnet på trods af hørenedsættelsen (Estabrooks, 2006). Målsætninger baseret på normaludvikling udgør en vigtig del af AVT og kan fungere som sigt punkter for underviser, forældre og barn i deres arbejde mod bedre auditiv og verbal funktion hos barnet.

2.9.1 Målfastsættelse i AVT

Målsætning skal som alle andre elementer i AVT-undervisningen ske i overensstemmelse med de 10 principper (AG Bell, 2007). Der sættes i AVT-undervisningen både korttids- og langtidsmål indenfor områderne: *hørelse/lytning, tale, sprog, kognition og kommunikation* (Estabrooks, 2012b; Princip 7). Undervisningens diagnostiske karakter bidrager til, at kunne fastsætte disse mål (Poulsen *et al.*, 2006). Målene skal sættes ud fra normaludviklingen jf. Princip 7, som netop opfordrer til, at man i AVT-undervisningen følger og fastsætter mål ud fra normale udviklingsmønstre. Rotfleisch & Martindale (2012; p. 941) understreger dette, ved at påpege, at der sædvanligvis ikke bør anvendes materialer, der bygger på afvigende udvikling, til hørehæmmede børn uden andre diagnoser: "Parents need to be aware that unless their child has been diagnosed with an intellectual disability, alternative assessments to measure academic achievement are *not* appropriate for a child with a hearing loss". Det er vigtigt, at være opmærksom på, hvad et normalthørende jævnaldrende barn kan præstere auditivt, da det let sker, at forventningerne sættes lavere til børn med hørenedsættelse. Bylander & Krogh (2014) beskriver, i en dansk-som-andetsprog kontekst, farerne ved ikke at udgå fra en normaludvikling i sin målfastsættelse: "At lave et parallelsystem til børn i en flersproget kontekst kan medføre, at der etableres et system, hvor der stilles meget lave forventninger til børnene, blandt andet fordi ingen har overblik over tilegnelsens progression." (Bylander & Krogh, 2014; p.22). Ligeledes understreger Warren Estabrooks, at "Det største handicap børn med hørenedsættelse fra hele verden kan have er: LOW EXPECTATIONS!" (citater af Warren Estabrooks fra: Bau & Sandager, 2007; p. 9).

Realistiske forventninger og målsætninger er grundlaget for videreudvikling af barnets auditive og verbale færdigheder (Rotfleisch & Martindale, 2012). Ifølge Franck (2008) er det den professionelles ansvar, at sikre et passende niveau for målsætningerne: ”Som professionel skal man sætte overliggeren højt og stille høje forventninger både til forældrenes indsats og til de mål som barnet skal nå (Franck, 2008; p. 6),” og videre ”Her må den professionelle give forældre en indsigt i udviklingsmønstrene, således at man som forældre og pædagog hele tiden har for øje, hvad det næste skridt bør være i barnets udvikling.” (Franck, 2008; p. 7).

Princip 9 foreskriver, som tidligere nævnt, at der i AVT-undervisningen skal udføres løbende evaluering. Løbende evaluering er, ifølge Ling (1989), et essentielt element i arbejdet med mål. Derfor er det vigtigt, at enhver habiliteringsplan i AVT er specifik i besvarelsen og evalueringen af følgende spørgsmål: ”Hvilket niveau af en bestemt færdighed (level of skill) har barnet indtil nu opnået?”; ”Er tidligere indlærte færdigheder bevaret/fastholdt?”; ”Udvikles både fonologiske og fonetiske evner/færdigheder?”; ”Er raten af færdighedsindlæring tilfredsstillende?”; ”Sker der overførelse af færdigheder fra træningssituationerne til barnets hverdag?”; ”Er barnets primære personer medvidende og involverede?”; ”Sker der en tilfredsstillende udvikling?”; ”Hvilke konkrete problemer (om/hvis nogen) hindrer udviklingen?”; ”Hvilken færdighed skal udvikles som næste skridt?” (Ling, 1989). Perigoe, Allen, & Dodson (2012) samler mere kortfattet og overordnet den professionelles evaluering af målfastsættelse i AVT-undervisningen i følgende i spørgsmål: ”Where have we been?”, ”Where are we going?”, ”Did we get there?”, ”How did we get there?”.

2.9.2 Testnormer og udviklingskalaer

Et af de vigtigste aspekter af målfastsættelse er, at fastlægge barnets nuværende funktionsniveau og sætte mål ud fra dette (McSweeney & Steacie, 2012). Det er vigtigt, at den professionelle tager højde for barnets hørealders⁶ sammenholdt med barnets kronologiske alder og *current level of functioning* (nuværende funktionsniveau) (Wallace, 2012). Ydermere skal målene tage hensyn til barnets læringsstil og andre faktorer, der kan påvirke eventuelle fremskridt (Perigoe, Allen, & Dodson, 2012). Til målfastsættelsen kan der anvendes forskellige materialetyper, som vil blive gennemgået herunder med fokus på graden af økologisk validitet for hver type.

⁶ **Hørealders:** Defineres som den mængde tid, der er gået siden barnet havde optimal adgang til lyd gennem høreteknologi (typisk HA eller CI) (Wallace, 2012).

Som beskrevet i Begrebsafklaringen (Afsnit 1.3) skelnes der i dette speciale mellem udviklingsskalaer og testnormer. Muma & Perigoe (2010) beskriver, at det er en almindelig antagelse, at det er nødvendigt, at sammenholde et barns færdigheder med normer for at fastslå, om barnet har vanskeligheder eller ej. Særligt standardiseret testning fremhæves af Rotfleisch & Martindale (2012) som et vigtigt tiltag for at have en norm at sammenligne det testede barn med:

”Data collected from standardized assessments can be compared to peers who are developing typically. These assessments are the best instruments that can help practitioners provide ongoing information regarding adequate progress and obtain objective measures, allow for accountability of service delivery, and identify areas of concern.” (Rotfleisch & Martindale, 2012; p. 936).

Denne praksis kan dog genovervejes med udgangspunkt i psykolog Urie Bronfenbrenners betragtninger om økologisk validitet (*ecological validity*), som første gang blev beskrevet i 1979 (Muma & Perigoe, 2010). Dette begreb omhandler relationen mellem en test eller undersøgelse og dennes forankring i den virkelige verden. Høj økologisk validitet opnås i test eller undersøgelser, der foregår i naturlige rammer med elementer fra hverdagslivet (fra: Muma & Perigoe, 2010; p. 185). Bronfenbrenner påpeger endvidere, at meget viden om børns udvikling stammer fra enkeltstående tests udført i opstillede, kunstige omgivelser, hvilket medfører at denne viden ikke er økologisk valid (fra: Muma & Perigoe, 2010; p. 185). Høj økologisk validitet må anses for at være et kriterium, der bør efterstræbes både i målfastsættelsen og i opfølgning heraf i dansk AVT-praksis.

Med økologisk validitet som sigtepunkt kan det være problematisk, hvis målfastsættelsen udelukkende baseres på testnormer, da disse bygger på resultater fra kunstige testsituationer. I sådanne opstillede situationer kan det være svært, at elicitere naturlig respons fra små børn (McSweeney & Steacie, 2012). Dette beskrives tillige af Muma & Perigoe (2010), som påpeger at denne type test oftest kritiseres for ikke at bidrage med reliabel og valid information om et barns sproglige færdigheder (Muma & Perigoe, 2010). Et yderligere kritikpunkt af formel testning er, at der er to typer subjektivitet involveret herved (Muma & Perigoe, 2010): Den subjektivitet der givetvis opstår, når forfatterne bag testen tager beslutninger om testens udformning, samt den subjektivitet, der opstår når testen administreres af en testleder. Begge dele påvirker den økologiske validitet. Rotfleisch & Martindale (2012) nævner, at normbaserede materialer dog på trods af kritikpunkterne med fordel kan anvendes i arbejdet med hørehæmmede

børn, men de understreger at det er vigtigt, at den professionelle stiller sig kritisk overfor hvilken normgruppe normerne er baseret på. Ligeledes fremhæver Miller, McIntire & Lovler (2011) at de testnormer som anvendes skal være afstemt i forhold til det pågældende barn, således at normerne er ajour samt at størrelsen af normgruppen er stor nok til at være repræsentativ for hele målpopulationen. Fordele ved formel testning er desuden, at testene forholdsvis nemt kan implementeres i praksis, at de giver en hurtig indikation af barnets udviklingsniveau samt er relativt tidsøkonomiske. Dog er det vigtigt at være opmærksom på at de fleste normbaserede, standardiserede test kun bør anvendes én gang årligt (Rhoades, 2012).

Høj økologisk validitet er, som tidligere beskrevet, opnåelig via observationer af et barns kommunikative kompetencer i naturlig interaktion med andre, da denne slags observationer af spontantale inddrager den naturlige kontekst og indflydelse herfra (Muma & Perigoe, 2010). McSweeney & Steacie (2012) skriver ligeledes, at det meste materiale til vurdering af småbørns auditive og verbale færdigheder, bør bestå af observationer og forælderreportering af barnets adfærd. Da omdrejningspunktet for AVT netop er forældreinddragelse, er der stort potentiale for, at opnå høj økologisk validitet ved anvendelse af metoden. Høj økologisk validitet kan i særdeleshed sikres, hvis udviklingsskalaer inddrages som en del af målfastsættelsen, da disse baseres på barnets færdigheder i dets vante omgivelser. Som udgangspunkt har udviklingsskalaer altså højere økologisk validitet end testnormer. McSweeney & Steacie nævner både formel testning og udviklingsskalaer til brug ved fastlæggelse af *baseline* samt til vurdering af eventuelle fremskridt i forløbet:

”In addition to standardized tests, a variety of criterion-referenced, developmental checklists are available so that professionals can determine baseline performance levels and track ongoing process. These checklists include *Integrated Scales of Development* (Cochlear Ltd., 2003), the *Cottage Acquisition Scales for Listening, Language and Speech-Pre-Verbal Level* (Wilkes, 1999); and the *St. Gabriel’s Curriculum* (Tuohy, Brown, Mercer-Moseley, & Walsh, 2005).” (McSweeney & Steacie, 2012; p. 913)

Både dette citat og ovennævnte gennemgang af styrker og svagheder ved henholdsvis udviklingsskalaer og testnormer indikerer, at begge typer materialer kan og bør bruges i målfastsættelsen, så materialerne kan supplere hinanden.

2.9.3 Udenlandske materialer

Udover ovennævnte overvejelser omkring valg af materialetype (testnormer eller udviklingsskalaer) til målfastsættelsen, bør der også være opmærksomhed på, hvorvidt de valgte materialer er af dansk eller udenlandsk oprindelse. Frederiksen & Hansen (2013) skriver i deres audiologopædiske kandidatspeciale, at der bør drages opmærksomhed mod eventuelle lingvistiske, psykometriske og kulturelle *bias*⁷ ved brugen af materialer med andet originalsprog end dansk. Dansk Psykologisk Forlag (u. å.) understreger ligeledes, at anvendelsen af udenlandske normer til vurdering af danske testpræstationer kan være problematisk. I forbindelse med udgivelsen af bogen ”*Danske Normer til Neuropsykologiske Tests*” beskrives det, hvordan uddannelsesmæssige og kulturelle forskelle kan påvirke præstationsniveauet, samt hvordan opgaver og *items* kan ændre betydning og sværhedsgrad ved oversættelse fra et sprog til et andet. Der konkluderes, at meget altså taler for, at anvende danske normer i det omfang, som det er muligt.

Et andet studie påpeger ligeså problemer ved direkte anvendelse af materialer som er baseret på udenlandske børns færdighedsniveau i dansk praksis: Krogh, Væver, Harder & Køppe (2012) har undersøgt signifikante udviklingsmæssige forskelle mellem danske 4-13 måneder gamle børn og de amerikanske normer som anvendes i Bayley-III-testen. Her fandt de bl.a. at de danske børns score, særligt på det sproglige område, var signifikant lavere end gennemsnittet for de amerikanske børn. Resultatet af dette studie af Bayley-III testen maner til omtanke ved brug af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer, da dette kan medføre, at børn der ikke reelt er forsinkede i deres sproglige udvikling bliver vurderet som værende forsinkede pga. anvendelsen af de ikke-danske normer.

I den danske vejledning til CELF-4 beskrives udviklingen af den fælles skandinaviske version af CELF-4 i tre sprogversioner (norsk, svensk og dansk). En del af dette udviklingsarbejde gik ud på at identificere landespecifikke opgaver, netop for at kunne ekskludere opgaver med åbenbare *bias*. Yderligere kunne eksklusion af opgaver ske af psykometriske årsager (kvantitative) og på baggrund af klinisk relevans (kvalitative). Af sammenfatningen omkring udviklingsarbejdet fremgår det hvor gennemgribende en standardiseringsproces der ligger til grund førend man kan anvende et udenlandsk materiale i en dansk kontekst. I processen indgår oversættelse, sproglig og kulturel tilpasning, pilotafprøvning og normering, og yderligere reliabilitetsvurdering, analyse af interkorrelationer og faktorstruktur, samt validering i kliniske grupper (bl.a. børn med CI).

⁷ Bias: Statistisk udtryk for den systematiske fejl (skævhed), der kan opstå ved estimation i en statistisk model (Den Store Danske, u. å.).

På trods af ovennævnte problematikker ved, at anvende udenlandske normer i dansk praksis, kan dette være svært at undgå på grund manglen på materialer med danske normer. I en artikel i Decibelbladet leder Rødsgaard-Mathiesen & Haven (2007) opmærksomheden hen på manglen på dansk grundforskning i børns sprogtilegnelse, som besværliggør opstillingen af helt specifikke målsætninger:

”Testning: Sammenlignet med engelske forhold mangler vi helt klart grundforskning i Danmark, når det gælder tilegnelse af sprog: hvordan og i hvilken rækkefølge tilegner danske børn sig f.eks. grammatik? Hvornår begynder de at bruge udsagnsord i datid, hvornår forstår de flertal osv. Her har man i England detaljerede lister over den sproglige udvikling samt tests, der afdækker barnets aktuelle formåen. Det er således langt lettere at opstille specifikke mål for undervisningen. Vi kunne godt ønske os, at vi havde tilsvarende forskning og viden på dansk, ligesom vi generelt mangler viden om dansk taleakustik.” (Rødsgaard-Mathiesen & Haven, 2007; p.14)

I valget mellem danske og udenlandske materialer, må den enkelte professionelle groft sagt vurdere hvad der vægter højest: Specifik målsætning baseret på udenlandske børn, eller mindre specifikke mål baseret på danske børn.

2.9.4 Zonen for nærmeste udvikling

Udover konkrete, håndgribelige elementer, såsom udviklingsskalaer og testnormer, kan målfastsættelsen også bygge på en teoretisk forståelsesramme. En velkendt og ofte anvendt teori i målfastsættelsesarbejdet er *zonen for nærmeste udvikling* (ZPD) (Vygotsky, 1978): ”It is the distance between the actual developmental level as determined by independent problem solving and the level of potential development as determined through problem solving under adult guidance or in collaboration with more capable peers” (Vygotsky, 1978; p. 86). Barnets ZPD er således et grænsefelt mellem det som barnet kan på egen hånd og det som barnet kan ved hjælp af andre (Muma & Perigoe, 2010). Når forældrene deltager i AVT-undervisning baseret på ZPD, så medfører det, at de opnår retrospektivt indblik i deres barns aktuelle udviklingstrin og får prospektivt indsigt i kommende trin i deres barns udvikling indenfor hørelse/lytning, tale, sprog, kognition og kommunikation (Perigoe, Allen, & Dodson, 2012; Vygotsky, 1978). Det beskrives i følgende citat af Vygotsky (1978): ”The actual developmental level characterizes mental development retrospectively, while the zone of proximal development characterizes mental development

prospectively.” (Vygotsky, 1978; p. 87). Forældrene lærer også hvordan de i en AVT-session tager udgangspunkt i barnet samtidig med, at de fastlagte mål for sessionen hele tiden holdes for øje og indarbejdes i øvelserne (Estabrooks, 2006). Inddragelsen af ZPD i undervisningen medfører opmuntring og videreudvikling af barnets læring (Perigoe, Allen, & Dodson, 2012).

Dette fremadrettede syn på barnets udvikling sikrer, at målene for det hørehæmmede barn hele tiden ændrer sig i takt med barnets forbedrede høreevne. Dette stemmer overens med indholdet af Princip 9 om løbende evaluering af barnets udvikling. Vygotskys tanker omkring det, at være forud og forberedt på barnets næste udviklingstrin, kan gavne de små børn i AVT-undervisningen, da deres hjerner netop har brug for rigeligt auditiv stimulering for, at udnytte den neurale plasticitet. Hvis ikke der bliver fastlagt mål for næste udviklingstrin, så ville den auditive udvikling risikere at gå i stå. Argumenterne for effektiviteten af anvendelsen af ZPD fremsætter Vygotsky i dette citat:

”[...] in normal children, learning which is oriented toward developmental levels that have already been reached is ineffective from the viewpoint of a child’s overall development. It does not aim for a new stage of the developmental process but rather lags behind this process. Thus, the notion of zone of proximal development enables us to propound a new formula, namely that the only ”good learning” is that which is in advance of development.” (Vygotsky, 1978; p. 89).

3. Metode

Dette afsnit beskriver, hvilken metode der er anvendt til at skaffe henholdsvis litteratur til specialets teoretiske grundlag og datamateriale til specialets empiriske grundlag. Indledningsvis gives en detaljeret gennemgang af litteratursøgningsmetoden, efterfulgt af et afsnit der omhandler empiriindsamlingen. I sidstnævnte afsnit inkluderes beskrivelser af selve dataindsamlingsproceduren herunder forprøveundersøgelse, følgebrev samt valg af dataindsamlingsform og respondentgruppe. Desuden fremhæves det, hvilke valg der er truffet angående design og indhold i spørgeskemaet herunder valg af formuleringer, spørgsmålstyper og svarmuligheder. Den beskrevne metode er nøje udvalgt med henblik på at besvare spørgsmålene i den opstillede problemformulering om målfastsættelse i dansk AVT-praksis.

3.1 Litteratursøgning

For at sikre gennemsigtighed i litteratursøgningen, som ligger til grund for specialet, vil der i det følgende afsnit blive redegjort for denne.

Litteratursøgningen og -indsamlingen fokuseredes mod tidligere studier og forskning, som kunne være relevant(e) i forbindelse med udarbejdelsen af dette speciale. Metoden, som danner grundlag for analysen af målfastsættelse i dansk AVT-praksis, bestod af systematisk litteratursøgning med relevante søgeord, hovedsageligt i Det Kongelige Biblioteks database (www.kb.dk) på søgesiden REX og e-ressourcer.

Vi fravalgte at sætte begrænsning på studiernes publikationsår som søgekriterium. Dette kunne for eksempel være gjort ud fra faktorer som indførelsen af neonatal hørescreening i Danmark (i 2005) eller udgivelsen af Sundhedsstyrelsens "Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark - udredning, operation, efterbehandling og monitorering" (2012), da begge disse hændelser har haft indflydelse på interventionsforløbet for børn med hørenedsættelse. Men da AVT-metoden, herunder fastsættelse af målsætninger, går langt forud for begge disse skelsættende årstal for dansk AVT-praksis, vurderede vi, at vigtige erfaringer og forskningsresultater ville gå tabt ved at sætte denne form for tidsmæssig begrænsning for litteratursøgningen. Vi fravalgte også at afgrænse søgningen i forhold til studiernes design, da alle studier, som omhandlede målfastsættelse, som udgangspunkt var relevante for vores undersøgelse. Uden førnævnte afgrænsninger søgte vi at afdække alle elementer af målfastsættelse i første omgang af litteratursøgningen.

Vi gennemførte den systematiske søgning i Det Kongelige Biblioteks database (KB) (søgesiden REX), og følgende kombinationer af søgeord anvendtes i søgningen efter materialetypen ”artikler”:

- **Auditory-Verbal** [alle felter] (10.418 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy** [alle felter] (3.914 hits)
- **Auditory-Verbal Method** [alle felter] (7.732 hits)

Ved søgning på *Auditory-Verbal Therapy* i en REX-søgning efter materialetyperne ”bøger og tidsskrifter” fremkom der 5 hits. Som det kan ses af ovenstående antal hits, som fremkommer ved søgning efter materialetypen ”artikler” med ordkombinationerne *Auditory-Verbal* og *Auditory-Verbal Therapy/Method*, var det nødvendigt at tilføje præciserende ord, så søgningen kunne resultere i flest mulige artikler med relevans for vores emne. Da tilføjelse af ordet *Method* fremfor ordet *Therapy* hovedsageligt resulterede i studier omhandlede auditive-verbale hallucinationer, traumatiske oplevelser i barndommen og skizofreni, indskrænkede den videre søgning til kombinationer, som indeholdt søgeordet *Therapy*. Søgningen på ordkombinationen *Auditory-Verbal Therapy* blev i den næste søgerunde suppleret og præciseret efter følgende søgningsmønster:

- **Auditory-Verbal Therapy norms** [alle felter] (687 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy norms children** [alle felter] (415 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy evaluation** [alle felter] (2.221 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy goal setting** [alle felter] (506 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy evaluation children** [alle felter] (1.193 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy developmental scale** [alle felter] (881 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy developmental scale children** [alle felter] (732 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy developmental norms children** [alle felter] (288 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy language development** [alle felter] (1.793 hits)
- **Auditory-Verbal Therapy language development outcome children** [alle felter] (740 hits)

På trods af præciseringerne fremkom der fortsat et stort antal hits for hver søgeprofil. Vi foretog derfor en grovsortering af artiklerne: I første omgang baseret på titel og dernæst på artiklernes abstract. De tilbageværende artikler blev til slut finsorteret med inklusionskriterierne *førskolebørn* (da et af formålene med AVT er, at barnets sprog skal være alderssvarende inden

skolestart; Estabrooks, 2012b), *målsætning* og anvendelse af *udviklingsskalaer* og *testnormer* til målfastsættelsen, således at kun artikler med størst mulig relevans for dette speciales forskningsspørgsmål blev inkluderet. Det er vigtigt her at nævne, at hvis blot ét af de opstillede inklusionskriterier var opfyldt blev artiklen inkluderet.

Vi anvendte samme søgestruktur og søgeord i Google Scholar for en yderligere afdækning af mulig litteratur, som vi eventuelt ikke havde kunnet søge frem via REX. Yderligere fandt vi litteratur ud fra referencelisterne til relevante artikler, fundet ved den primære søgning i REX, samt i AG Bells litteraturliste til ansøgere til certificeringseksamen i AVT. Ud fra referencelisten fra audiologiundervisningen om AVT ved Københavns Universitet (2012) ved cand. mag. i audiologopædi Jane Lignel-Josvassen fandt vi yderligere relevant litteratur til inklusion.

Litteratursøgningen blev afsluttet endeligt i juli 2014, så eventuel nyere forskningsartikler eller anden litteratur vil derfor ikke være inkluderet i dette speciale.

3.2 Empiriindsamling

3.2.1 Procedure

For at afdække dette speciales forskningsspørgsmål valgte vi at opstille et design, der overordnet er af kvantitativt format, dog med enkelte elementer af mere kvalitativ karakter. Med hensyn til valg af dataindsamlingsteknik besluttede vi at samle empiri i form af skriftlige selvbesvarelser af en elektronisk, internetbaseret spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaundersøgelsen blev udsendt til av-praktikere i Danmark. Den endelige dataindsamling fandt sted i perioden 27. februar - 14. marts 2014. Tidligere undersøgelser viser, at spørgeskemaundersøgelser udsendt elektronisk ofte har en lav svarprocent, hvis ikke der bliver udsendt rykkere (Fink, 2008). Derfor fik de respondenter, der ikke havde svaret få dage før deadline, en skriftlig rykker tilsendt via mail. Forud for den endelig dataindsamling udførtes en forprøveundersøgelse. Det indsamlede empiriske datamateriale analyseres i det efterfølgende både statistisk og kvalitativt.

3.2.2 Materiale

Det bærende element i vores empiriske arbejde var en spørgeskemaundersøgelse med titlen "*Auditory-Verbal Therapy*". Skemaet indeholdt 25 hovedspørgsmål angående målfastsættelse i dansk AVT-undervisning (se beskrivelse af spørgeskemaets design i Afsnit 3.2.5). En komplet oversigt over spørgeskemaets udformning og indhold fremgår af Bilag A. Spørgeskemaer hører til i den ikke-eksperimentelle del af den kvantitative metode og bruges til at afprøve hypoteser og teorier gennem statistisk analyse (Boolsen, 2004). Vores spørgeskema fungerede som en afprøvning af teorien om, at målfastsættelse skal baseres på indholdet i Princip 7 og 9. Sigtet med besvarelserne af spørgeskemaundersøgelsen var, at disse skulle være repræsentative for populationen. Det var muligt for respondenterne at besvare spørgeskemaet i en tidsbegrænset periode på cirka to uger. Respondenterne fik tilsendt et følgebrev via mail sammen med selve spørgeskemaet. Formålet med følgebrevet var at give en kort introducerende beskrivelse af, hvad respondenternes deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen ville bestå i (se beskrivelse af følgebrevet i Afsnit 3.2.4).

Inspiration til konstruktion af spørgeskemaet blev fundet i Boolsen (2008), Hansen, Marckmann & Nørregård-Nielsen (2008), Fink (2008) og Olsen (2006). Disse bidrog ligeledes til de metodiske overvejelser angående anvendelsen af et elektronisk, internetbaseret spørgeskema.

3.2.3 Forprøveundersøgelse

Ifølge Fink (2008) skal man altid udføre en pilotafprøvning, før man udsender det endelige spørgeskema. Forud for vores endelige spørgeskemaundersøgelse udførte vi en sådan pilotafprøvning, som vi har valgt at kalde en *forprøveundersøgelse* baseret på den terminologi, der anvendes i Boolsen (2008). Den overordnede hensigt med afprøvningen var at gøre det muligt at indsamle spørgeskemadata med færrest mulige måleproblemer (Miller, McIntire & Lovler, 2011; Olsen, 2006). Derfor iværksatte vi en afprøvning af vores spørgeskema med det formål at undersøge, hvordan de spørgsmål og svarkategorier, som vi i første omgang havde udarbejdet, ville fungere i praksis. Samtidig ønskede vi at få indsigt i hvilke styrker og svagheder, der forekom i spørgeskemaet. Forinden forprøveundersøgelsen havde vi drøftet spørgeskemaudkastet med nøglepersoner med indgående kendskab til vores spørgeskemaundersøgelses emneområde (Launsø, Olsen & Rieper, 2011), herunder vores vejleder Lone Percy-Smith. Ydermere blev spørgeskemaet løbende testet for sproglige misforståelser og tekniske uoverensstemmelser inden udsending til respondenterne.

Ifølge Boolsen (2008) bør en forprøveundersøgelse sendes ud til en lille gruppe respondenter, kaldet *forprøverespondenter*, der ligner de respondenter, som senere skal modtage det færdige spørgeskema. Da vores plan for den empiriske dataindsamling var at udsende det færdige spørgeskema til alle av-praktikere i Danmark, kunne vi derfor ikke inddrage nogle professionelle med praktisk AVT-erfaring i vores forprøveundersøgelse. Vi var af denne grund nødsaget til at udvælge en gruppe forprøverespondenter, der tilnærmelsesvis ligner den endelige målgruppe. Derfor valgte vi at distribuere vores forprøveundersøgelse til 10 medstuderende på kandidatniveau på audiologopædistudiet ved Københavns Universitet. Alle forprøverespondenterne havde for nyligt gennemført den audiologiske del af uddannelsen, hvorfor de alle forventedes at besidde en grundig teoretisk viden om AVT-metoden. Forprøverespondenterne blev bedt om at se med kritiske øjne på spørgeskemaet og give en udførlig skriftlig tilbagemelding med deres eventuelle kritikpunkter.

Vi bad forprøverespondenterne tage tid på, hvor lang tid de brugte på at gennemføre spørgeskemaet, da vi på forhånd vidste, at en sådan forprøve giver god mulighed for at få information om, hvor lang tid det vil tage at gennemføre det endelige spørgeskema (Fink, 2008). Gennemførelsen af spørgeskemaet blev på baggrund af forprøverespondenternes tidsestimater beregnet til at tage cirka 20-25 minutter.

3.2.4 Følgebrev

I Hansen *et al.* (2008) og Fink (2008) anbefales det at udsende et kort brev på max. én A4-side til sine respondenter, som de bliver bedt om at gennemlæse, før selve spørgeskemaundersøgelsen gennemføres. I brevet forklarer man, hvad det er, man ønsker at undersøge, samt hvorfor og hvad respondenternes deltagelse vil bestå i. Indledningsvis tilsendte vi derfor et følgebrev til respondenterne med orientering om baggrunden for og formålet med undersøgelsen (se hele følgebrevet i Bilag B). Desuden var et af følgebrevets vigtigste formål, at motivere til besvarelse af spørgeskemaet (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). I følgebrevet beskrev vi også, hvordan respondenterne ville blive sikret anonymitet, og at de afgivne oplysninger ville blive behandlet fortroligt. Ifølge Boolsen (2008) bør man yderligere give informationer om, hvor respondenterne kan få svar på eventuelle ”opklarende spørgsmål”, hvornår besvarelsen skal afleveres, samt hvordan respondenterne er udvalgt. Disse krav til indhold i et følgebrev har vi ligeledes forsøgt at efterkomme i vores følgebrev. Vi udformede to forskellige eksemplarer af følgebrevet (begge kan ses i Bilag B). Det ene eksemplar skulle sendes til av-praktikere som fremgik af maillisten fra det faglige netværk om AVT, mens det andet henvendte sig til de av-praktikere, som ikke fremgik af denne mailliste. Den eneste forskel på de to følgebreve er følgende sætning: “*Vi har fået dine kontaktoplysninger via det faglige netværk om AVT i Danmark, som koordineres af Anne Haven*”.

3.2.5 Design

Vi har udformet et spørgeskema med krydssektionelt design (*cross sectional design*), da spørgeskemaundersøgelsen kun finder sted en enkelt gang. Det vil sige, at besvarelserne danner et øjebliksbillede af populationen på undersøgelsestidspunktet (Fink, 2008):

”They describe things as they are so that people can plan for change. If they are unhappy with the picture that a cross-sectional survey reveals, they can change it. Cross-sectional surveys are also relatively easy to do. They are limited, however, in that if things change rapidly, the survey information will possibly become outdated. Cross-sectional designs are relatively easy to implement.” (Fink, 2008; p. 67).

Da dette er en videnskabelig spørgeskemaundersøgelse, tager den udgangspunkt i en *teoretisk forståelsesramme* (Olsen, 2006), hvilket vil sige, at vi forudsætter, at de adspurgte respondenter kender til gængse fagtermer fra det audiologopædiske felt, som eksempelvis *Auditory-Verbal Therapy*, *Cochlear Implant* og *BAHA*.

Opbygning af spørgeskemaet og indhold

Vi har overordnet bygget vores spørgeskema op omkring syv såkaldte spørgeblokke (se Figur 7), dvs. spørgsmål i tematisk sammenhængende spørgeforløb som tilsammen udgør en spørgeblok (Olsen, 2006). Dette valg er foretaget, da der er fordelagtigt at inddele spørgeskemaet i emner med hver deres overskrift for at skabe klar struktur og lette overskueligheden for respondenterne (Launsø, Olsen & Rieper, 2011; Miller, McIntire & Lovler, 2011). Ifølge Launsø, Olsen & Rieper (2011) bør man normalt starte med enkle spørgsmål og gemme de mere komplicerede og interessante spørgsmål til senere, hvilket vi ligeledes har forsøgt at imødekomme i opbygningen af vores spørgeskemaundersøgelse.

FIGUR 7

Oversigt over de syv spørgeblokke, herunder antal spørgsmål i hver blok, som spørgeskemaet bestod af.

Spørgeblokke	
	1. Personlige data (3 spørgsmål)
	2. Personlige erfaringer med AVT (7 spørgsmål)
	3. Hvordan og hvorfor respondenterne fastsætter mål i AVT-undervisningen (4 spørgsmål)
	4. Hvilke områder respondenterne sætter mål indenfor (4 spørgsmål)
	5. Formidling af målsætninger (1 spørgsmål)
	6. Opfølgning af målsætninger (2 spørgsmål)
	7. Afrunding af spørgeskema (3 spørgsmål)

Note: Se uddybende beskrivelse af indhold i hver spørgeblok i Afsnit 3.2.5.

Følgende er en gennemgang af hvilke teoretiske variable, vi ønsker at operationalisere med spørgsmålene i spørgeskemaet. Hermed menes, at vi beskriver hvilke indledende teorier, hypoteser og forestillinger, som vi sigtede efter at gøre målbare via konkrete spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen.

Spørgeblok nr. 1: Spørgeskemaet blev indledt med spørgsmål til afdækning af baggrundvariable, som vi har valgt at kalde spørgsmål om personlige data. Respondenterne blev bedt om at angive deres alder, uddannelsesmæssige baggrund samt nuværende arbejdsplads. Denne slags baggrundsspørgsmål anvendes for at identificere sammenhænge, fx hvor udbredte visse tilstande, adfærdsformer eller holdninger er i forskellige grupper i den population, som en undersøgelse handler om (Olsen, 2006).

Spørgeblok nr. 2: Den anden spørgeblok i spørgeskemaet omhandlede de adspurgte respondenters personlige erfaringer med AVT, herunder mængden og omfanget af praktisk og teoretisk AVT-erfaring. Vi ønskede at få svar på disse spørgsmål for at kunne analysere, om der fandtes særlige svarmønstre beroende på respondentens bagvedliggende AVT-erfaring. Yderligere blev der spurgt til, hvilken målgruppe den enkelte respondents AVT-undervisning er rettet imod, samt hvilket element der efter respondentens mening er det vigtigste element i AVT. Det er væsentligt for os at vide, hvilken høreteknisk og aldersmæssig målgruppe, respondenten tilbyder AVT, da det indsnævrer hvilke udviklingskalaer og testnormer, der er relevante i dennes AVT-undervisning. Med hensyn til spørgsmålet om det vigtigste element i AVT, så var det interessant for vores undersøgelse at belyse dette, da vi forestillede os, at der kunne opstå korrelationer mellem eksempelvis de, som nævner forældreinddragelse som det vigtigste element, og hvordan de delagtiggør forældrene i målsætningerne fra undervisningen.

Spørgeblok nr. 3: Tredje spørgeblok havde til formål at belyse på hvilken baggrund, hvor ofte og med hvilket formål respondenten fastsætter mål i AVT-undervisningen. Analysen af disse besvarelser forventede vi kunne bruges i forbindelse med besvarelsen af forskningsspørgsmålene om, hvor ofte der fastsættes mål, og med hvilket formål målene fastsættes.

Spørgeskema nr. 4: Sigtet med spørgeskema 4 var at afdække, hvilke områder der er fokus på i dansk AVT-praksis, og hvilke materialer der af respondenterne bliver inddraget til at underbygge dette fokus. Respondenternes tilkendegivelser i denne spørgeskema havde til formål at medvirke til at afdække forskningsspørgsmålet: ”Hvilke udviklingsskalaer og testnormer anvendes af danske av-praktikere til at fastsætte mål, og i hvilken udstrækning?”. De 10 AVT-principper, særligt Princip 7 (omtalt i Afsnit 2.8.4), skabte grundlaget for vores undersøgelse af, hvilke områder respondenterne satte mål indenfor jf. spm. 16. Råd fra specialevejleder Lone Percy-Smith, e-mailkorrespondance med Center for Børnesprog ved Syddansk Universitet, samt ALFs⁸ liste over audiologopædiske materialer til udredning og vurdering (Thomsen *et al.*, 2013) gav os den nødvendige inspiration til udvælgelsen af, hvilke udviklingsskalaer og testnormer, som spørgeskemaet skulle afdække brugen af. Netop dette var hovedfokus i spm. 17, hvor respondenterne skulle svare på, hvilke udviklingsskalaer og testnormer for normalthørende børn denne anvender til målfastsættelse i sin AVT-undervisning. Spm. 19 var et holdningsspørgsmål, hvor respondenterne blev bedt om at tage stilling til brugen af udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer i målfastsættelse i dansk AVT-praksis. Målet med dette spørgsmål var at afdække, hvilke tanker respondenterne gjorde sig omkring overførselseffekten fra udenlandske udviklingsskalaer og testnormer til dansk praksis. Dette indblik i respondenternes overvejelser var relevante i forbindelse med besvarelsen af vores problemstilling om danske av-praktikeres holdninger til anvendelsen af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer til at fastsætte mål for danske førskolebørn med hørenedsættelse.

Spørgeskema nr. 5: Spørgeskemaet om formidling af målsætninger havde til formål at vise, om der var en tendens til, at forældrene blev delagtiggjort i målsætningerne og på hvilken måde.

Spørgeskema nr. 6: Næstsidste spørgeskema handlede om opfølgning af målsætningerne, hvilket vi har spurgt ind til for at få belyst, hvordan formålet med målsætningerne afvikles og færdigbehandles jf. problemformuleringens første spørgsmål. I dette spørgeskema var der to spørgsmål: Ét af kvalitativ karakter og ét af kvantitativ karakter. I det kvalitative spørgsmål skulle respondenterne besvare, hvilke metoder denne anvender til at følge op på, om målsætningerne opnås. Det kvantitative spørgsmål handlede om, hvor ofte respondenterne følger op på de opsatte mål for det enkelte barn.

⁸ ALF: Audiologopædisk Forening

Spørgeskema nr. 7: Sidste spørgeskema i spørgeskemaet var af mere praktisk karakter og fungerede som afrunding af spørgeskemaet. I denne blok blev respondenterne spurgt, om de ønskede at modtage vores speciale, når det var færdigskrevet. Yderligere blev respondenterne spurgt om, om vi i tilfælde af tvivlsspørgsmål eller ved opståen af behov for afklarende spørgsmål måtte kontakte dem. Desuden stillede vi et helt åbent spørgsmål, hvor respondenterne fik mulighed for at komme med uddybende kommentarer og pointer med relevans for spørgeskemaets omdrejningspunkt om målfastsættelse i dansk AVT-undervisning, dvs. et rent holdningsspørgsmål. Dette åbne spørgsmål stillede vi til respondenterne for at sikre os, at vi ikke gik glip af vigtige input fra vores respondenter. Vi åbnede på den måde for, at respondenterne kunne påpege områder, som svarkategorierne i spørgeskemaet ikke havde givet dem mulighed for hidtil og dermed sikredes gyldigheden af resultatet af spørgeskemaundersøgelsen (Boolsen, 2008).

Udover de formål der er blevet gennemgået i det ovenstående, havde mange af undersøgelsens spørgsmål det ekstra formål, at kortlægge hvorledes der fastsættes mål i dansk AVT-praksis, og hvordan disse mål anvendes. Formålet med dette var at skabe et produkt, der kunne fungere som en inspirationskilde til interesserede AVT-praktikere, dvs. som en form for gensidig erfarings- og vidensudveksling medieret gennem vores speciale.

Spørgsmålstyper og formulering af spørgsmål

I en spørgeskemaundersøgelse skal spørgsmålene belyse formålet med undersøgelsen (Boolsen, 2008). Vi har forsøgt at skabe denne sammenhæng mellem problemstilling og spørgsmål ved nøje at overveje indhold (beskrevet i foregående afsnit om spørgeskema) og formuleringen af spørgsmål - herunder valg af spørgsmålstyper og svarkategorier, hvilket gennemgås i dette afsnit.

I konstruktionen af spørgeskemaet overvejede vi, hvilke spørgsmålstyper der ville være fordelagtige at anvende til udledning af spørgeskemasvar, der kunne være relevante for os i forbindelse med besvarelse af spørgsmålene i vores problemstilling. Olsen (2006) beskriver tre forskellige typer spørgsmål: faktuelle spørgsmål, holdningsspørgsmål og sammensatte spørgsmål. Sidstnævnte er en kombination af faktuelle spørgsmål og holdningsspørgsmål. Alle tre typer spørgsmål findes i vores spørgeskemaundersøgelse (se eksempler i Tabel 2, side 55), da dette var nødvendigt for at kunne afdække, hvordan AVT udøves i praksis, men også hvilke holdninger der ligger til grund for de fundne ligheder og forskelle i målfastsættelsen i dansk AVT-praksis.

TABEL 2
Eksempler fra spørgeskemaet på tre forskellige spørgsmålstyper
(faktuelle spørgsmål, holdningsspørgsmål og sammensatte spørgsmål)

Faktuelle spørgsmål	Holdningsspørgsmål	Sammensatte spørgsmål
Hvad er din alder?	Hvad er efter din mening det vigtigste element i AVT?	Hvad bruger du som udgangspunkt for målsætningen i din AVT-undervisning?
Hvilke(n) uddannelse(r) har du?	Hvad bruger du målsætninger i AVT-undervisningen til?	Indenfor hvilke områder sætter du mål i din AVT-undervisning
Hvad er din nuværende arbejdsplads?	Hvilke af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med din holdning til brugen af udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer i målfastsættelse i dansk AVT-praksis?	
Hvordan har du opnået viden og erfaring med AVT?		
Hvor mange års erfaring har du med AVT?		

Note: Inspiration fra Olsen (2006). Sammensatte spørgsmål er en kombination af de to andre spørgsmålstyper (faktuelle spørgsmål og holdningsspørgsmål)

I forbindelse med formuleringen af hvert spørgsmål er følgende egenskaber derfor forsøgt overholdt for at undgå tvetydigheder og misforståelser: fokusering, neutralitet og relevans (Olsen, 2006). Med fokusering menes, at hvert spørgsmål sigter efter genkaldelse af udelukkende én enkelt information (Olsen, 2006). Neutrale spørgsmål er balancerede og tilskynder ikke respondenterne til bestemte besvarelser. Relevans henviser til, at spørgsmål kun omhandler emner, som respondenterne har egne erfaringer med (Olsen, 2006). Særligt i forbindelse med holdningsspørgsmålene har vi stræbt efter at udforme svarkategorierne så neutralt som muligt, sådan at særlige holdninger ikke begunstiges, og andre søges holdt tilbage, jf. anbefalingerne i Olsen (2006).

Svarkategorier

Spørgeskemaet var designet med tvungen besvarelse af samtlige spørgsmål med det formål at sikre, at respondenterne kom igennem hele spørgeskemaet (Hansen *et al.*, 2008). Vores første sigte var at opbygge spørgeskemaet med lukkede spørgsmål med udtømmende svarkategorier ved alle de spørgsmål, hvor vi fandt det muligt. Formålet med dette var at konstruere data, der kunne indgå fuldkomment i en kvantificerbar databehandling. Dog måtte vi ved en stor del af spørgsmålene gøre undtagelser fra de lukkede spørgsmål med udtømmende svarkategorier. Ved disse spørgsmål inkluderede vi en svarkategori kaldet "Andet", hvor respondenterne opfordredes til at uddybe sin besvarelse. Dette vurderede vi som nødvendigt for ikke at gå glip af vigtige uddybende oplysninger

fra respondenterne. Disse halvåbne spørgsmål (eller halvlukkede spørgsmål) forekommer ifølge Boolsen (2008), når afsenderen af spørgeskemaet er sikker på, at denne har fået de væsentligste svarkategorier med men er i tvivl om, hvorvidt der er andre (betydningsfulde) kategorier, som ikke er inkluderet. Det var netop den situation, der gjorde sig gældende i vores tilfælde. Ulempen ved at vi gik fra lukkede til halvåbne spørgsmål er, at respondenternes svar er sværere at bearbejde og analysere. En fordel ved at vi valgte at anvende halvåbne spørgsmål kommer til udtryk ved følgende påstand fra Boolsen (2008): Pålideligheden af spørgsmålene er relativt høj ved udelukkende brug af lukkede spørgsmål, men gyldigheden kan være relativt lav, fordi det er forskernes svarkategorier, der analyseres, og de kan være anderledes end dem, som respondenterne ville have peget på. Vi opnår altså mere dækkende besvarelser ved at give respondenterne muligheden for at uddybe deres svar i spørgeskemaundersøgelsen.

Vi har bevidst valgt at mindske brugen af svarkategorier som: *"Ved ikke"*, *"Ønsker ikke at svare"*, *"Kan ikke huske"* o. lign., da man med disse typer svarmuligheder kan risikere, at respondenterne ikke gider at tage stilling til spørgsmålene og derfor vælger disse svarmuligheder, for hurtigst muligt at gennemføre spørgeskemaet. Denne svar-adfærd ville have stor indflydelse på kvaliteten af besvarelserne (Olsen, 2006).

Ved to spørgsmål har vi valgt udelukkende at lave åbne svarkategorier i form af tekstfelter for at få kvalitativ information ud af besvarelsen af disse spørgsmål. Dette er gjort, hvor der kunne være store individuelle besvarelsesmuligheder, som vi ikke kunne dække via et begrænset antal svarkategorier. Dette drejer sig om spm. 11 (*"Hvad er efter din mening det vigtigste element i AVT?"*) og spm. 25 (*"Har du yderligere kommentarer eller pointer i forbindelse med målfastsættelse i AVT-undervisningen, så uddyb gerne disse i tekstfeltet herunder."*).

3.2.6 Teknisk

Det internetbaserede program *Enalyzer Survey Solution* (herefter: *Enalyzer*) blev anvendt til udformning af vores spørgeskemaundersøgelse. Vi fik adgang til dette program via en studielicens. Programmet blev anvendt til både udformning, lancering og efterfølgende resultatoptælling af spørgeskemaet. Spørgeskemaet blev distribueret ved en såkaldt *link-lancering*, hvilket vil sige at alle respondenterne modtog et link til spørgeskemaundersøgelsen. Det var muligt for respondenterne at svare enten via computer eller en mobil enhed, fx smartphone eller tablet.

3.2.7 Respondenter

Til besvarelse af vores spørgeskemaundersøgelse søgte vi professionelle, der beskæftiger sig med AVT i dansk praksis. Både talehørepædagoger, talehørekonsulenter, talehørelærere, logopæder og audiologopæder eller tilsvarende blev inkluderet i målgruppen. Med inspiration fra Hansen *et al.* (2008) har vi valgt at kalde modtagerne af spørgeskemaet for *respondenter*.

Måden hvorpå vi hvervede størstedelen af vores respondenter var via kontakt til koordinatoren af den faglige netværksgruppe ”AVTister i Danmark”, Anne Haven. Denne netværksgruppe er ikke institutionelt forankret. Anne Haven formidlede kontakt til 73 medlemmer og videredistribuerede vores følgebrev og spørgeskema til disse. Yderligere var vi blevet informeret af vores specialevejleder om, at der er AVT-undervisere ansat på den audiologiske afdeling på Gentofte Hospital, og at disse ikke er medlemmer af den faglige netværksgruppe. Vi skaffede derfor kontaktoplysninger på AVT-underviserne her og kontaktede dem selv via mail. Vores følgebrev og spørgeskemaundersøgelse blev altså udsendt til henholdsvis 73 professionelle i det faglige netværk ”AVTister i Danmark” og tre ansatte ved Gentofte Hospitals audiologiske afdeling. Gruppen af adspurgte respondenter bestod således sammenlagt af 76 professionelle fordelt over hele landet.

3.3 Afrunding af metodeafsnit

Dette metodeafsnit var overordnet inddelt i to hovedafsnit, henholdsvis et afsnit om den litteratursøgning og den empiriindsamling, der tilsammen danner det teoretiske og empiriske grundlag for besvarelsen af nærværende speciales problemformulering. En internetbaseret spørgeskemaundersøgelse blev valgt som det bærende element i dataindsamlingen, og resultaterne herfra analyseres og fortolkes i det følgende afsnit.

4. Resultater

Dette afsnit indeholder analyser og beregninger af det empiriske datamateriale indsamlet gennem en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse. Vi vil i dette afsnit anvende deskriptiv statistik i gennemgangen af de opnåede resultater. Resultatanalysen begyndte med et gennemsyn af alle registrerede besvarelser, efterfulgt af indtastning af data og afsluttedes med et overblik over svarfordelingerne for hvert enkelt spørgsmål (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Det indledende gennemsyn havde til formål at opdage eventuelle fejl og mangler i respondenternes besvarelser.

Dette resultat afsnit er overordnet inddelt i tre hovedafsnit, hvoraf det første behandler svarprocenten i forbindelse med den udsendte spørgeskemaundersøgelse. Det andet afsnit består af en gennemgang af resultaterne for hvert af spørgeskemaets 25 spørgsmål. Tredje og sidste afsnit af resultat afsnittet beskæftiger sig med baggrundsvariablenes indflydelse på respondenternes besvarelser, hvilket primært bliver afdækket via krydstabellinger. Generelt vil alle spørgsmål og krydstabellinger blive sat i relation til hvilken spørgeblok de tilhører jf. beskrivelsen af spørgeskemaets opbygning i metodeafsnittet (Afsnit 3). Dette gøres for at sikre overskuelighed, ensartethed og gennemsigtighed i præsentationsformen.

Vores empiriske data egner sig til deskriptiv statistik, hvilket derfor er udvalgt som grundlaget for analyserne. I den deskriptive statistik beskrives de indsamlede data sædvanligvis i form af tabeller, søjlediagrammer, cirkeldiagrammer og kurver samt ved udregning af eksempelvis spredning af data (Larsen, 2012; Miller, McIntire & Lovler, 2011). I analysen af vores empiriske materiale har vi valgt at præsentere data i henholdsvis frekvenstabeller og krydstabeller samt i supplerende søjle- og cirkeldiagrammer. I gennemgangen af besvarelserne til hvert spørgsmål har vi taget følgende valg angående grafiske fremstillinger:

1) De steder, hvor antallet af afkrydsninger ved et spørgsmål stemmer overens med antallet af respondenter, har vi valgt at anvende fremstilling i frekvenstabeller suppleret af et cirkeldiagram. Fremstillingen i frekvenstabeller tjener det formål at give et overblik over fordelingen af respondenternes besvarelser ved hjælp af en univariat analyse af de kvantitative data (Miller, McIntire & Lovler, 2011). I disse tabeller er både de absolutte tal og den procentuelle fordeling angivet. Vi har valgt at anvende cirkeldiagrammer som grafisk afbildning af procentuel fordeling. Cirkeldiagrammer anvendes primært, hvor besvarelserne er af ren numerisk karakter. Vi ønsker på den måde at illustrere datas indbyrdes relative størrelse i forhold til hinanden. I

resultatafsnittet vil procentsatserne være afrundet til nærmeste hele tal ($x \geq 5$ rundes op). Denne afrunding kan medføre, at en addition af samtlige procentuelle angivelser i visse tabeller ikke er præcis lig 100, men svinger mellem 99 og 101 grundet valget af fremstilling i hele tal.

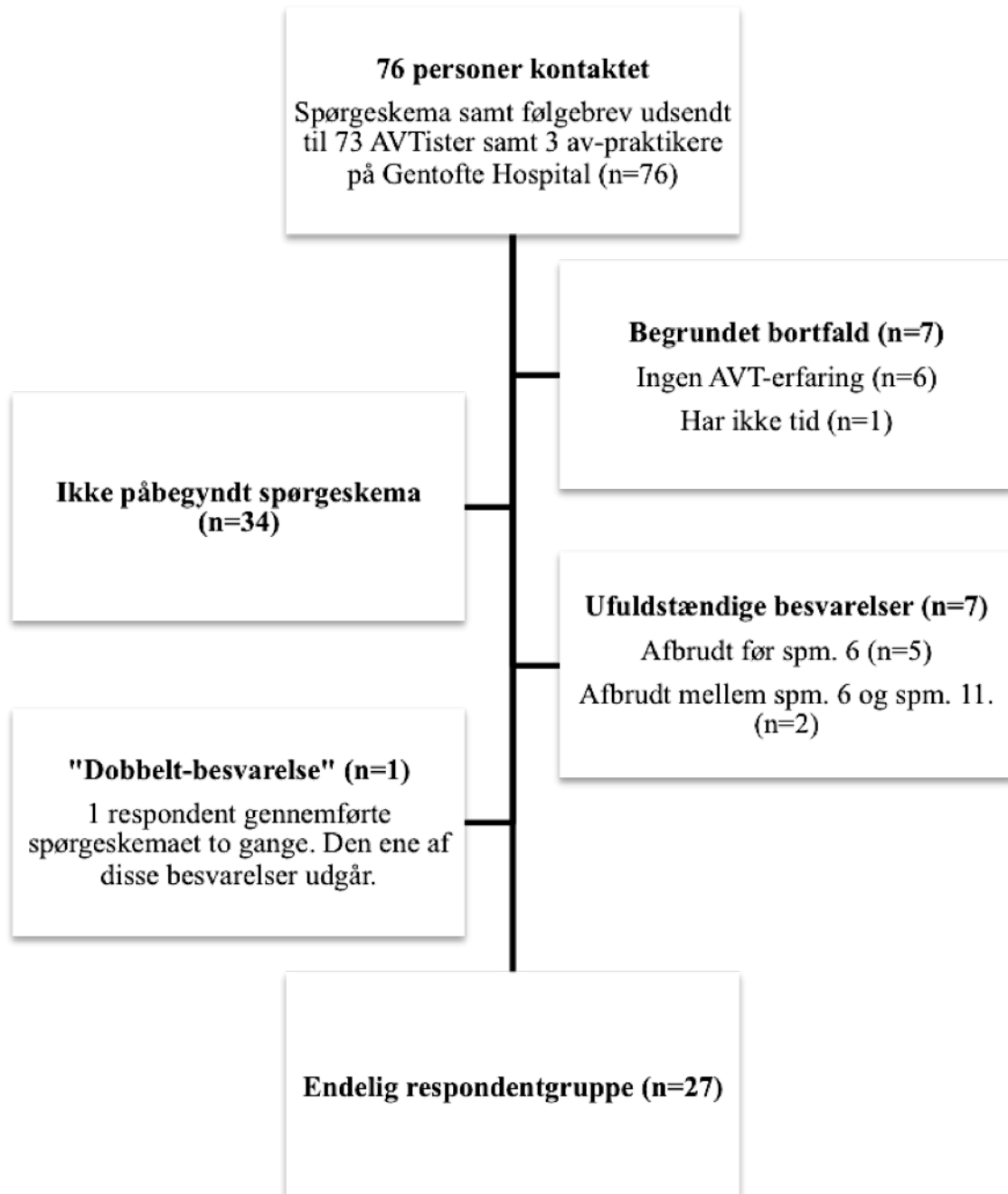
2) De steder, hvor antallet af afkrydsninger overstiger antallet af respondenter har vi valgt at anvende fremstilling i frekvenstabeller. Disse frekvenstabeller kombineres enten med et søjlediagram eller en krydstabel. Søjlediagrammerne har til formål at give et enkelt overblik over fordelingen af besvarelsenerne. Krydstabellerne er opbygget således at hver respondent krydses med de mulige svarkategorier til det pågældende spørgsmål. Begrundelsen for præsentation af data i krydstabeller er, at vi ønsker at illustrere, hvorvidt to variable samvarierer, altså om de er statistisk afhængige af hinanden. Denne fremstillingsform forekommer ved spørgsmål, hvor vi ønskede at undersøge, om der sås særlige besvarelsesmønstre eller tendenser i respondenternes besvarelser til det pågældende spørgsmål.

4.1 Svarprocent

Et led i analysen af spørgeskemaets kvalitet var at beregne svarprocenten. 27 respondenter gennemførte spørgeskemaet. Dette antal skal sammenholdes med, at der i alt blev udsendt 76 spørgeskemaer ($27 \times 100 / 76 =$), hvilket resulterer i en svarprocent på **35,53%** $\approx 36\%$. I resten af resultatgennemgangen vil alle procentsatser været udregnet efter samme formel som for svarprocenten herover. Det samme gør sig gældende for afrunding af decimaltal ($x \geq 5$ rundes op). Vi modtog via e-mail tilkendegivelse fra yderligere 7 professionelle, som takkede nej til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen primært grundet, at de ikke aktuelt beskæftigede sig med AVT i deres professionelle virke. Disse 7 tilkendegivelser udgør undersøgelsens begrundede bortfald. Når dette bortfald medregnes, resulterer det i en svarprocent på **45%**. Se Figur 8 på næste side for *flowchart*, der viser fremkomsten af den endelige respondentgruppe på 27 respondenter.

Vi vil understrege, at der kun vil blive anvendt de reelle besvarelser af selve spørgeskemaet som grundlag for beregningerne, dvs. de 27 fuldførte besvarelser samt de 7 påbegyndte, men ufuldstændige besvarelser af det udsendte spørgeskema. De ufuldstændige besvarelser indgår i beregningerne ved de spørgsmål, hvortil besvarelsenerne er afgivet og udgår efterfølgende i takt med at spørgeskemabesvarelsen afbrydes af den aktuelle respondent, således at der til sidst er en endelig respondentgruppe bestående af 27 respondenter. For hvert spørgsmål vil det blive oplyst, hvor stor den tilbageværende respondentgruppe er til det pågældende spørgsmål.

FIGUR 8
Flowchart for dataindsamlingen.



4.2 Gennemgang af resultater: spørgsmål for spørgsmål

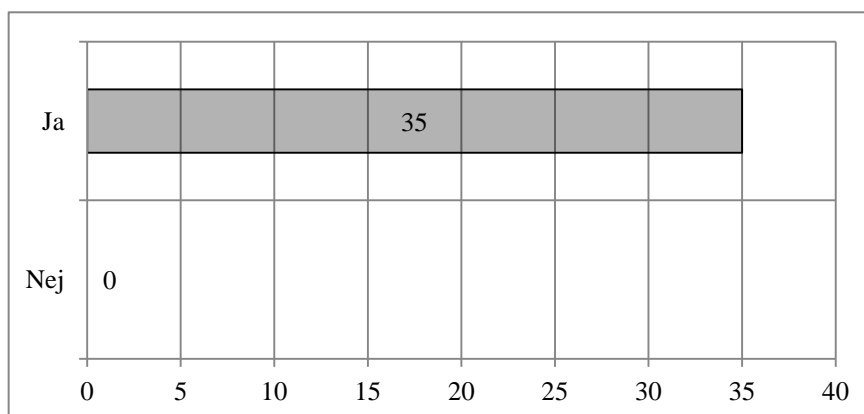
I dette afsnit opgør vi resultaterne for hvert af spørgsmålene som indgik i spørgeskemaundersøgelsen. Inddelingen af spørgeskemaet i 7 spørgeblokke, som blev beskrevet i metodeafsnittet om spørgeskemaets design (Afsnit 3.2.5), bibeholdes i denne gennemgang af spørgeskemaets spørgsmål for at sikre ensartethed og overblik.

Spørgsmål 1: Samtykkeerklæring: Jeg giver hermed lov til, at oplysningerne i dette skema må anvendes som data i forbindelse med et speciale i audiologopædi ved Københavns Universitet. Alle personlige oplysninger bliver anonymiseret og ikke videregivet til andre.

Ifølge Hansen *et al.* (2008) vil respondenterne enten svare det, de tror, afsenderen helst vil høre, eller nægte at deltage, hvis de frygter, at deres svar kan blive brugt imod dem. På denne baggrund var det essentielt, at vi som det første i spørgeskemaet fik slået fast, at respondenternes personlige oplysninger, ville blive anonymiseret, og at personfølsomme oplysninger ikke ville fremgå i specialet. 35 respondenter svarede 'ja' til samtykkeerklæringen om, at de afgivne oplysninger måtte anvendes i forbindelse med besvarelsen af specialets forskningsspørgsmål (Figur 9). Disse positive tilkendegivelser fra respondenterne er grundlaget for, at vi har kunnet anvende spørgeskemaet som metode. Det springende punkt ved en spørgeskemaundersøgelse er ifølge Hansen *et al.* (2008), om man kan få folk til at besvare skemaet, og helst i så stort antal at resultaterne bliver statistisk valide. For at sikre respondenternes anonymitet har vi yderligere foretaget en randomisering af de respondentnumre, der fremkommer i tabellerne i hele resultatafsnittet, så en respondent aldrig tildeles samme nummer.

FIGUR 9

”Samtykkeerklæring: Jeg giver hermed lov til, at oplysninger i dette skema må anvendes som data i forbindelse med et speciale i audiologopædi ved Københavns Universitet. Alle personlige oplysninger blive anonymiseret og ikke videregivet til andre.”, spm. 1 i spørgeskemaet, n= 35



Spørgsmål 2: Hvad er din alder?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 1, personlige data.

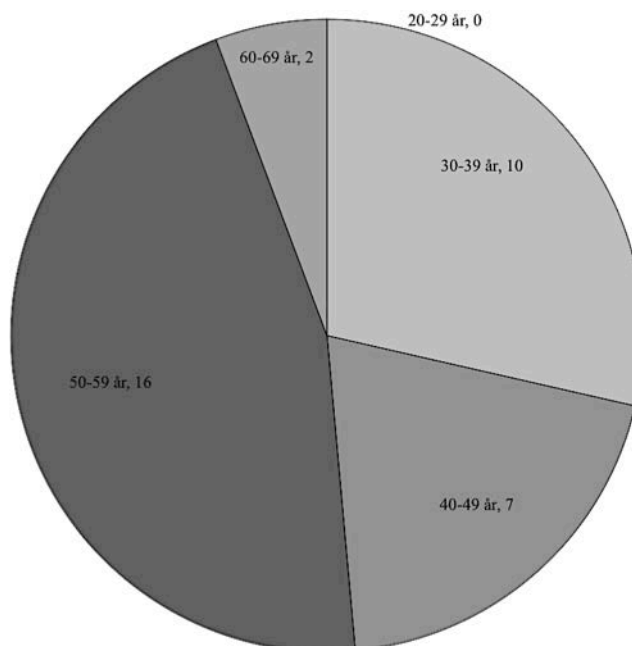
35 respondenter besvarede spørgsmålet om alder (Tabel 3 og Figur 10). Ingen respondenter tilhører aldersgruppen 20-29 år, 10 respondenter tilhører aldersgruppen 30-39 år, 7 respondenter tilhører aldersgruppen 40-49 år, 16 respondenter hører til gruppen 50-59 år, og 2 respondenter tilhører aldersgruppen 60-69 år. Alder var ligesom de følgende personlige data en nødvendig oplysning for eventuelt at kunne påvise en eventuel tendens baseret på en af disse. Yderligere fremmer oplysningerne om respondenternes personlige data muligheden for at afgøre om de respondenter, som har besvaret spørgeskemaet, er repræsentative for den samlede gruppe af danske av-praktikere (Hansen *et al.*, 2008). Der foreligger ikke oplysninger om baggrundsvARIABLE for den del af de danske av-praktikere, som ikke har gennemført spørgeskemaundersøgelsen. Derfor er det ikke muligt at danne sig et overblik over den samlede population. Det kan med andre ord ikke med sikkerhed afgøres, om de fundne resultater vil gælde for hele populationen for eksempel ved at sammenligne de, som svarer, med de, som ikke svarer, med udgangspunkt i de baggrundsvARIABLE (Launsø, Olsen & Rieper, 2011).

TABEL 3
Overblik over respondenternes alder,
spm. 2 i spørgeskemaet, n=35

Alder	Antal	Procent
20-29 år	0	0 %
30-39 år	10	29 %
40-49 år	7	20 %
50-59 år	16	46 %
60-69 år	2	6 %

Note: Af de 8 respondenter, som senere afbryder spørgeskemaet, tilhører 2 aldersgruppen 30-39 år, 2 tilhører gruppen 40-49 år, og 4 tilhører gruppen 50-59 år.

FIGUR 10
"Hvad er din alder?", spm. 2 i spørgeskemaet, n=35



Spørgsmål 3: Hvilke(n) uddannelse(r) har du?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 1, personlige data.

I den samlede opgørelse er der i alt 39 svar på dette spørgsmål. Dette er muligt, fordi respondenterne blev opfordret til at afkrydse alle de uddannelser, de har gennemført (Tabel 4). 3 af de 27 respondenter, som fuldførte hele spørgeskemaet, har afkrydset at have to uddannelser hver. Det vil sige, at de 27 endelige respondenter, som indgår med deres fuldstændige besvarelser, står for 30 krydser i denne kategori. 8 respondenter oplyser, at de er kandidater i audiologopædi, 14 respondenter oplyser, at de har en pædagogisk diplomuddannelse i specialpædagogik, og 12 respondenter oplyser, at de er uddannede speciallærere med speciale i sprog-, tale- og hørevanskeligheder. 5 respondenter har desuden tilkendegivet at have andre uddannelser, end de faste svarkategorier i spørgeskemaet dækker. De tilføjede uddannelser under kategorien *andre* er: pædagog/børnehaveklasse-leder, læreruddannet, audiologopæd (men mangler specialet), Marte Meo-terapeut⁹ og master i psykologi. Den respondent, som oplyser, at hun er uddannet audiologopæd men mangler specialet, vil i det følgende regnes med til gruppen kandidater i audiologopædi (KU/SDU). På næste side fremgår en grafisk fremstilling af respondenternes fordeling på uddannelserne i form af et søjlediagram (Figur 11).

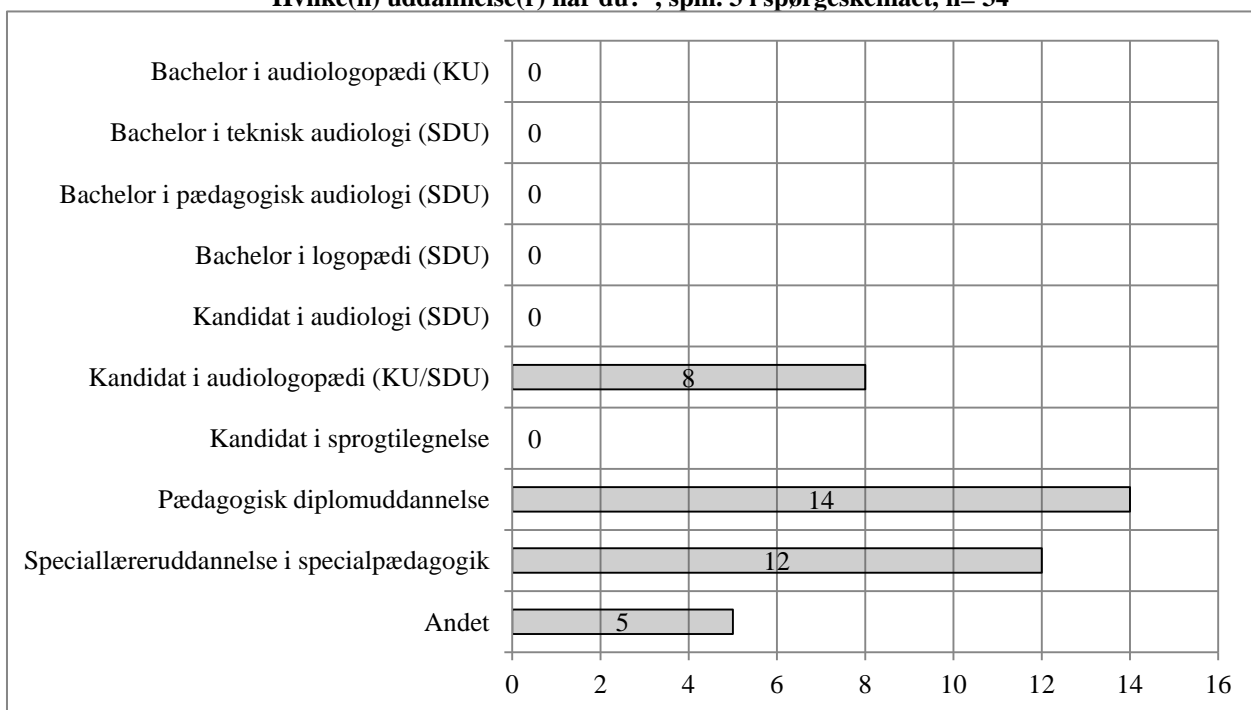
TABEL 4
Overblik over respondenternes uddannelsesbaggrund, spm. 3 i spørgeskemaet, n=34

Uddannelse	Antal
Bachelor i audiologopædi (KU)	0
Bachelor i teknisk audiologi (SDU)	0
Bachelor i pædagogisk audiologi (SDU)	0
Bachelor i logopædi (SDU)	0
Kandidat i audiologi (SDU)	0
Kandidat i audiologopædi (KU/SDU)	8
Kandidat i sprogtilegnelse	0
Pædagogisk diplomuddannelse i specialpædagogik	14
Speciallæreruddannelse med speciale i sprog-, tale- og hørevanskeligheder	12
Andet	5

Note: 5 respondenter har besvaret spørgsmålet ved at sætte flere krydser, derfor overstiger det samlede antal besvarelser n=34. Sammenlagt satte respondenterne 39 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål. Fx har 4 respondenter to uddannelser, hhv. speciallærer og bh.kl.leder, speciallærer og alm. lærer, pædagogisk diplomuddannelse i specialpædagogik og master i psykologi, samt pædagogisk diplomuddannelse i specialpædagogik og Marte Meo. Desuden har 1 respondent svaret, at hun er kandidat i audiologopædi men mangler specialet. Af de 7 respondenter, som senere afbryder spørgeskemaet, er 2 kandidater i audiologopædi, 3 har en pædagogisk diplomuddannelse og 2 har en speciallæreruddannelse.

⁹ Marte Meo: Metoden er en videobaseret metode, der bygger på principperne for udviklingsstøttende kommunikation. (Marte Meo, u. å.)

FIGUR 11
”Hvilke(n) uddannelse(r) har du?”, spm. 3 i spørgeskemaet, n= 34



Spørgsmål 4: Hvad er din nuværende arbejdsplads?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 1, personlige data.

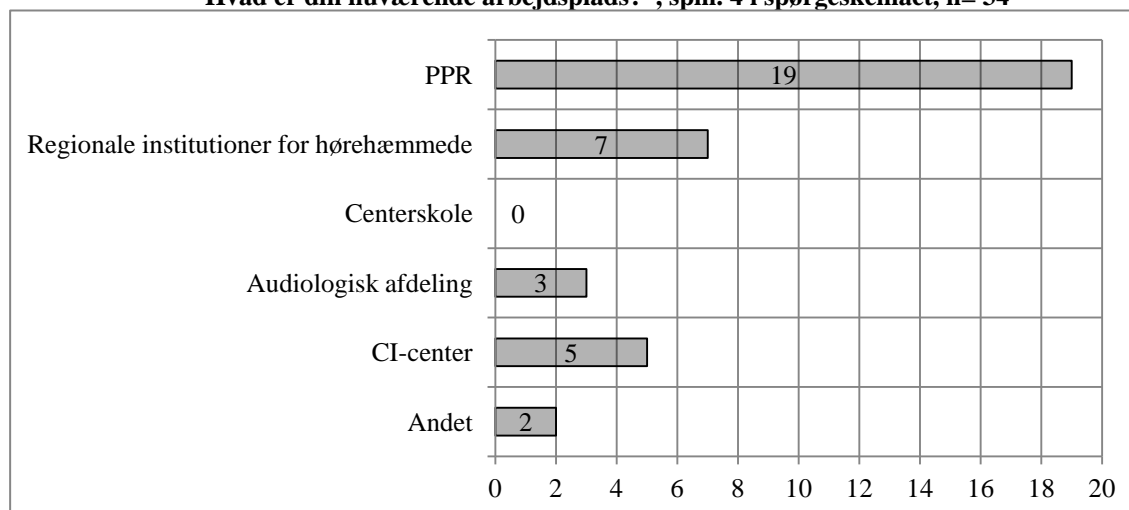
Der er afgivet 36 svar på dette spørgsmål (Tabel 5 og Figur 12). Ligesom for det ovenstående spørgsmål gælder det her, at respondenterne havde mulighed for at afkrydse (alle) de arbejdspladser, som de har tilknytning til. Fordelingen af de 36 afgivne svar er som følger: 19 respondenter arbejder i PPR-regi, 7 respondenter arbejder ved regionale institutioner for hørehæmmede, 3 arbejder på en audiologisk afdeling, mens 5 respondenter arbejder ved et af CI-centrene. 2 respondenter har markeret i feltet *andre arbejdspladser*, disse to tilføjelser kan dog ikke oplyses i specialet, da disse tilføjelser vil kompromittere de 2 pågældende respondents anonymitet. Ingen af respondenterne arbejder på centerskoler.

TABEL 5
Overblik over respondenternes nuværende arbejdsplads, spm. 4 i spørgeskemaet, n=34

Nuværende arbejdsplads	Antal
PPR	19
Regionale institutioner for hørehæmmede	7
Centerskole	0
Audiologisk afdeling	3
CI-center	5
Andet	2

Note: To respondenter har besvaret spørgsmålet ved at sætte flere krydser, derfor er det samlede antal besvarelser højere end n=34. Sammenlagt satte respondenterne 36 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål. Af de 7 respondenter, som senere afbryder spørgeskemaet, er 1 fra CI-center, 1 fra audiologisk afdeling, 2 fra regionale institutioner for hørehæmmede og 3 fra PPR.
PPR = Pædagogisk Psykologisk Rådgivning; Regionale institutioner for hørehæmmede = Småbørnsvejledning placeret sammen med de tidligere døveskoler; Centerskole= Placeret på almindelige folkeskoler, som har et spor med høreklasser for hørehæmmede børn.

FIGUR 12
"Hvad er din nuværende arbejdsplads?", spm. 4 i spørgeskemaet, n= 34



Spørgsmål 5: Hvordan har du opnået viden om og erfaring med AVT?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 2, personlige erfaringer med AVT.

I spørgsmålet angående respondenternes opnåelse af viden om og erfaring med AVT, var det muligt for respondenterne at afkrydse alle de mulige måder, som har ført til deres kendskab til og anvendelse af AVT i praksis. Der blev sat 82 krydser i alt, og af dem udgjorde svarkategorien *kurser* 33 respondenter, svarkategorien *supervision* 13 respondenter, 10 respondenter havde indgået i en mentorordning med en certificeret AV-terapeut, 2 respondenter tilkendegav, at de var selvlærte, 7 respondenter havde deltaget i studieture, og 15 respondenter havde lært AVT via kolleger. 2 respondenter tilkendegav, at de havde opnået viden om og erfaring med AVT på anden vis, end de faste kategorier i spørgeskemaet dækkede. Da disse tilføjelser vil kompromittere de 2 pågældende respondenters anonymitet, bringes disse ikke frem her (Tabel 6 og Figur 13).

TABEL 6

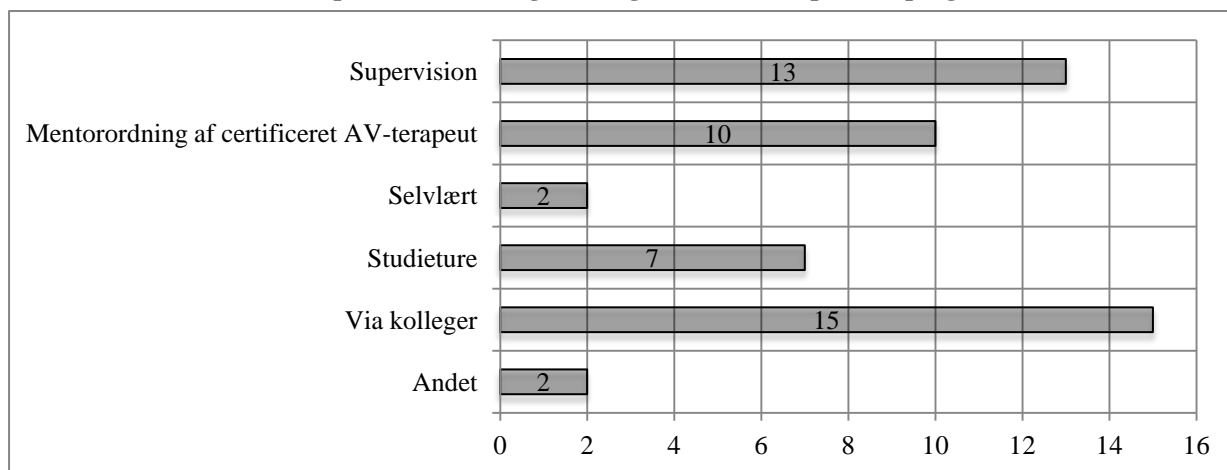
Overblik over hvordan respondenterne har opnået erfaring med AVT, spm. 5 i spørgeskemaet, n=33

Opnået erfaring via...	Antal
Kurser	33
Supervision	13
Mentorordning af certificeret AV-terapeut	10
Selvlært	2
Studieture	7
Via kolleger	15
Andet	2

Note: Da respondenterne kunne sætte flere krydser, overstiger det samlede antal besvarelser n=33. Sammenlagt satte respondenterne 82 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål. Ingen af de 2 respondenter, som svarer at de er selvlærte, fuldfører spørgeskemaet, så i diskussionen af resultater (Afsnit 5.2) vil der ikke være nogen respondenter fra denne svarkategori. En yderligere bemærkning er, at de 2 respondenter, der nævner, at de er selvlærte, dog også havde opnået erfaring ved kurser, supervision og via kolleger. 2 af de 10 respondenter, der har deltaget i mentorforløb, fuldfører heller ikke spørgeskemaet, så i resultatdiskussionen vil der omtales 8 respondenter med erfaring fra mentorforløb. De resterende respondenter, som senere afbryder spørgeskemaet, angiver kurser, supervision og kolleger som kilde til deres viden om og erfaring med AVT.

FIGUR 13

"Hvordan har du opnået viden om og erfaring med AVT?", spm. 5 i spørgeskemaet, n=33



De respondenter, som svarede ja til at have været på kursus i AVT, blev i spørgeskemaet bedt om at uddybe hvilke kurser, de har været på. Svarene viser et meget bredt spænd i omfanget af de kurser, som ligger til grund for respondenternes AVT-erfaring. Visse respondenter har givet specifikke informationer om kursernes varighed. Disse informationer viser, at kursernes varighed spænder fra 24 timer - 225 timer. Flere respondenter oplyser også at have deltaget i et intensivt kursus ved Warren Estabrooks af 1 års varighed (her er dog ikke oplyst antal timers varighed i løbet af det aktuelle år). Der er både nævnt danske kurser ved bl.a. Anne Haven og Vibeke Rødsgaard-Mathiesen og Birgitte Franck samt internationale kurser ved (som før nævnt) Warren Estabrooks, Carol Flexer, Elisabeth Tyszkiewicz og Lyndsey Allen. Underviserne på de nævnte kurser er både certificerede AV-terapeuter og ikke-certificerede. For en samlet oversigt over respondenternes uddybende svar; se Oversigt 1 (side 69). Vi havde intentioner om at udforme en grafisk fremstilling, der viste spændet mellem kursusforløbenes omfang. Dette viste sig umuligt på grund af manglende oplysninger om kursernes varighed, som det kan ses i Oversigt 1 (side 69).

De respondenter, som svarede ja til at have modtaget supervision i forbindelse med AVT, blev i spørgeskemaet bedt om at uddybe, hvad deres supervisionsforløb havde bestået i. Respondenternes svar dannede et meget heterogent billede af, hvad et AVT-supervisionsforløb i dansk sammenhæng kan bestå i - både i typen, tilrettelæggelsen og frekvensen af supervisionen. Respondenternes besvarelser viser, at supervisionsforløb kan spænde fra supervision af kollegial karakter og over til supervision ved internationale certificerede AV-terapeuter. Supervisionen kan både ske via videooptagelser eller live i undervisningssituationen.

De respondenter, som svarede ja til at have været på studieture i forbindelse med AVT, blev bedt om at uddybe indholdet af denne/disse studietur(e). Flere respondenter beskrev studieture til England bl.a. Birmingham, Manchester, Nottingham og Oxford, mens 1 respondent har været i Australien, hvor hun bl.a. har besøgt *The Shepherd Centre* (australsk organisation, der er anerkendt for at være førende indenfor tidlig intervention med AVT; *The Shepherd Centre*, u. å.). Nogen respondenter har haft mulighed for at følge en certificeret AV-terapeuts arbejde i to dage, mens andre har fulgt en certificeret AV-terapeut i op til en uge i forbindelse med en studietur.

Tabel 7 på næste side er sammensat af besvarelserne fra spm. 5, 6 og 7. Dette er gjort for at danne et samlet overblik over hver enkelt respondents personlige erfaringer med AVT, herunder indhold og varighed samt antal AVT-undervisningstimer pr. uge. Der ses umiddelbart en tendens til, at jo flere års erfaring en respondent har, des flere AVT-undervisningstimer udfører den pågældende respondent ugentligt.

TABEL 7
Oversigt over respondenternes forudsætninger for at arbejde med AVT, n=27

Respondent	Erfaring opnået ved?	Antal års erfaring?	Antal timers AVT pr. uge?
Respondent 1	Kurser, mentorordning af certificeret AV-terapeut	7-9 år	15 timer eller mere
Respondent 2	Kurser, supervision, mentorordning af certificeret AV-terapeut, studieture, via kolleger	7-9 år	9-11 timer
Respondent 3	Kurser, supervision, studieture	7-9 år	5-7 timer
Respondent 4	Kurser, mentorordning af certificeret AV-terapeut, studieture, via kolleger	7-9 år	5-7 timer
Respondent 5	Kurser, supervision	7-9 år	1-3 timer
Respondent 6	Kurser, supervision, studieture, via kolleger	5-7 år	5-7 timer
Respondent 7	Kurser, supervision	5-7 år	5-7 timer
Respondent 8	Kurser, supervision, via kolleger	5-7 år	3-5 timer
Respondent 9	Kurser, via kolleger	5-7 år	Under 1 time
Respondent 10	Kurser, mentorordning af certificeret AV-terapeut, via kollege	3-5 år	7-9 timer
Respondent 11	Kurser, via kolleger	3-5 år	5-7 timer
Respondent 12	Kurser, mentorordning af certificeret AV-terapeut. AVT-undervisning på Gentofte med de to CI-børn, jeg har haft henvist	3-5 år	Under 1 time
Respondent 13	Kurser	3-5 år	Under 1 time
Respondent 14	Kurser, supervision, mentorordning af certificeret AV-terapeut	3-5 år	Under 1 time
Respondent 15	Kurser, studieture	3-5 år	Under 1 time
Respondent 16	Kurser, supervision, mentorordning af certificeret AV-terapeut, studietur, via kolleger	1-3 år	5-7 timer
Respondent 17	Kurser, via kolleger	1-3 år	3-5 timer
Respondent 18	Kurser, supervision	1-3 år	1-3 timer
Respondent 19	Kurser	1-3 år	1-3 timer
Respondent 20	Kurser, gennem tæt samarbejde med småbørnshørekonsulent fra Center for Høretab	1-3 år	Under 1 time
Respondent 21	Kurser, via kolleger	1-3 år	Under 1 time
Respondent 22	Kurser, supervision	1-3 år	Under 1 time
Respondent 23	Kurser	1-3 år	Under 1 time
Respondent 24	Kurser	1-3 år	Under 1 time
Respondent 25	Kurser	1-3 år	Under 1 time
Respondent 26	Kurser, mentorordning af certificeret AV-terapeut	Under 1 år	Under 1 time
Respondent 27	Kurser	Under 1 år	Under 1 time

Note: Respondenternes erfaringsmæssige baggrund for AVT, baseret på spm. 5, 6 og 7. Oversigten er først sorteret efter antal års erfaring med AVT, og herefter sorteret efter antal timers AVT-undervisning pr. uge. Denne tabel er baseret på de 27 gennemførte besvarelser, selvom der er henholdsvis 33, 30 og 30 respondenter, der har besvaret spm. 5, 6 og 7. Dette er valgt for at give et overblik over forudsætningerne for udførelsen af AVT i den endelige respondentgruppe.

OVERSIGT 1:

Kvalitative kommentarer fra respondenterne til spm. 5 i spørgeskemaet om uddybning af indholdet af de AVT-kurser, som respondenterne har deltaget i, n=30

I det følgende er respondenternes kommentarer på spørgeskemaet gengivet i en ikke-redigeret stand:

- Jeg deltog med 14 andre "amtshørekonsulenter i et 225 timers AVT forløb tilrettelagt af Birgitte Franck med støtte fra Oticon fonden / Jeg har ligeledes deltaget i en del kurser efterfølgende med flere udenlandske foredragsholdere
- AVT-sæt lyd på verden
- Jeg har deltaget i kursus ved Anne Haven og Vibeke Rødsgaard-Matheisen
- Jeg har været på to uge kurser med AVT med Carol Flexer og Elizabeth Tyzciwich som undervisere.
- 24t kursus VIA Århus 2013. m Anne Haven og Vibeke Rødsgaard Mathiesen.
- 30 timers kursus + 90 timers kursus
- Hos Anne Haven og Vibeke Rødsgaard i Ålborg
- AVT Modul på UCS / og / 4 dages kursus med Anne Haven og Vibeke R-Mathiesen
- AVT kursus ifm. PD i logopædi - undervist af Anne Haven og Vibeke Rødsgård
- Det er har været kurser på Døveskolen i Fredericia og AVT på danske læber samt Nyborg Strand efteruddannelse.
- Jeg har deltaget i suppleringskurset på KU "Genoptræning af børn med CI og HA"
- Kursusrække med start i 2006. Initiativtager Birgitte Franck. I alt tre ugers internat med undervisning af forskellige Cert. AVT og to uger med relateret undervisning f.eks. fonologi, sprogudvikling o.a. / / To gange deltagelse i AG Bells symposium om AVT.
- Et årligt kursus i AVT ved Cert. AVT Warren Esterbrooks med supervision og eksamen. / Diverse kurser og foredrag ved forskellige cert. AVT.
- Det første kursus i DK: arrangeret af Birgitte Franck/betalt af Oticonfonden (2004 - 2009, vist nok 225 timer) / Warren Estabrooks, 2008 - 2009 (Danaflex) / Div. temadage...
- Avt kursus gennem VIA Aalborg v. Anne Haven og Vibeke Rødsgaard
- jeg har gået på Kurser hos Anne Haven og Vibeke Rødsgaard
- Birgitte Franks hold i 5 uger, med mange udlandske AVT-certificeret undervisere
- AVT i København ved Anne Haven og Vibeke Rødsgaard samt småkurser på CFH
- Kursus udbudt af UCC forår 2013 v. Anne Haven og Vibeke Rødsgaard-Mathiessen, 4 fulde kursusdage, ialt 30 lektioner
- Jeg har været på kursus 2 gange hos Anne og Vibeke, 4 hele dage . 2 gang var for at få frisket min viden op i 2013. Endvidere har jeg været på et weekend kursus for forældre arrangeret af Decibel, hvor Anne og Vibeke gav vejledning til de enkelte familier.
- "Grund"kursus på VIA, Århus. Undervisere Anna/Vibeke
- UCC København deltaget i kursus med Anne Haven og Vibeke.....
- Grundlæggende indføring i AVT (80 timer) m.Carol Flexer, Elisabeth Tyszkiewicz og Lyndsey Allen / Diverse et dags kurser m. bl.a. Jayne Simpson, Carol Flexer m. fl.
- Grundlæggende indføring i AVT, 80 timer, sept. 2010 og april 2011 / arr. i samarbejde mellem Center for Høretab, Ålborgskolen, Århus Universitetshospital, Birgitte Franck og Talehøreinstitutionen Region Midtjylland
- Grundlæggende indføring i AVT v. Vestdansk Center for CI (samarbejde ml Århus universitetshospital, Aalborgskolen, Center for Høretab og Birgitte Franck, Tale & Høreinstitutionen i Region midt.) / 80 timer ialt
- - AG Bell kursus/konference, LA / - AG Bell kursus/konference, Arizona / - AG Bell kursus/konference, Washington / - Trainee på kursus ved Warren Estabrooks / - Avtister in spe
- Warren Estabrooks intensive kursus i over ca. 1 år Danmark 2008-2009.
- Indføring i Avt 2 ugers kursus i Gjern, Danmark
- 2 ugers indføring i AVT i Gjern
- AVT kursus i Gjern, Interne kurser og supervision ved anerkendte certificeret AVTister fra udlandet, Studietur til Birmingham

Note: Kommentarerne er kopieret direkte fra respondenternes besvarelser af spørgeskemaet "Målfastsættelse i Auditory-Verbal Therapy (AVT), og fremstår derfor i rå form. Dette er gjort for at undgå påvirkning af indholdet af respondenternes udsagn ved eventuel redigering.

Spørgsmål 6: Hvor mange års erfaring har du med AVT?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 2, personlige erfaringer med AVT.

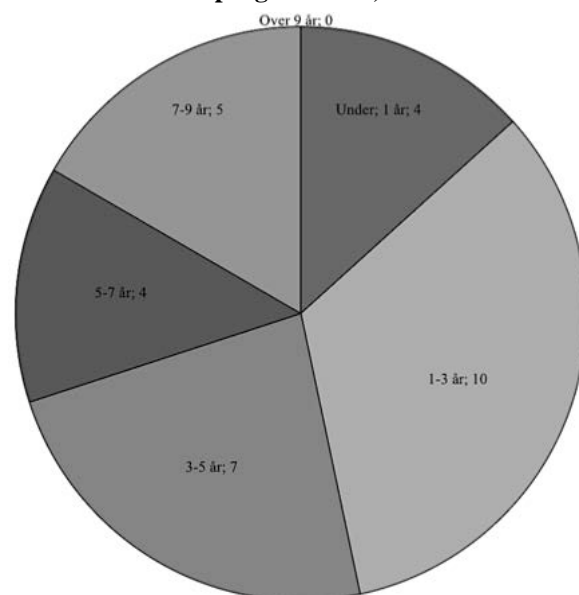
Spm. 6¹⁰ skulle besvares med blot et enkelt kryds ved den svarmulighed, som stemte bedst overens med respondentens antal års erfaring med AVT. Derfor kan det ud fra antallet af svar på dette spørgsmål fastslås, at der på daværende tidspunkt i spørgeskemaet var 30 respondenter tilbage. Vi har for overskuelighedens skyld valgt at angive tidsintervallerne i hele år, selvom det medfører, at intervallerne lapper over hinanden. Vi vurderede, at dette valg ikke ville påvirke respondenternes besvarelser. De 30 respondenter svar fordeler sig således (Tabel 8 og Figur 14): 4 respondenter oplyser, at de har under 1 års erfaring med AVT, 10 respondenter oplyser, at de har 1-3 års erfaring med metoden, 7 respondenter har 3-5 års erfaring, 4 respondenter har 5-7 års erfaring, og 5 respondenter oplyser, at de har 7-9 års erfaring med AVT. Ingen respondenter har markeret, at de har mere end 9 års erfaring med AVT. Se desuden Tabel 7 (side 68), som tidligere er blevet beskrevet.

TABEL 8
Overblik over hvor mange års erfaring respondenterne har med AVT, spm. 6 i spørgeskemaet, n=30

Års erfaring med AVT	Antal	Procent
Under 1 år	4	13 %
1-3 år	10	33 %
3-5 år	7	23 %
5-7 år	4	13 %
7-9 år	5	17 %
Over 9 år	0	0 %

Note: Af de 3 respondenter, som senere afbryder spørgeskemaet, har 2 under 1 års erfaring, og 1 har 3-5 års erfaring.

FIGUR 14
"Hvor mange års erfaring har du med AVT?", spm. 6 i spørgeskemaet, n=30



¹⁰ I resten af specialet anvender vi forkortelsen spm. for spørgsmål. Dette gøres de steder, hvor vi henviser til et specifikt spørgsmål fra vores spørgeskemaundersøgelse og forkortelsen vil derfor blive kombineret med nummeret på det givne spørgsmål.

Spørgsmål 7: Hvor mange timer underviser du ca. i AVT i løbet af en gennemsnitlig arbejdsuge?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 2, personlige erfaringer med AVT.

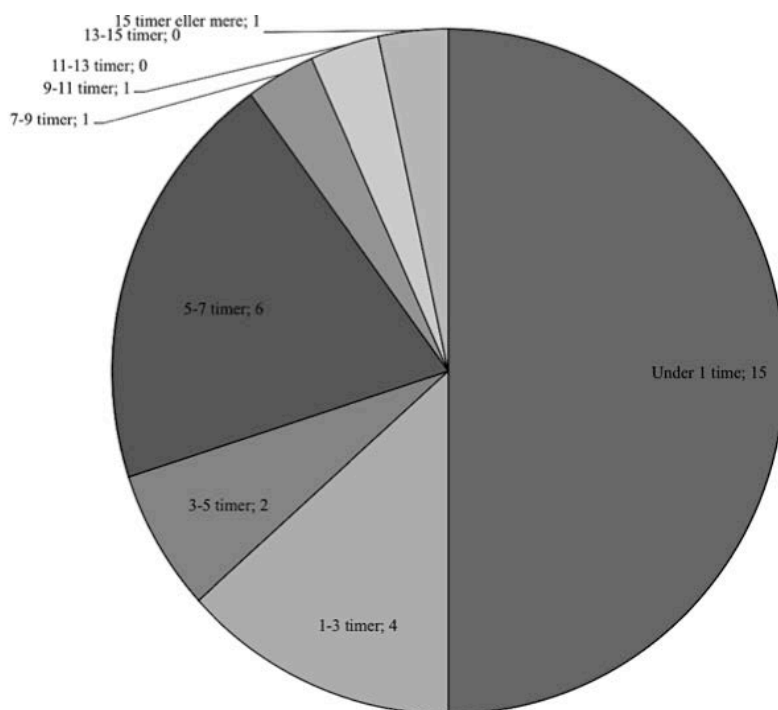
De samme 30 respondenter, som besvarede spm. 6, er fortsat til spm. 7. Respondenternes svarfordeling ses herunder (Tabel 9 og Figur 15): 15 respondenter underviser i AVT i under 1 time i løbet af en gennemsnitlig arbejdsuge, 4 respondenter underviser 1-3 timer om ugen i AVT, 2 respondenter underviser 3-5 timer om ugen i AVT, 6 respondenter underviser 5-7 timer om ugen i AVT, 1 respondent underviser 7-9 timer om ugen i AVT, 1 respondent underviser 9-11 timer om ugen i AVT, mens ingen respondenter underviser 11-15 timer om ugen i AVT. 1 enkelt respondent underviser i AVT i 15 timer om ugen eller mere. Se også Tabel 7 (side 68), som tidligere er blevet beskrevet.

TABEL 9
Overblik hvor mange timers AVT-undervisning respondenterne udøver pr. uge, spm. 7 i spørgeskemaet, n=30

AVT-undervisnings-timer pr. uge	Antal	Procent
Under 1 time	15	50 %
1-3 timer	4	13 %
3-5 timer	2	7 %
5-7 timer	6	20 %
7-9 timer	1	3 %
9-11 timer	1	3 %
11-13 timer	0	0 %
13-15 timer	0	0 %
Over 15 timer	1	3 %

Note: Af de 3 respondenter, som senere afbryder spørgeskemaet, underviser 1 i 1-3 timer pr. uge og 2 underviser under 1 time pr. uge.

FIGUR 15
”Hvor mange timer underviser du ca. i AVT i løbet af en gennemsnitlig arbejdsuge?”, spm. 7 i spørgeskemaet, n=30



Spørgsmål 8: Hvor ofte får hvert enkelt barn og familie AVT-undervisning?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 2, personlige erfaringer med AVT.

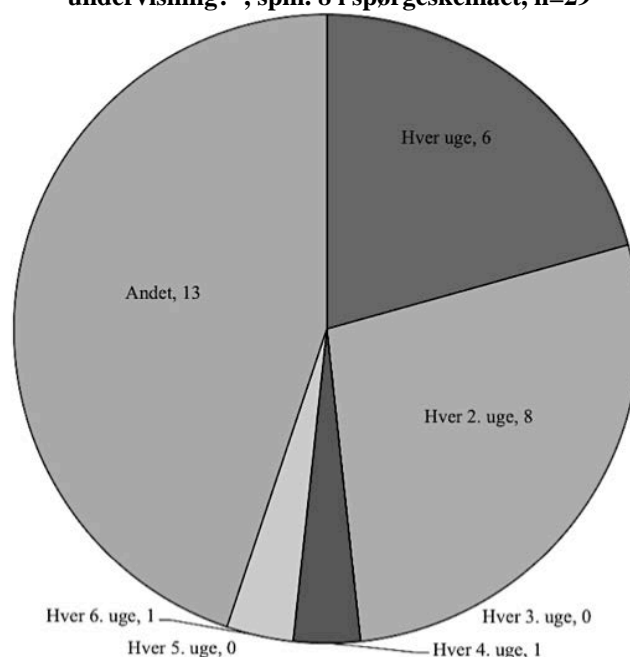
Spm. 8 er også et spørgsmål, hvor det kun er muligt at afgive ét svar. Her er der faldet endnu en respondent fra, så der i alt er 29 respondenter, som besvarer det aktuelle spørgsmål om, hvor ofte hvert enkelt barn og familie modtager AVT-undervisning (Tabel 10 og Figur 16). 6 respondenter svarer, at de træner AVT med hvert enkelt barn og familie hver uge, 8 respondenter svarer, at det sker hver 2. uge, ingen respondenter træner AVT hver 3. uge, mens 1 gør hver 4. uge. Ingen respondenter træner AVT hver 5. uge med børn og forældre, mens 1 enkelt respondent gør hver 6. uge. 13 respondenter har benyttet sig af muligheden for at uddybe deres svar under muligheden *andet*. Herunder beskrives bl.a., hvor individuel undervisningsfrekvensen er, alt efter hvilket barn det drejer sig om, og hvor man er i AVT-forløbet. Én nævner også parametre som barnets alder og sproglige forudsætninger som afgørende for, hvor ofte AVT-undervisningen finder sted. Et par respondenter uddyber desuden, at de pt. ikke har AVT-forløb eller endnu ikke selv har udført et forløb med barn og forældre ud fra AVT-metoden.

TABEL 10
Overblik over hvor ofte hvert enkelt barn og familie får AVT-undervisning, spm. 8 i spørgeskemaet, n=29

Undervisningsfrekvens	Antal	Procent
Hver uge	6	21 %
Hver 2. uge	8	28 %
Hver 3. uge	0	0 %
Hver 4. uge	1	3 %
Hver 5. uge	0	0 %
Hver 6. uge	1	3 %
Andet	13	45%

Note: 13 respondenter uddyber i *andet*, bl.a. at de ikke på nuværende tidspunkt selv udfører AVT-forløb, eller at undervisningsfrekvens afhænger af det enkelte barn og familie. Af de to respondenter, som senere afbryder spørgeskemaet, svarede en, at hun giver undervisning hver 2. uge, mens den anden nævner, at hun ikke selv har haft AVT-forløb endnu.

FIGUR 16
"Hvor ofte får hvert enkelt barn og familie AVT-undervisning?", spm. 8 i spørgeskemaet, n=29



Spørgsmål 9: Hvilke(n) aldersgruppe(r) bruger du AVT til?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 2, personlige erfaringer med AVT.

I dette spørgsmål blev respondenterne opfordret til at sætte et eller flere krydser for at afdække hvilke(n) aldersgruppe(r), de bruger AVT til. Der er afgivet 103 svar i alt til dette spørgsmål (Tabel 11). 14 respondenter anvender AVT til børn under 1 år, 16 respondenter til de 1-1:11-årige, 18 respondenter til de 2-2:11-årige, 20 respondenter til de 3-3:11-årige, 16 respondenter til de 4-4:11-årige, 11 respondenter til de 5-5:11-årige og 8 respondenter til børn på 6 år eller ældre. Da der er sat mange krydser ved dette spørgsmål, har vi valgt at lave en krydstabellering for at undersøge, om der ses tendenser i afkrydsningerne (Tabel 12). Der ses to tendenser: Den ene tendens er, at mange respondenter afkrydser samtlige svarkategorier eller alle svarkategorier bortset fra 6 år eller ældre. Den anden tendens er, at en stor del af respondenterne afkrydser ganske specifikke aldersgrupper. Dette kunne tyde på, at de måske ikke giver AVT-undervisning til mange forskellige børn, men snarere afkrydser de svarkategorier, som passer til alderen på de pågældende børn, som de netop nu eller tidligere har undervist i AVT.

TABEL 11
Overblik hvor hvilke aldersgrupper AVT tilbydes til, spm. 9 i spørgeskemaet, n=29

Aldersgruppe	Antal
Under 1 år	14
1-1:11 år	16
2-2:11 år	18
3-3:11 år	20
4-4:11 år	16
5-5:11 år	11
6 år eller ældre	8

Note: Da respondenterne kan sætte flere krydser, overstiger det samlede antal besvarelser n=29. Sammenlagt sætter respondenterne 103 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål. Af de 2 respondenter, som senere afbryder spørgeskemaet, afkrydser 1 de første 4 svarkategorier og 1 afkrydser aldersgruppen 3-3:11 år.

TABEL 12
Krydstabellering over respondenter og hvilke aldersgrupper, der anvendes AVT til, spm. 9 i spørgeskemaet.

Respondent Svar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Under 1 år										x	x				x	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1 - 1:11 år										x	x	x				x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2 - 2:11 år	x										x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3 - 3:11 år		x	x	x								x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4 - 4:11 år					x								x	x						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5 - 5:11 år									x						x		x	x	x						x	x	x	x	x
Over 6 år						x	x	x	x						x		x											x	x

Note: Respondenternes besvarelser er groft sorteret efter hvor mange aldersgrupper, hver respondent har afkrydset.

Spørgsmål 10: Hvilke børn anvender du AVT til?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 2, personlige erfaringer med AVT.

Til dette spørgsmål blev der afgivet 55 svar, da respondenterne blev opfordret til at sætte et eller flere krydser (Tabel 13 og Figur 17). 25 respondenter bruger AVT til børn med CI, 20 respondenter bruger AVT til børn med HA, mens 4 respondenter bruger AVT til børn med BAHA. Yderligere 6 krydser blev tilføjet under svarmuligheden *andet*. Under *andet* har en respondent beskrevet, at hun anvender AVT til børn, der har fået tilsluttet CI på første øre og som oftest har HA kontralateralt altså en kombination af CI og HA. En anden bruger AVT til børn under udredning til CI. En tredje respondent bruger AVT-metoden til hørende børn med andre handicap, en fjerde til børn med sproglige vanskeligheder. Yderligere nævner en respondent, at hun anvender AVT-tilgangen generelt, altså også i forbindelse med sit øvrige arbejde.

TABEL 13

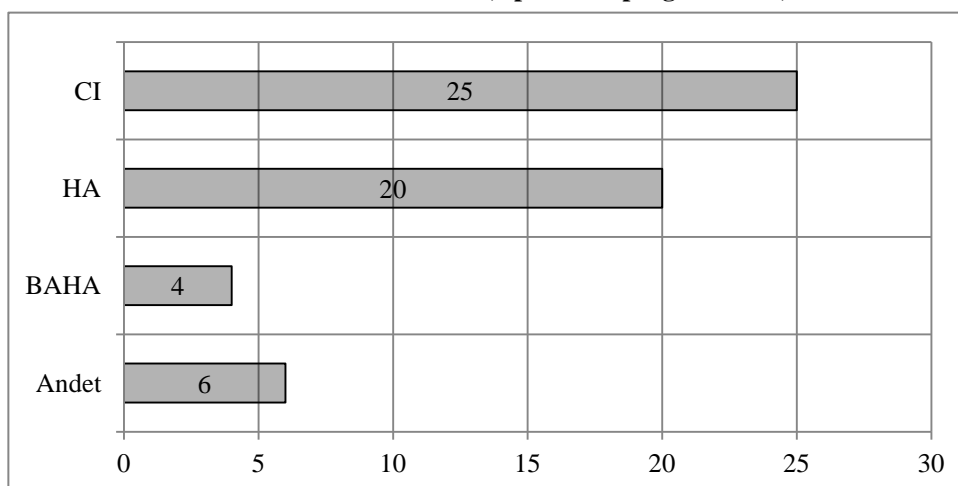
Overblik hvilke børn respondenterne anvender AVT til (inddelt efter høreteknisk hjælpemiddel), spm. 10 i spørgeskemaet, n=29

Høreteknisk hjælpemiddel	Antal
CI	25
HA	20
BAHA	4
Andet	6

Note: Da respondenterne kan sætte flere krydser, overstiger det samlede antal besvarelser n=27. Sammenlagt sætter respondenterne 55 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål. Af de 2 respondenter som senere afbryder spørgeskemaet, uddyber 1 sin besvarelse i *andet* og 1 nævner både CI, HA og BAHA.

FIGUR 17

"Hvilke børn anvender du AVT til?", spm. 10 i spørgeskemaet, n= 29



Spørgsmål 11: Hvad er efter din mening det vigtigste element i AVT?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 2, personlige erfaringer med AVT.

Dette spørgsmål placerer sig i kategorien holdningsspørgsmål. Her blev respondenterne opfordret til at pege på det, der efter deres mening er det vigtigste element i AVT. Svarmuligheden bestod af et åbent tekstfelt, hvori respondenterne kunne skrive deres svar. 27 respondenter besvarede spørgsmålet. Respondenternes svar på dette spørgsmål vil blive diskuteret i Afsnit 5.2.1, og en samlet opgørelse over besvarelserne ses på næste side (Oversigt 2). Fra dette spørgsmål og frem til sidste spørgsmål i vores spørgeskemaundersøgelse er det disse 27 respondenter (ud af de 76 adspurgte professionelle), som fuldfører spørgeskemaet og dermed udgør vores endelige respondentgruppe. Af tendenser i svarene på spørgsmålet skal nævnes at størstedelen af respondenterne (25 respondenter) nævner forældrene og forældreinddragelse som det vigtigste element i AVT, 1 respondent fokuserer på den auditive tilgang, mens 1 fokuserer på de 10 AVT-principper.

OVERSIGT 2:

Kvalitative kommentarer fra respondenterne til spm. 11 i spørgeskemaet om, hvad der er det vigtigste element i AVT, n=27

I det følgende er respondenternes kommentarer på spørgeskemaet gengivet i en ikke-redigeret stand:

- De ti principper og overholdes af disse - de giver gode arbejdsredskaber
- Forældreinddragelse
- Det vigtigste element må være, at gøre forældre og pædagoger opmærksomme på, at bruge principperne i hverdagen/implementere principperne i hverdagen og ikke kun i leg!
- Det tætte forældresamarbejde
- Forældreinddragelse
- Metodens positive indvirkning på barn og forælder
- Forældreinddragelse
- Den auditive tilgang - barnet skal lære at bruge hørelsen
- Forældreinddragelse
- Det er undervisning af forældrene så de selv kan træne, støtte og guide deres barn.
- At undervisningen er rettet mod forældrene og at der arbejdes med en auditiv tilgang.
- At der arbejdes struktureret ud fra faste mål som tager udgangspunkt i den normale sproglige udvikling. At det er forældrene der er i fokus og at de igennem AVT tager ansvar for deres børns auditive og sproglige udvikling. / At der er en plan med hver session og at det ikke "bare" er leg.
- "Hjernen" og "forældrene"
- Det er at der er samarbejde med forældrene og man arbejder ud fra AVT principperne
- Forældre inddragelse
- Forældreinddragelsen
- At det er den auditive indgangsvinkel og rettet mod forældrene. At min opgave er at overleverer alt min viden til forældrene og at barnet på den måde har mulighed for at bliver stimuleret i alle barnets vågne timer (underviser også personalet i inst. hver 14.dag). Det er en positiv metode, hvor barnet lærer gennem leg og ikke gennem gammeldags undervisning.
- Det tætte forældresamarbejde
- At forældrene deltager og kan videreføre de viste programmer til deres hverdag.
- Det at man sikrer sig at eleven "hører" og tager imod lyd og træner den sproglige udvikling
- Forældre inddragelse / Fokus på det auditive / Legeprægede aktiviteter
- Forældresamarbejdet
- Forældreinddragelsen
- FORÆLDRENE! Forældrene er de vigtigste aktører i AVT og det er vores fornemmeste opgave at klæde dem på til at være tovholdere for deres barns auditive og talesproglige udvikling. Undervisningen SKAL være bæredygtig også uden for kontorets fire vægge.
- At undervise forældrene.
- At støtte forældrene
- Voksenvejledning, og forældredeltagelse

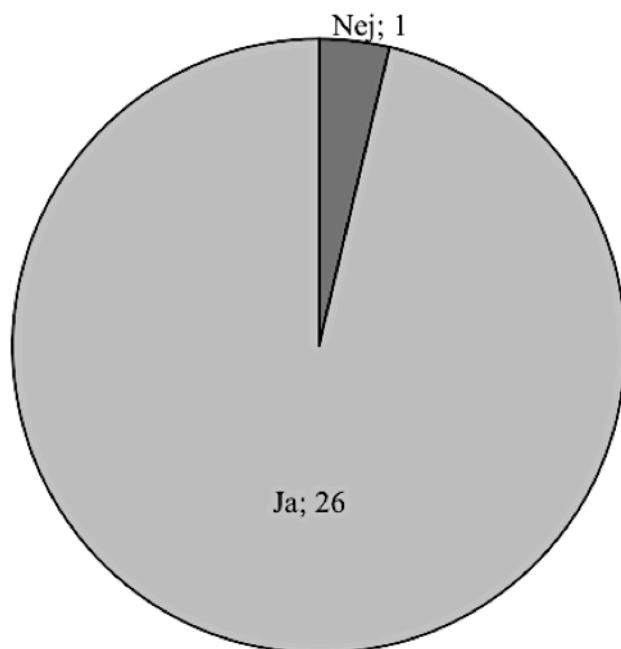
Note: Kommentarerne er kopieret direkte fra respondenternes besvarelser af spørgeskemaet "Målfastsættelse i Auditory-Verbal Therapy (AVT), og fremstår derfor i rå form. Dette er gjort for at undgå påvirkning af indholdet af respondenternes udsagn ved eventuel redigering.

Spørgsmål 12: Opsætter du mål i din AVT-undervisning?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 3, hvordan og hvorfor respondenter sætter mål i AVT-undervisningen.

Spørgsmålet er et ja/nej-spørgsmål, for at kun de respondenter, som opsætter mål i deres AVT-undervisning, skal besvare de efterfølgende spørgsmål, som omhandler målsætning. I alt svarer 27 respondenter på dette spørgsmål. 26 respondenter svarer ja til, at de opsætter mål i deres AVT-undervisning. 1 enkelt respondent svarer nej og uddyber, at hun pt. går ud fra de mål, som opsættes på CI-centeret (Figur 18). OBS: Som følge af denne ene tilkendegivelse af, at den pågældende respondent ikke selv opstiller mål, vil der i de følgende spørgsmål angående målsætning kun indgå 26 ud af de 27 respondenter, som fuldfører spørgeskemaet.

FIGUR 18
“Opsætter du mål i din AVT-undervisning?”, spm. 12 i spørgeskemaet, n=27



Spørgsmål 13: Hvad bruger du som udgangspunkt for målsætningen i din AVT-undervisning?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 3, hvordan og hvorfor respondenterne sætter mål i AVT-undervisningen.

Respondenterne fik i dette spørgsmål mulighed for at sætte flere krydser, for at vi kunne danne os et så dækkende billede som muligt af, hvad der i praksis bliver anvendt som udgangspunkt for målsætningsarbejdet. Der blev afgivet 83 svar i alt. Svarene fordelte sig således (Tabel 14 og Tabel 15): 17 respondenter tager udgangspunkt i, hvad barnet kan, bedømt ud fra standardiseret testning. 16 respondenter tager udgangspunkt i, hvad barnet kan, bedømt ud fra ikke-standardiseret testning. 24 respondenter tager udgangspunkt i, hvad barnet kan, bedømt ud fra observationer i praksis, og 20 respondenter tager udgangspunkt i *zonen for nærmeste udvikling*. 6 respondenter har desuden tilføjet uddybende kommentarer som svar på dette spørgsmål. Blandt andet har 2 respondenter ud af disse 6 skrevet, at de anvender diagnosticerende undervisning, og 1 anden respondent skriver, at hun anvender viden om barnets auditive, sproglige og kognitive udvikling samt forældrenes ønsker som udgangspunkt for målfastsættelsen. I Tabel 15 er hver respondent krydset med, hvilket udgangspunkt denne bruger for målfastsættelsen i AVT-undervisningen. Denne tabel viser, at 11 respondenter anvender samtlige af de fire udgangspunkter, som er nævnt i de prædefinerede svarkategorier. I tabellen ses det også, at der generelt anvendes en kombination af flere forskellige målinger og observationer som udgangspunkt for målfastsættelsen.

TABEL 14
Overblik over hvad respondenterne anvender, som udgangspunkt for målfastsættelsen, spm. 13 i spørgeskemaet, n=26

Udgangspunkt	Antal
Hvad barnet kan, bedømt ud fra standardiseret testning	17
Hvad barnet kan, bedømt ud fra ikke-standardiseret testning	16
Hvad barnet kan, bedømt ud fra observationer i praksis	24
Teorien <i>Zonen for nærmeste udvikling</i>	20
Andet	6

Note: Da respondenterne kan sætte flere krydser, overstiger det samlede antal besvarelser n=26. Sammenlagt sætter respondenterne 83 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål.

TABEL 15
Krydstabellering over respondenter og deres udgangspunkt for målfastsættelsen i AVT-undervisningen, spm. 13 i spørgeskemaet, n=26.

Svar	Repondent																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Standardiseret test					x			x	x			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ikke-standardiseret test								x	x	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Observationer i praksis			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Zonen for nærmeste udvikling		x				x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Andet	x		x	x											x										x	x

Note: Respondenternes svar er groft sorteret efter hvor mange svarmuligheder, de har afkrydset til spørgsmålet.

Spørgsmål 14: Hvor ofte opstiller du mål i din AVT-undervisning?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 3, hvordan og hvorfor respondenterne sætter mål i AVT-undervisningen.

På spørgsmålet om, hvor ofte respondenterne opstiller mål i deres AVT-undervisning, var det muligt at afkrydse flere af svarmulighederne. Der blev afgivet 53 svar i alt (Tabel 16). 16 respondenter svarede, at de opstiller langtidsmål, 20 at de laver mål for hver undervisningsgang, og 17 respondenter svarede, at de opstiller mål i takt med barnets udvikling. Ingen respondenter anvendte til dette spørgsmål muligheden for at svare andet end de svarmuligheder, de faste kategorier udgjorde. De 16 respondenter, som svarede, at de opstiller langtidsmål i deres AVT-undervisning, blev bedt om at uddybe, med hvilket interval de opstiller disse mål. Denne uddybning var vigtigt for at afdække hvor bredt et spektrum, der sættes langtidsmål indenfor i AVT-undervisningen i Danmark. Her nævnes alt fra hver måned til hver sjette måned. Og flere respondenter fokuserer på, at det afhænger af barnets alder og stadie af udvikling, samt at langtidsmålene evalueres løbende og revideres, hvis de opnås før end forventet. Da der er sat mange krydser ved dette spørgsmål, har vi valgt at lave en krydstabellering for at undersøge, om der ses tendenser i afkrydsningerne (Tabel 17). Der ses ingen tydelige tendenser, men 8 respondenter tilkendegiver at de sætter alle tre former for mål i deres AVT-undervisning.

TABEL 16
Overblik over hvor ofte respondenterne opsætter mål,
spm. 14 i spørgeskemaet, n=26

Frekvens af målfastsættelse	Antal
Jeg laver langtidsmål	16
Jeg laver mål for hver undervisningsgang	20
Jeg opsætter mål i takt med barnets udvikling	17
Andet	0

Note: Da respondenterne kunne sætte flere krydser overstiger det samlede antal besvarelser n=26. Sammenlagt satte respondenterne 53 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål.

TABEL 17
Krydstabellering over respondenter og hvor ofte der opstilles mål i AVT-undervisningen,
spm. 14 i spørgeskemaet, n=26.

Repondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Svar																										
Langtidsmål	x							x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mål for hver undervisningsgang				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x
I takt med barnets udvikling		x	x										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Note: Respondenternes svar er groft sorteret efter hvor mange svarmuligheder, de har afkrydset til spørgsmålet.

Spørgsmål 15: Hvad bruger du målsætningerne i AVT-undervisningen til?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 3, hvordan og hvorfor respondenterne sætter mål i AVT-undervisningen.

Da målsætning er et bredt begreb, og da mål kan anvendes i forskellige sammenhænge, var det vigtigt at få præciseret, hvordan respondenterne anvender målsætningerne i AVT-undervisningen. Spørgsmålet kunne besvares med enten et eller flere krydser. Det samlede antal svar var for dette spørgsmål 78 (Tabel 18). 19 respondenter svarede, at de bruger målene i selve undervisningssituationen, mens 13 respondenter svarede, at de selv bruger målene i tilrettelæggelsen af AVT-undervisningen. 23 respondenter bruger målene som vejledning til forældrene, og 23 respondenter forventer, at forældrene og barnet arbejder med målene derhjemme. Ingen respondenter anvendte i dette spørgsmål den åbne svarmulighed, *andet*. Da der er sat mange krydser ved dette spørgsmål, har vi valgt at lave en krydstabellering for at undersøge, om der ses tendenser i afkrydsningerne (Tabel 19). Mønsteret, som viser sig i krydstabelleringen, er, at 10 af respondenterne bruger målene med samtlige af de formål, som fremgår af svarkategorierne. Generelt ses en tendens til, at respondenterne har flere hensigter med målsætningen.

TABEL 18
Overblik over hvad målsætningerne anvendes til,
spm. 15 i spørgeskemaet, n=26

Formålet med målsætningerne	Antal
Jeg bruger målene i selve undervisningssituationen	19
Målene er til mit eget brug ved tilrettelæggelsen af AVT-undervisningen	13
Målene bruges som vejledning til forældrene	23
Jeg forventer, at forældrene og barnet arbejder med målene derhjemme	23
Andet	0

Note: Da respondenterne kan sætte flere krydser, overstiger det samlede antal besvarelser n=26. Sammenlagt sætter respondenterne 78 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål.

TABEL 19
Krydstabellering over respondenter og hvad målsætningerne anvendes til, spm. 15 i spørgeskemaet, n=26.

Repondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
I selve undervisningen						x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
I tilrettelæggelsen af undervisningen				x	x			x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vejledning til forældre		x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hjemmerarbejde til forældre og barn	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Andet																										

Note: Respondenternes svar er groft sorteret efter hvor mange svarmuligheder, de har afkrydset til spørgsmålet.

Spørgsmål 16: Indenfor hvilke områder sætter du mål i din AVT-undervisning?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 4, hvilke områder respondenterne sætter mål indenfor.

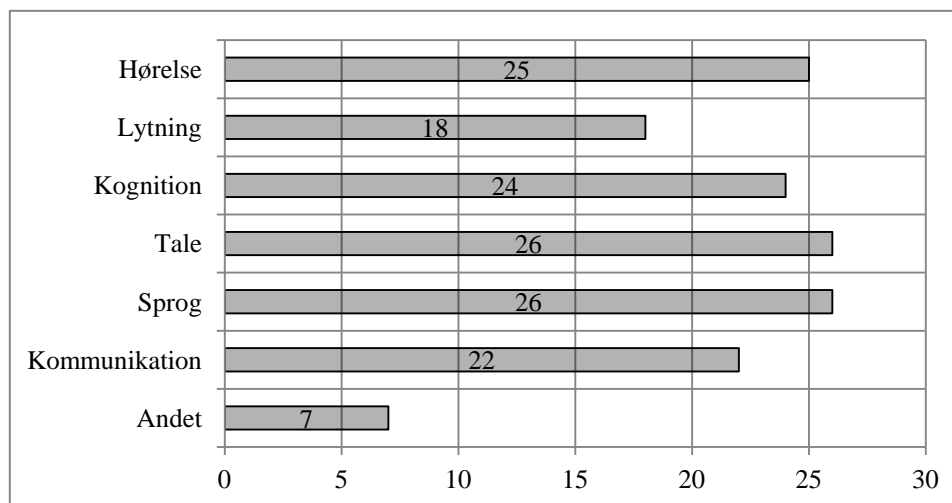
Dette spørgsmål er ligesom det foregående en del af præciseringen af respondenternes brug af målsætning. Det var muligt at besvare spørgsmålet med et eller flere krydser. Det samlede antal afgivne svar var 148 (Tabel 20). 25 respondenter oplyste, at de sætter mål indenfor området *hørelse*, 18 sætter mål indenfor området *lytning*, og 24 respondenter sætter mål indenfor området *kognition*. 26 respondenter sætter mål indenfor området *tale*, og samme antal sætter mål indenfor området *sprog*. 22 respondenter sætter mål indenfor området *kommunikation*. Yderligere har 7 respondenter oplyst andre områder, som de også sætter mål indenfor. Disse områder var: *udholdenhed*, *koncentration*, *adfærd*, *socialt* og *leg*. Vi har valgt at lave et søjlediagram for at illustrere den relativt jævne fordeling af besvarelsene på alle områderne for målsætningen (Figur 19).

TABEL 20
Overblik over hvilke områder respondenterne sætter mål indenfor,
spm. 16 i spørgeskemaet, n=26

Områder for målsætningen	Antal
Hørelse	25
Lytning	18
Kognition	24
Tale	26
Sprog	26
Kommunikation	22
Andet	7

Note: Da respondenterne kan sætte flere krydser, overstiger det samlede antal besvarelser n=26. Sammenlagt satte respondenterne 148 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål.

FIGUR 19
”Indenfor hvilke områder sætter du mål i din AVT-undervisning?”,
spm. 16 i spørgeskemaet, n=26



Spørgsmål 17: Hvilke(n) af følgende udviklingsskalaer og testnormer for normalthørende børn anvender du i forbindelse med målfastsættelse i din AVT-undervisning?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 4, hvilke områder respondenterne sætter mål indenfor.

I forbindelse med besvarelsen af forskningsspørgsmålet var det relevant at få afklaret hvilke udviklingsskalaer og testnormer, respondenterne anvender til målfastsættelse. I de prædefinerede svarkategorier indgik 7 udviklingsskalaer og 3 testmaterialer med normdata (se fordelingen i Tabel 21). På side 85 findes en oversigt over alle materialerne og deres egenskaber, herunder oplysninger om titel, udgivelsesår, forfatter, forlag, sprog, målgruppe og formål (Tabel 24).

TABEL 21
Oversigt over hvilke udviklingsskalaer og testnormer, der blev spurgt til anvendelsen af i spm. 17 i spørgeskemaet.

Udviklingsskalaler	Testnormer
Cochlear's Integrated Scales of Development	Reynell Developmental Language Scales (RDLS-3)
St. Gabriel's Curriculum	Bayley – Scales of Infant and Toddler Development.
Lytte- og sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år	Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF-4)
Sound Foundation for Babies	
Oversigt over motorisk, sproglig og kognitiv udvikling	
Age Related Development	
Bzoch-League's Impressiv-Ekspressiv Sprogudviklingsskala	

Resultaterne i dette spørgsmål er af særlig høj relevans for besvarelsen af vores problemformulering. Af denne grund har vi udarbejdet flere forskellige fremstillingsformer til gennemgangen af disse besvarelser. På næste side findes en frekvenstabel (Tabel 22) og en tekstbeskrivelse suppleret med en grafisk fremstilling i form af et søjlediagram, der illustrerer svarfordelingen fordelt på de forskellige materialer (Figur 20). Derudover har vi fremstillet en krydstabel over svarfordelingen på hver enkelt respondent for at undersøge hvor stort et spænd, der er i antal af anvendte materialer til målfastsættelse (Tabel 23).

Der var i alt 74 svar, hvoraf 10 af dem var placeret i den åbne kategori *andet*. Her opfordredes respondenterne til at skrive, såfremt de udviklingsskalaer eller testnormer, som de anvender, ikke fandtes i de prædefinerede svarkategorier (se Tabel 25 under Spørgsmål 18).

TABEL 22

Overblik over antal respondenter, der anvender de forskellige udviklingsskalaer og testnormer til målfastsættelse, opstillet efter mest anvendte, spm. 17 i spørgeskemaet, n=27

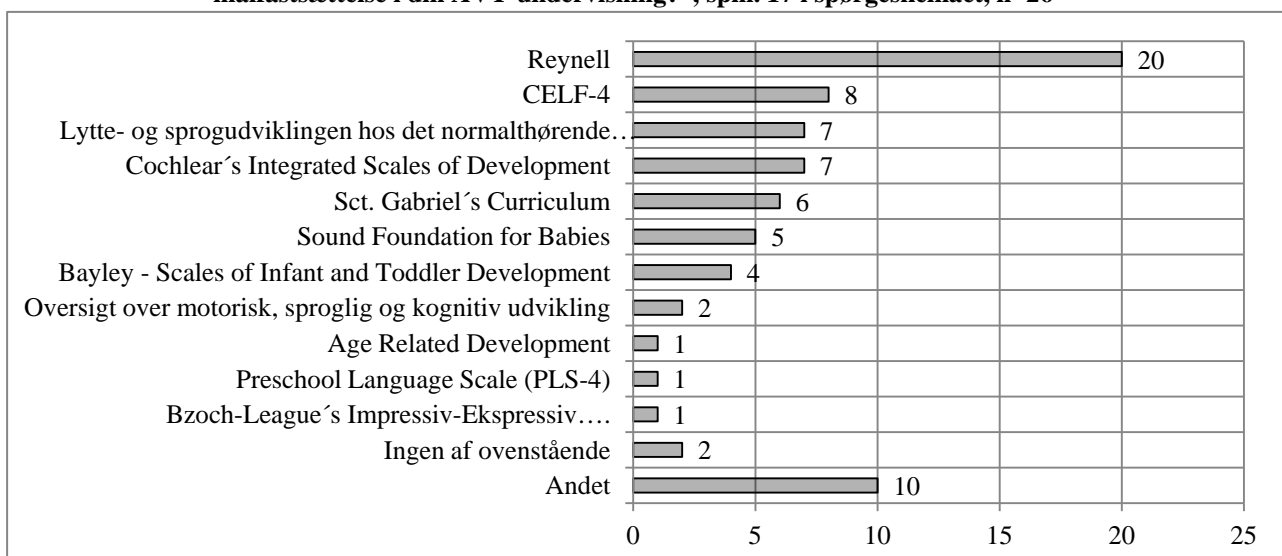
Titel	Antal
<i>Reynell Developmental Language Scales (RDLS-3)</i>	20
<i>Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF-4)</i>	8
<i>Lytte- & sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år</i>	7
<i>Cochlear's Integrated Scales of Development</i>	7
<i>St. Gabriel's Curriculum</i>	6
<i>Sound Foundation for Babies (fra Cochlear)</i>	5
<i>Bayley – Scales of Infant and Toddler Development</i>	4
<i>Oversigt over motorisk, sproglig og kognitiv udvikling</i>	2
<i>Age Related Development (fra Cambridgeshire)</i>	1
<i>Preschool Language Scale (PLS-4)</i>	1
<i>Bzoch-League's Impressiv-Ekspressiv Sprogudviklingsskala</i>	1
Ingen af ovenstående materialer	2
Andet	10

Note: Da respondenterne kan sætte flere krydser overstiger det samlede antal besvarelser n=26. Sammenlagt sætter respondenterne 74 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål.

Reynell Developmental Language Scales (herefter: *Reynell*) anvendes af 20 respondenter, *CELF-4* af 8 respondenter, *Lytte- & sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år* anvendes af 7 respondenter, og yderligere 7 respondenter anvender *Cochlear's Integrated Scales of Development* til målsætning. 6 respondenter anvender *St. Gabriel's Curriculum*, 5 respondenter anvender *Sound Foundation for Babies*, 4 respondenter anvender *Bayley*, og 2 respondenter anvender *Oversigt over motorisk, sproglig og kognitiv udvikling*. *Age Related Development*, *Preschool Language Scale* og *Bzoch-League's Impressiv-Ekspressiv Sprogudviklingsskala* bruges hver af 1 respondent. Yderligere 2 respondenter har anført, at de ikke anvender nogen af ovenstående materialer til målfastsættelse i deres AVT-undervisning (Tabel 22).

FIGUR 20

"Hvilke(n) af følgende udviklingsskalaer og testnormer for normalthørende børn anvender du i forbindelse med målfastsættelse i din AVT-undervisning?", spm. 17 i spørgeskemaet, n=26



I krydstabelleringen (Tabel 23) nedenfor ses et spænd på 0 til 7 anvendte materialer pr. respondent af de materialer, som vi havde givet mulighed for at afkrydse i svarkategorierne. Dertil kommer de materialer, som respondenterne selv tilføjer i spm. 17 og 18. Ved nærmere gennemgang af hver individuel besvarelse på spm. 17 fandt vi, at 8 respondenter udelukkende anvender testnormer i målfastsættelsen, mens 3 respondenter udelukkende anvender udviklingsskalaer (n=26).

TABEL 23
Krydstabellering over respondenter og hvilke materialer der anvendes, spm. 14 i spørgeskemaet, n=26.

Repondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Svar																										
Reynell					x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
CELF-4										x	x	x	x							x		x	x		x	
Lytte- og sprogudviklingen hos...				x										x		x		x	x			x	x			
Cochlear's Integrated Scales of Development															x	x	x				x				x	x
St. Gabriel's Curriculum			x																	x	x				x	x
Sound Foundation for Babies																				x	x				x	x
Bayley-III																	x		x			x	x			
Oversigt over motorisk, sproglig...														x				x								
Age Related Development																										x
Preschool Language Scale (PLS-4)																									x	
Bzoch-League's Impressiv-Ekspressiv...																										x
Ingen af ovenstående	x	x																								
Andet	x							x	x	x								x	x			x	x		x	x

Note: Respondenternes besvarelser er groft sorteret efter antal anvendte materialer, for at give overblik over fordelingen.

TABEL 24
Overblik over tests og udviklingsskalaer, jf. de prædefinerede svarkategorier i spm. 17 i spørgeskemaet.

Titel	År	Forfatter	Forlag	Sprog	Målgruppe	Formål
Reynell Developmental Language Scales (RDLS-3)	2009/ 1983	John Reynell og Susan Edwards m.fl. På dansk ved Inge Benn Thomsen & Helle Bylander.	Hogrefe Psykologisk forlag	Oversat til dansk	1-7 år 1 ½ - 7 år	Undersøgelse af førskolebørns sproglige udvikling inkl. en impressiv og en ekspressiv del.
Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF-4)	2013	Semel, Wiig & Secord, på dansk ved Kikki Førsteliin Andersen	Pearson	Oversat til dansk	5-21 år	Screening til vurdering af, hvem der kan være i risiko for en sprog-forstyrrelse
Lytte- & sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år	2012/ 2006	Udarbejdet af Birthe Klausen, Ninna Holst-Hansen, Tove Søby & Pia Solholt, Ålborgskolen, 2006. Redigeret af Birthe Klausen, Dorte Christensen & Lillian Borregaard, Center for Høretab, 2012.	Materiale- centret Aalborg	Dansk	0-5 år	Udviklingsoversigt over lytte- og sprogudvikling, samt motorisk, kognitive, emotionelle og sociale aspekter.
Cochlear's Integrated Scales of Development	2010	---	Cochlear	Engelsk	0-48 mdr.	Udviklingsskala for lytning, impressivt og ekspressivt ordforråd, tale, kognition, pragmatik
St. Gabriel's Curriculum	2005	Jan Tuohy, Jackie Brown, Charmaine Mercer-Moseley & Leonie Walsh	St. Gabriels School for Hearing Impaired Children	Engelsk	0-6 år	Udviklingsskala for lytning, sprog, tidlig kommunikation, tale, kognition, social interaktion, fin- og grovmotorik.
Sound Foundation for Babies	2010	Cheryl L. Dickson & Andrew Kendrick	Cochlear	Engelsk	Ca. 12-24 mdr. (første 12 mdr. efter CI-implant.)	Lytning, impressivt og ekspressivt ordforråd, tale, historiefortælling og sang.
Bayley III – Scales of Infant and Toddler Development	2009	Nancy Bayley På dansk ved: Mette Skovgaard Væver & Marie Gammeltoft	Pearson	Oversat til dansk	16 dage til 3 ½ år.	Test for alsidig vurdering af spædbørns og mindre børns udvikling Deltest: sproglig udvikling
Oversigt over motorisk, sproglig og kognitiv udvikling	2012	Lone Askov Nielsen & Jens Nielsen	Materiale- centret Aalborg	Dansk	0-4 år	Udviklingsskala for motorik, sprog og kognition
Age Related Development	---	---	Cambridge- shire	Engelsk	0-6 år	Udviklingsskala for impressive og ekspressive ordforråd, sproglyde, opmærksomhed og interaktion mellem tale, sprog og sociale færdigheder.
Preschool Language Scale (PLS-4)	2002	Irla Lee Zimmerman, Violeta G. Steiner & Roberta Evatt Pond	Pearson	Engelsk	0- 6;11 år	Test af impressivt og ekspressivt ordforråd.
Bzoch-League's Impressiv- Ekspressiv Sprogudviklingsskala	1993	Kenneth Bzoch, Richard League, Virginia Brown	Pro-ed	Oversat til dansk	0-36 mdr.	Udviklingsskala for impressivt og ekspressivt ordforråd

Note: Inspiration fra Audiologopædisk Forening (Thomsen *et al.*, 2013)

Spørgsmål 18: Anvender du andre former for skalaer i forbindelse med målsætning i AVT-undervisningen? Fx skalaer til hørehæmmede børn.

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 4, hvilke områder respondenterne sætter mål indenfor. Dette spørgsmål er stillet for at sikre, at alle former for materialer, som anvendes til målsætning i AVT-undervisningen, bliver regnet med i den samlede opgørelse over området. I alt 26 respondenter besvarede spørgsmålet, hvoraf 21 respondenter ikke anvender andre former for skalaer i forbindelse med målsætning i AVT-undervisningen. 5 respondenter markerer, at de anvender andre skalaer i forbindelse med målsætningsarbejdet i AVT-undervisningen. Se Tabel 25 for en oversigt over, hvilke andre materialer respondenterne tilføjede til spm. 17 og spm. 18. Besvarelsene i svarkategorien *andet* i spm. 17 og besvarelsene til spm. 18 er slået sammen, da disse viste sig at hænge mere sammen, end hvad vi havde intenderet under udformningen af spørgeskemaet. Baseret på besvarelsene fra spm. 17 og spm. 18 har vi beregnet, at hver respondent i vores undersøgelse i gennemsnit anvender 3 forskellige materialer til brug i målfastsættelsen i AVT-undervisningen. Der ses et spænd på 0-11 anvendte materialer pr. respondent, når vi medregner de materialer, som respondenterne selv kunne tilføje i spm. 18.

TABEL 25
Oversigt over hvilke andre materialer, respondenterne nævner, at de anvender til målsætning i AVT-undervisningen, spm. 17 og 18

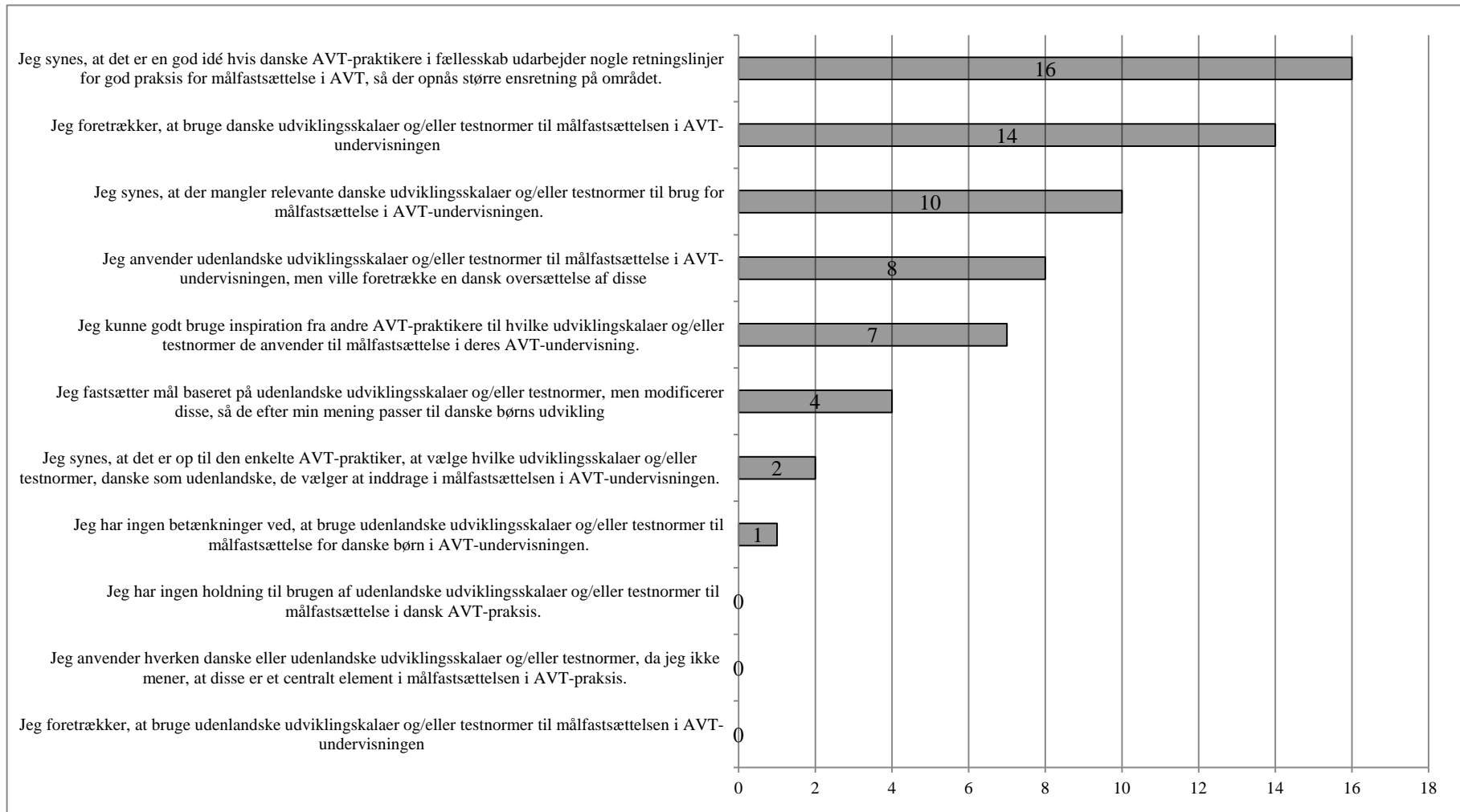
<i>Viborgtesten</i>
<i>CDI screeningsskema</i>
<i>MAVS</i>
<i>CAP (Capacity of Auditory Performance)</i>
<i>SIR (Speech Intellegibility Rating)</i>
<i>Auditory Learning Guide af Beth Walker</i>
<i>Living Language af Anne Locke</i>
<i>Brown's Stages of Development</i>
<i>Little Ears af Kuhn-Inacker et al.</i>
<i>TROG</i>
<i>DIM</i>
<i>BKS</i>
<i>METHA</i>
<i>EVA</i>
<i>Forudsætninger for kommunikation</i>
<i>Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT-4)</i>
<i>Bracken</i>
<i>Sound Foundation for Toddlers fra Cochlear</i>
<i>Tracking Your Listening Child</i>
<i>Cottage Acquisition Scales for Listening, Language and Speech (CASALS)</i>
<i>Early Learning Accomplishment Profile (LAP)</i>
<i>Auditory-verbal development profile fra Cochlear</i>

Spørgsmål 19: Hvilke af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med din holdning til brugen af udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer i målfastsættelse i dansk AVT-praksis? Sæt min. 1 kryds og max. 3 krydser.

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 4, hvilke områder respondenterne sætter mål indenfor. Holdningsspørgsmålet kunne besvares med 1-3 svar pr. respondent. Der blev afgivet i alt 62 svar på spørgsmålet. Det udsagn, som flest respondenter kunne tilslutte sig, var udsagnet med ordlyden: *"Jeg synes, at det er en god idé, hvis danske AVT-praktikere i fællesskab udarbejder nogle retningslinjer for god praksis for målfastsættelse i AVT, så der opnås større ensretning på området"*. Dette udsagn angav 16 af respondenterne at være enige i. Det udsagn, som næst flest kunne tilslutte sig, var udsagnet med ordlyden: *"Jeg foretrækker at bruge danske udviklingsskalaer og/eller testnormer til målfastsættelse i AVT-undervisningen"*. Dette tilkendegav 14 af respondenterne. Det udsagn med den tredjestørste tilslutning af respondenter var udsagnet med ordlyden: *"Jeg synes, at der mangler danske udviklingsskalaer og/eller testnormer til brug for målfastsættelse i AVT-undervisningen"*. Dette tilkendegav 10 respondenter at være enige i. Ingen respondenter valgte at afkrydse følgende to udsagn: *"Jeg anvender hverken danske eller udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer, da jeg ikke mener, at disse er et centralt element i målfastsættelsen i AVT-praksis"* eller udsagnet med ordlyden: *"Jeg foretrækker at bruge udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer til målfastsættelsen i AVT-undervisningen."* For en samlet oversigt over udsagnene og fordelingen af respondenternes svar, se Figur 21.

Respondenterne tilkendegivelser i spm. 19 medfører særligt tre interessante fund: 14 respondenter (n=27) foretrækker at bruge danske udviklingsskalaer og/eller testnormer til målfastsættelse, 10 respondenter (n=27) synes, at der mangler relevante danske udviklingsskalaer og testnormer, mens 8 respondenter (n=27) tilkendegiver, at de anvender udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer men ville foretrække en dansk oversættelse. Der ses altså en tendens til, at en stor del af respondenterne foretrækker at anvende danske materialer i målfastsættelsen, men samtidig synes, at der mangler relevante danske udviklingsskalaer og testnormer.

FIGUR 21
Søjlediagram over holdninger til brugen af udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer i målfastsættelse i dansk AVT-praksis, spm. 19 i spørgeskemaet, n= 27



Note: Svarmulighederne "Ingen af ovenstående" og "Ønsker ikke at svare" er udeladt i Figur 21, da ingen respondenter benyttede disse. Grunden til, at antallet af besvarelser overstiger n=27, er, at spm.19 var et spørgsmål med mulighed for at afgive flere svar pr. respondent (min. 1, max. 3).

Spørgsmål 20: Hvis du delagtiggør forældrene i målsætninger, hvordan formidler du da målsætninger til dem?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 5, formidling af målsætninger.

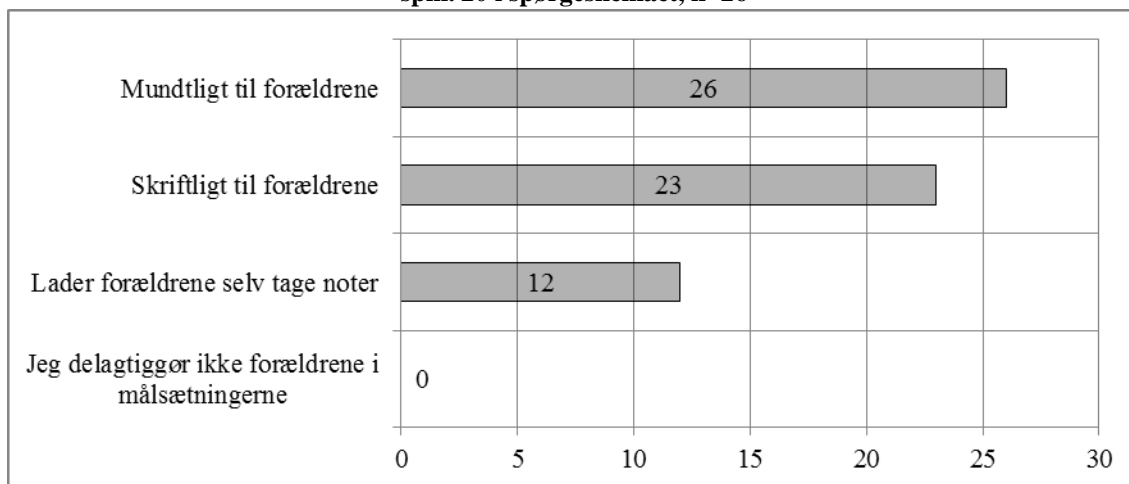
Det var muligt at besvare spørgsmålet om delagtiggørelse i målsætningerne med et til flere krydser. Det samlede antal svar var for dette spørgsmål 62 (Tabel 26 og Figur 22). Alle respondenter, som havde oplyst, at de selv opsætter mål i deres undervisning dvs. 26 respondenter, tilkendegav, at de delagtiggør forældrene i målsætningerne mundtligt. 23 respondenter delagtiggør forældrene skriftligt, mens 12 respondenter lader forældrene selv tage noter. Yderligere har 1 respondent valgt at uddybe sin besvarelse under svarmuligheden *andet*, men denne uddybelse bidrager ikke med nogen nye tilføjelser til de faste svarkategorier og udelades derfor i nedenstående grafiske fremstillinger.

TABEL 26
Overblik formidling af målsætninger til forældrene,
spm. 20 i spørgeskemaet, n=26

Formidling af målsætninger	Antal
Mundtligt til forældrene	26
Skriftligt til forældrene	23
Lader forældrene selv tage noter	12
Jeg delagtiggør ikke forældrene i målsætningerne	0

Note: Da respondenterne kan sætte flere krydser, overstiger det samlede antal besvarelser n=26. Sammenlagt sætter respondenterne 62 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål.

FIGUR 22
“Hvis du delagtiggør forældrene i målsætninger, hvordan formidler du da målsætninger til dem?”,
spm. 20 i spørgeskemaet, n=26



Spørgsmål 21: Hvordan følger du op på, om målsætningerne for barnet opnås?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 6, opfølgning af målsætninger.

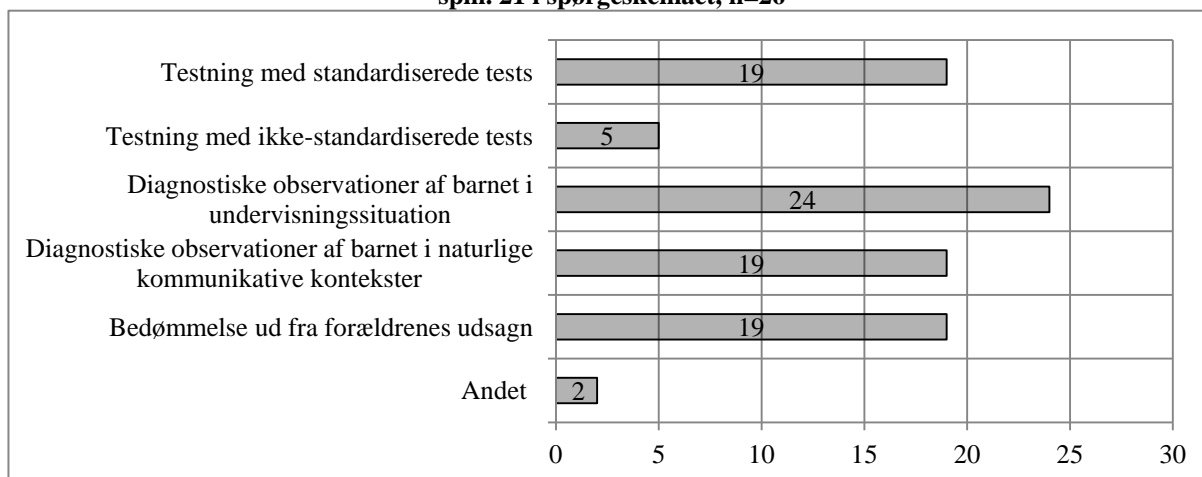
Spørgsmålet om opfølgning kunne også besvares med et til flere krydser. Der blev givet 88 svar i alt på dette spørgsmål. Respondenternes svar fordelte sig således (Tabel 27 og Figur 23): 24 respondenter laver opfølgning via diagnostiske observationer af barnet i undervisningssituationen, mens 19 respondenter laver opfølgning ved enten testning med standardiserede test eller bedømmelser ud fra forældrenes udsagn eller ud fra diagnostiske observationer af barnet i naturlige kommunikative kontekster (hver af disse muligheder blev valgt af 19 respondenter). 5 respondenter laver opfølgning ved testning med ikke-standardiserede test. 2 respondenter har desuden afgivet svar i kategorien *andet*, hvilket betyder, at de har oplyst om opfølgningsmetoder, som ikke har været mulige at afkrydse ved hjælp af de faste svarkategorier for dette spørgsmål. Den ene respondent tilføjer dagtilbuddets observationer til brug for opfølgning, mens den anden tilføjelse består i en uddybende kommentar til de afgivne svar i de faste kategorier.

TABEL 27
Overblik opfølgning af målsætningerne i AVT-undervisningen,
spm. 21 i spørgeskemaet, n=26

Opfølgning af målsætninger	Antal
Testning med standardiserede tests	19
Testning med ikke-standardiserede tests	5
Diagnostiske observationer af barnet i undervisningssituation	24
Diagnostiske observationer af barnet i naturlig kommunikative kontekster	19
Bedømmelse ud fra forældrenes udsagn	19
Andet	2

Note: Da respondenterne kan sætte flere krydser, overstiger det samlede antal besvarelser n=26. Sammenlagt sætter respondenterne 88 krydser i svarkategorierne til dette spørgsmål.

FIGUR 23
”Hvordan følger du op på, om målsætningerne for barnet opnås?”,
spm. 21 i spørgeskemaet, n=26



Spørgsmål 22: Hvor ofte følger du op på de opsatte mål?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 6, opfølgning af målsætninger.

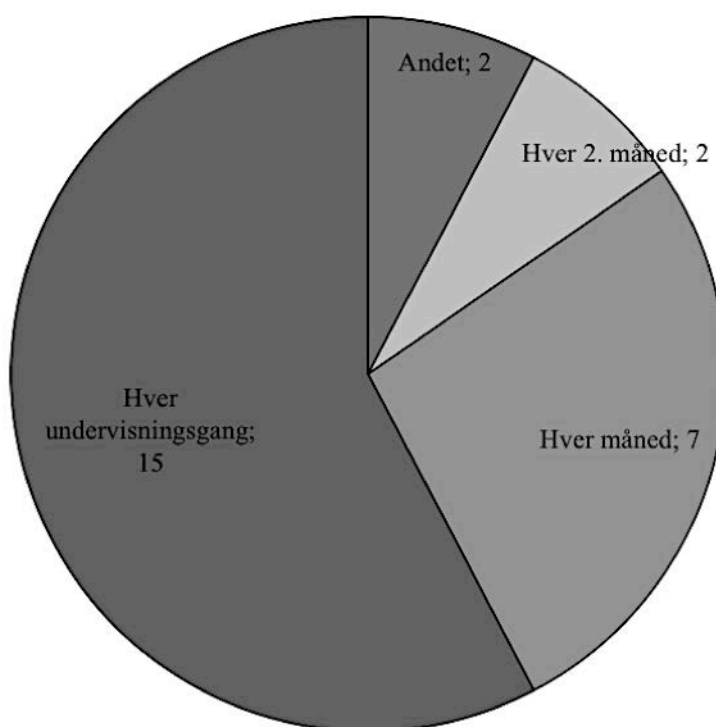
Dette uddybende spørgsmål angående respondenternes opfølgning af opsatte mål blev besvaret af alle 26 respondenter, som oplyste, at de selv opsætter mål i deres AVT-undervisning (Tabel 28 og Figur 24). 15 respondenter følger op på de opsatte mål hver undervisningsgang, 7 følger op hver måned, mens 2 respondenter følger op på opsatte mål hver 2. måned. 2 respondenter har desuden svaret i kategorien *andet*, men disse uddybninger er ikke entydige og tages derfor ikke med her.

Respondenternes svar på henholdsvis spm. 21 ("Hvordan følger du op på, om målsætningerne for barnet opnås?") og på spm. 22 ("Hvor ofte følger du op på de opsatte mål?") viser, at de benytter sig af mange forskellige metoder til at følge op på de fastsatte mål, og at der ikke ses nogen klare tendenser til, hvordan der følges op.

TABEL 28
Overblik over hvor ofte, der bliver fulgt op på de opsatte mål,
spm. 22 i spørgeskemaet, n=26

Opfølgingsfrekvens af målsætninger	Antal	Procent
Hver undervisningsgang	15	58 %
Hver måned	7	27 %
Hver 2. måned	2	8 %
Andet	2	8 %

FIGUR 24
"Hvor ofte følger du op på de opsatte mål?", spm. 22 I spørgeskemaet, n=26



Spørgsmål 23: Ønsker du at modtage vores speciale, når det er færdigskrevet?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 7, afrunding af spørgeskema.

For at kunne delagtiggøre vores deltagere i den viden vi fik gennem deres besvarelser af spørgeskemaundersøgelsen, ønskede vi at give dem muligheden for at modtage det færdigskrevne speciale via mail. Dette svarede 24 respondenter (n=27) ja tak til, mens 3 takkede nej.

Spørgsmål 24: Må vi kontakte dig yderligere, hvis vi ønsker en uddybning af nogle af dine svar?

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 7, afrunding af spørgeskema.

Dette spørgsmål skulle sikre muligheden for at få uddybet respondenternes svar, hvis vi ved gennemgangen af resultaterne fandt det nødvendigt. 21 respondenter (n=27) svarede ja til dette, mens 6 respondenter svarede nej.

Spørgsmål 25: Har du yderligere kommentarer eller pointer i forbindelse med målfastsættelse i AVT-undervisningen, så uddyb gerne disse i tekstfeltet herunder.

Spørgsmålet hører til i spørgeblok 7, afrunding af spørgeskema.

9 respondenter (n=27) valgte, at benytte denne mulighed for at komme med yderligere kommentarer eller pointer i forbindelse med målfastsættelse i AVT-undervisningen.

Respondenternes yderligere kommentarer fremgår af Oversigt 3 (side 93).

OVERSIGT 3:

Kvalitative kommentarer fra respondenterne til spm. 25 i spørgeskemaet om hvorvidt de har yderligere kommentarer i forbindelse med målfastsættelse i AVT-undervisningen, n=9

I det følgende er respondenternes kommentarer på spørgeskemaet gengivet i en ikke-redigeret stand:

- I Danmark er vi en broget samling. Jeg synes der er mange fordele ved, at vi er nogle der sidder på audiologisk afdeling, så vi kan bruge den lige vej i forhold til teknik, da denne er base for det auditive input. Hvis udstyret ikke fungerer, får barnet ikke et klart signal, og hjernens input bliver sløret.
- Jeg kan rigtig godt lide AVT principperne men jeg har svært ved at arbejde stringent ud fra dem. Min overbevisning er at man skal se på hele barnet og man skal have alle aspekter med ind over. Derfor bruger jeg i mit arbejde også kun dele af AVT sættet og tilpasser det til hvert enkelt barn og familie.
- Målfastsættelse kan give mig sigtepunkter og være en god hjælp.
- Ved anvendelse af de udenlandske udviklingsskalaer, skal man altid bruge sin sunde fornuft i forhold til at det er den danske sprog vi arbejder med. Derudover skal man have indgående viden om dansk fonologi og fonetik. Langt hen ad vejen kan man overføre fra de engelske skalaer uden de store problemer, men ikke altid og her kunne det være skønt med noget mere dansk forskning indenfor den normale fonologiske udvikling hos børn.
- Der skal findes en metode der er klinisk anvendelig, så derfor er mine sessionstargets ikke til udlevering til forældrene men det er derimod mine langtidsmål. Jeg er stor tilhænger af, at forældrene selv tager noter, da de derigennem tager et medansvar for den vejledning der gives. / Forældrene skal hele tiden vide hvad målet er for en given aktivitet!
-det er jo ofte lidt famlende og med gefühl, men jeg synes faktisk, at mange forældre blive rigtig dygtige til at "se" på deres børn og herunder stille krav til dem, som nok er skrappe, end jeg umiddelbart ville være. / Til gengæld sker det da, at jeg tænker "tænk, hvis jeg nu har overset noget" - hvilket taler for, at man deler undervisningen med kollega
- Der er forskel på omfanget af mål alt efter hvilken familie jeg underviser. Nogle forældre magter ikke så mange mål af gangen som andre gør. / Nogle børn udvikler sig hurtigere end andre o.s.v.
- Min erfaring er ikke så stor, da jeg siden, jeg var på AVT-kursus/uddannelse blot har haft to CI opererede børn, hvoraf det ene var tosproget og sent opereret. Her kom også problematikker ind over i form af forældrenes manglende forståelse/kræfter til at følge op på undervisningen og meget små fremskridt. AVT har derfor ikke været brugt særlig stringent, og det har nærmere været undervisning baseret på AVT-principper.
- Mit mål er at forældrene er med til at formulere og foreslå mål

Note: Kommentarerne er kopieret direkte fra respondenternes besvarelser af spørgeskemaet "Målfastsættelse i Auditory-Verbal Therapy (AVT), og fremstår derfor i rå form. Dette er gjort for at undgå påvirkning af indholdet af respondenternes udsagn ved eventuel redigering.

4.3 BaggrundsvARIABLENES indflydelse på respondenternes besvarelser

I følgende afsnit vil indflydelsen af respondenternes personlige data (*baggrundsvARIABLE*) på besvarelsen af det udsendte spørgeskema blive behandlet. Faktorerne alder, uddannelsesbaggrund og nuværende arbejdsplads blev afdækket i spørgeskemaet. Resultaterne blev efterfølgende opgjort i antal besvarelser og andel i procent. Dette var primært for at kunne undersøge, hvorvidt det udsnit af populationen, som besvarede spørgeskemaet, var repræsentativ for den samlede gruppe af danske av-praktikere, samt for at kunne undersøge hvorvidt særlige besvarelsesmønstre kunne påvises i undergrupper til den samlede respondentgruppe. Særligt interessante sammenhænge vil blive fremhævet i dette afsnit ved hjælp af krydstabeller. Hvor vi finder det relevant fremhæver vi resultater og tendenser ved brug af procentuel fordeling.

Det skal understreges, at påviste sammenhænge og tendenser i følgende del af resultatafsnittet fortsat udelukkende baseres på de afgivne svar i spørgeskemaet og drager derfor ingen konklusioner om den samlede gruppe af av-praktikere i Danmark.

Krydstabel: Uddannelse og nuværende arbejdsplads

Krydstabelleringen af faktorerne uddannelse og nuværende arbejdsplads er gennemført for at undersøge, hvordan professionelle med bestemte uddannelser bag sig fordeler sig på de 4 typer af arbejdspladser: *regionale institutioner for hørehæmmede, audiologiske afdelinger, CI-centre og PPR*. Krydstabelleringen sker altså mellem to faktorer fra spørgeblok 1, personlige data, for at se på den indbyrdes afhængighed mellem disse to.

TABEL 29
Krydstabellering over respondenternes uddannelse og nuværende arbejdsplads, n=26

	Speciallæreruddannelsen med speciale i sprog-, tale-, og hørevanskeligheder (n=9)	Pædagogisk diplomuddannelse i specialpædagogik (n=10)	Kandidat i audiologopædi (n=7)
Regionale institutioner for hørehæmmede	1	4	
Audiologisk afdeling			1
CI-center		1	3
PPR	8	5	3

Note: 1 respondent (med speciallæreruddannelse) har vi måttet lade udgå fra opgørelse i denne tabel, da respondentens arbejdssted ikke hører under de faste kategorier. Derfor vil denne oplysning kunne kompromittere respondentens anonymitet. Den respondent, som har skrevet, at hun kun mangler sit speciale, er talt med i gruppen *kandidat i audiologopædi (KU/SDU)*. Yderligere indgår den respondent, som oplyste både at arbejde på audiologisk afdeling og på en regional institution for hørehæmmede i gruppen *regionale institutioner for hørehæmmede*, da hun oplyser, at arbejdet på den audiologiske afdeling er sekundært.

Af Tabel 29 fremgår det, at 4 ansatte ved regionale institutioner for hørehæmmede (n=5), har en pædagogisk diplomuddannelse, og 1 ansat på denne type arbejdsplads har en baggrund som speciallærer. Der er ingen professionelle ved de regionale institutioner for hørehæmmede, som er kandidater i audiologopædi. Denne ene professionelle, som arbejder ved en audiologisk afdeling, har en kandidat i audiologopædi. 3 ansatte ved CI-centrene (n=4) har en kandidat i audiologopædi, mens 1 ansat ved CI-centrene har en pædagogisk diplomuddannelse. Der er ingen professionelle ved CI-centrene, som er speciallærere. Ud af de 16 respondenter, som arbejder i PPR, er 8 speciallærere, 5 har en pædagogisk diplomuddannelse, og 3 er kandidater i audiologopædi. PPR er dermed det eneste arbejdssted, hvor alle 3 faggrupper er repræsenteret.

Krydstabelleringen af faktorerne uddannelse og nuværende arbejdsplads kunne vise sig at være interessant, hvis der fremkom en tendens til, at bestemte arbejdssteder tiltrækker professionelle med en bestemt uddannelsesbaggrund. Hvis dette var tilfældet, ville man måske kunne forklare eventuelle forskelle i målfastsættelsessammenhæng i Tabel 30, Tabel 31, Tabel 32, Tabel 33 og Tabel 34 ud fra sammensætningen af de professionelles uddannelsesbaggrund på arbejdspladsen og dermed ikke arbejdssted som den udløsende faktor. Antallet af respondenter i hver undergruppe bevirker imidlertid at grundlaget for sådanne konklusioner vil være meget smalt. Derfor kan der her kun peges på en svag tendens til at respondenter med speciallærerbaggrund primært arbejder i PPR, respondenter med en pædagogisk diplomuddannelse arbejder primært ved de regionale institutioner for hørehæmmede og i PPR, samt at respondenter med en kandidatgrad i audiologopædi udgør den største andel af professionelle ansat ved CI-centrene og på audiologisk afdeling, men er også repræsenteret i PPR-sammenhæng.

Krydstabel: Nuværende arbejdsplads og områder der fastsættes mål indenfor

Vi valgte at undersøge, om der kan findes sammenhæng mellem respondenternes arbejdsplads og hvilke af de seks områder fra Princip 7, de sætter mål indenfor. Krydstabelleringen sker altså mellem en faktor fra spørgeblok 1, personlige data og en faktor fra spørgeblok 4, hvilke områder respondenterne sætter mål indenfor (Tabel 30 på næste side). Respondenterne er inddelt i fire hovedgrupper baseret på arbejdssted: *regionale institutioner for hørehæmmede, audiologiske afdelinger, CI-centre og PPR*. En enkelt respondent oplyser, at hun arbejder både på en regional institution for hørehæmmede og på en audiologisk afdeling. Dette besværliggjorde placering af denne respondent i en bestemt arbejdspladskategori og ville gøre det problematisk at lade hende indgå i videre analyser. Derfor kontaktede vi den pågældende respondent via e-mail. Respondenten oplyste i e-mail-korrespondancen, at hendes job på den audiologiske afdeling var sekundært, derfor vil hun i Tabel 30, Tabel 31, Tabel 32, Tabel 33 og Tabel 34 samt dertilhørende analyser figurere som respondent med arbejdssted på en regional institution for hørehæmmede.

Formålet med at undersøge sammenhængen mellem hvilke områder, der blev fastsat mål indenfor, og arbejdssted er, at børn implanteret med CI det første år postoperativt henvises til rehabilitering ved henholdsvis Østdansk og Vestdansk CI-center. Derfor kunne man formode, at de professionelle ved CI-centrene ville vise sig at være dem som fulgte AVT-metodens forskrifter mest nøje, i kraft af at de i deres arbejde møder størstedelen af alle børn med CI og gennemfører den auditive efterbehandling ud fra AVT-metodens principper på disse børn (Sundhedsstyrelsen, 2012). Der ses dog ingen umiddelbare tendenser til, at professionelle fra bestemte arbejdssteder sætter mål indenfor bestemte områder, ej heller til at bestemte målsætningsområder udelades af professionelle på specifikke arbejdssteder.

Krydstabellen viser desuden, at 12 ud af 25 respondenter opstiller mål indenfor alle seks områder. Det område, som oftest udelades i målfastsættelsen, er området *lytning*, som 8 ud af 25 respondenter ikke sætter mål indenfor.

TABEL 30
Krydstabellering over nuværende arbejdsplads og hvilke områder der fastsættes mål indenfor, n=25

	Hørelse	Lytning	Kogni- tion	Tale	Sprog	Kommu- nikation	Andet
Regionale institutioner for hørehæmmede	X	X	X	X	X		
Regionale institutioner for hørehæmmede	X	X	X	X	X	X	
Regionale institutioner for hørehæmmede	X	X	X	X	X	X	
Regionale institutioner for hørehæmmede	X	X	X	X	X	X	X
Regionale institutioner for hørehæmmede	X	X	X	X	X	X	
Audiologisk afdeling	X		X	X	X	X	
CI-center	X		X	X	X		
CI-center	X		X	X	X		
CI-center	X	X	X	X	X	X	
CI-center	X		X	X	X	X	X
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X	X		X	X	X	
PPR			X	X	X		X
PPR	X	X		X	X	X	
PPR	X		X	X	X	X	
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X		X	X	X	X	X
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X		X	X	X	X	X
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X	X	X	X	X	X	
PPR	X	X	X	X	X	X	X

Note: I denne tabel er én respondents besvarelse udeladt, da denne oplyser, at hun ikke selv sætter mål. Yderligere én respondents besvarelse er udeladt, da dennes arbejdssted ikke kunne afkrydses i de faste svarkategorier. Derfor ville det kompromittere respondentens anonymitet, hvis besvarelsen blev opgjort i tabellen. 5 professionelle tilføjer yderligere områder, som de fastsætter mål indenfor, nemlig områderne *udholdenhed*, *koncentration*, *leg* og *adfærd*. Disse områder er i tabellen opgjort under rubrikken *andet*.

Krydstabel: Nuværende arbejdsplads og anvendte udviklingsskalaer og testnormer til målfastsættelse i AVT-undervisningen

Tabel 31 på næste side viser fordelingen af data i en krydstabel af de to parametre *Nuværende arbejdsplads* og *Anvendte udviklingsskalaer og testnormer til målfastsættelsen i AVT-undervisningen*. Krydstabelleringen sker således mellem en faktor fra spørgeblok 1, personlige data og en faktor fra spørgeblok 3, hvordan og hvorfor respondenterne sætter mål i AVT-undervisningen.

Der ses få tydelige tendenser til, hvordan udviklingsskalaer og testnormer bliver anvendt på de forskellige arbejdssteder. *Reynell* ses som det mest anvendte materiale, da 20 respondenterne (n=26) har oplyst, at de anvender denne testnorm til målfastsættelse i AVT-undervisningen. Disse 20 respondenter fordeler sig således, at 80 % (n=15) i PPR, 60 % (n=5) ved de regionale institutioner for hørehæmmede, og 100 % (n=4) ved CI-centrene, anvender *Reynell*. Den næstmest anvendte test er CELF-4, som anvendes til målfastsættelse af 8 respondenter (n=26), heraf 26 % af de professionelle i PPR, 40 % af de professionelle ved regionale institutioner for hørehæmmede og 50 % af de professionelle ved CI-centrene.

Der kan anes en tendens til, at de ansatte ved CI-centrene (n= 4) er dem, som gør mest entydigt brug af de udenlandske udviklingsskalaer, hvor der ikke findes en dansk oversættelse: *St. Gabriel's Curriculum* anvendes af 100 % af de professionelle ved CI-centrene, *Age Related Development* anvendes af 25 % af de professionelle ved CI-centrene, *Sound Foundation for Babies* anvendes af 100 % af de professionelle ved CI-centrene, og *Cochlear's Integrated Scales of Development* anvendes af 75 % af de professionelle ved CI-centrene. 4 ud af 5 af de respondenter, som anvender *St. Gabriel's Curriculum*, arbejder ved et CI-center, mens 3 ud af 6 af de respondenter, som anvender *Cochlear's Integrated Scales of Development*, arbejder ved et CI-center. *Age Related Development* og *Sound Foundation for Babies* anvendes kun af professionelle ved CI-centrene. Yderligere anvendes de to materialer fra Materialecenteret Aalborg ikke på CI-centrene.

TABEL 31
Krydstabellering over nuværende arbejdsplads og hvilke udviklingsskaler og testnormer, der anvendes i målfastsættelsen i AVT-undervisningen, n=25

	Regionale institutioner for hørehæmmede (n=5)	Audiologisk Afdeling (n=1)	CI-center (n=4)	PPR (n=15)
<i>Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF-4)</i>	2		2	4
<i>Reynell Developmental Language Scales (RDLS-3)</i>	3		4	12
<i>Bayley – Scales of Infant and Toddler Development</i>	2			2
<i>St. Gabriel's Curriculum</i>	1		4	
<i>Age Related Development fra Cambridgeshire</i>			1	
<i>Sound Foundation for Babies fra Cochlear</i>			4	
<i>Cochlear's Integrated Scales of Development</i>	1		3	2
<i>Preschool Language Scale (PLS-4)</i>				
<i>Bzoch-League's Impressiv-Ekspressiv sprogudviklingsskala</i>			1	
<i>Lytte- & sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år</i>	2	1		4
<i>Oversigt over Motorisk, Sproglig og Kognitiv udvikling fra Materialecenteret Aalborg</i>		1		1
Ingen af ovenstående skalaer	1 (tester ikke selv)			1

Note: I denne tabel er én respondents besvarelse udeladt, da denne oplyser, at hun ikke selv sætter mål. Yderligere én respondents besvarelse er udeladt, da dennes arbejdssted ikke kunne afkrydses i de faste svarkategorier. Derfor ville det kompromittere respondentens anonymitet, hvis besvarelsen blev opgjort i tabellen.

Krydstabel: Nuværende arbejdsplads og udviklingsskalaer og testnormer som anvendes til målfastsættelse (tilføjet af respondenterne selv)

Respondenterne fik mulighed for selv at tilføje andre udviklingsskalaer og testnormer, som de anvender til målfastsættelse. Krydstabelleringen sker således mellem en faktor fra spørgeblok 1, personlige data og en faktor fra spørgeblok 3, hvordan og hvorfor respondenterne sætter mål i AVT-undervisningen (Tabel 32 på næste side).

Muligheden for at tilføje yderligere udviklingsskalaer og testnormer bevirkede, at 22 materialer blev tilføjet til de 11 udviklingsskalaer og testnormer, som udgjorde spørgsmålets faste svarkategorier. Yderligere tilføjede en respondent (som nævnt i noten til Tabel 32) en test af Bo Ege. Dette bringer os frem til resultatet, at der i dansk AVT-praksis anvendes op til 34 forskellige udviklingsskalaer og testnormer til målfastsættelse.

Der ses en tydelig tendens til, at alle de materialer, som respondenterne selv har tilføjet, knytter sig til blot en enkelt type arbejdssted og yderligere blot til en enkelt professionel på det pågældende arbejdssted. En undtagelse herfra er Viborgtesten, som anvendes både ved de regionale institutioner for hørehæmmede og i PPR. *EVA*, *Peabody* og *Bracken* nævnes dog af to forskellige professionelle men fra samme type arbejdssted. Derfor må tilføjelserne tolkes som værende udtryk for anvendelse af bestemte udviklingsskalaer og testnormer ud fra individuelle vurderinger og op til den enkelte professionelle.

Desuden ses der en klar tendens til, at respondenterne fra CI-centrene tilføjer flere engelsksprogede materialer, særligt udviklingsskalaer og forælderrapporteringsskemaer, mens respondenter fra PPR tilføjer danske materialer, hovedsageligt forskellige test af sproglige færdigheder.

TABEL 32

Krydstabellering over nuværende arbejdsplads og hvilke andre materialer end de i spørgeskemaet angivende udviklingskalaer og testnormer, der anvendes til målfastsættelse, n=25

	Regionale institutioner for hørehæmmede (n=5)	Audiologisk Afdeling (n=1)	CI-center (n=4)	PPR (n=15)
<i>Viborgtesten</i>	2			2
<i>CDI screeningskema</i>				1
<i>MAVS</i>				1
<i>CAP (Capacity of Auditory Performance),</i>				1
<i>SIR (Speech Intelligibility Rating)</i>				1
<i>Auditory Learning Guide af Beth Walker</i>			1	
<i>Living Language af Anne Locke</i>			1	
<i>Brown's Stages of Development</i>			1	
<i>Little Ears af Kuhn-Inacker et al.</i>			1	
<i>TROG</i>				1
<i>DIM</i>				1
<i>BKS</i>				1
<i>METHA</i>				1
<i>EVA</i>				2
<i>Forudsætninger for kommunikation</i>				1
<i>Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT-4)</i>	2			
<i>Bracken</i>	2			
<i>Sound Foundation for Toddlers fra Cochlear</i>			1	
<i>Tracking your Listening Child</i>			1	
<i>Auditory-verbal development profile fra Cochlear</i>				1
<i>Early Learning Accomplishment Profile (LAP)</i>			1	
<i>Cottage Acquisition Scales for Listening, Language and Speech (CASALS)</i>			1	

Note: I denne tabel er én respondents besvarelse udeladt, da denne oplyser, at hun ikke selv sætter mål. Yderligere én respondents besvarelse er udeladt, da dennes arbejdssted ikke kunne afkrydses i de faste svarkategorier. En respondent fra regionale institutioner for hørehæmmede nævner, at hun anvender Bo Ege til ordforråd, men da der er flere test, som Bo Ege har begået, har vi ikke kunnet lokalisere, hvilken af disse som omtales af denne respondent. Derfor undlader vi at tage denne test med i tabellen.

Krydstabel: Nuværende arbejdsplads og opnået erfaring med AVT

I denne krydstabel (Tabel 33 på næste side) undersøges sammenhængen mellem en faktor fra spørgeblok 1, personlige data, og en faktor fra spørgeblok 2, personlige erfaringer med AVT. Alle 26 respondenter, som indgår i denne krydstabel, har deltaget i kurser for at opnå viden om og erfaring med AVT. Men kurser dækker over et meget bredt spektrum (se Oversigt 1 side 69 over respondenternes uddybning af egen kursusaktivitet).

10 respondenter (n=26), som indgår i denne tabel, har modtaget supervision, hvilket svarer til 39 % af respondenterne. Den procentuelle fordeling af supervisioner på arbejdspladserne er som følger: 60 % af respondenter ansat ved en regional institution for hørehæmmede, 100 % af respondenterne (1 respondent) ansat ved audiologisk afdeling, 50 % af respondenterne ansat ved et CI-center, og 25 % af respondenterne, som arbejder i PPR, har modtaget supervision.

7 respondenter (n=26), som indgår i denne tabel, har været i mentorordning ved en certificeret AV-terapeut, dvs. 27 % af respondenterne. Den procentuelle fordeling af mentorordninger på arbejdsstederne er som følger: 40 % af respondenterne ved regionale institutioner for hørehæmmede har været i mentorordning. 0 % af respondenterne ved audiologisk afdeling har været i mentorordning. 50 % af respondenterne ved et CI-center har været i en mentorordning, mens 19 % af respondenterne fra PPR har deltaget i en mentorordning.

6 respondenter (n=26) har deltaget i studieture, svarende til 23 % af respondenterne. Den procentuelle fordeling af studieture på arbejdsstederne er således; 60 % af respondenterne, som arbejder på regionale institutioner for hørehæmmede, har deltaget i en AVT-studietur. 0 % af respondenterne, som arbejder på en audiologisk afdeling, har deltaget i en AVT-studietur. 25 % af respondenterne, som arbejder på et CI-center, har deltaget i en AVT-studietur, mens 13 % af respondenterne, som arbejder i PPR, har deltaget i en AVT-studietur.

10 respondenter (n=26), som indgår i denne tabel, har fået viden om og erfaring med AVT via kolleger, dvs. 39 % af respondenterne. Fordelt i procent på arbejdssted har 80 % af de respondenter, som arbejder ved regionale institutioner for hørehæmmede, lært om AVT via kolleger, 0 % af respondenterne, som arbejder på en audiologisk afdeling, har lært om AVT via

kolleger, 100 % af respondenterne, som arbejder på et CI-center, har lært om AVT via kolleger, og 13 % af respondenterne, som arbejder i PPR, har lært om AVT via kolleger.

2 respondenter (n=26) har oplyst, at de har fået viden om og erfaring med AVT fra andre steder end de nævnte i de prædefinerede svarkategorier i spørgsmålet, som er blevet gennemgået ovenfor. Begge respondenter arbejder i PPR, og dvs. at 13 % af respondenterne fra PPR også har tilegnet sig viden om AVT andre steder end de herover gennemgåede muligheder. Ingen respondenter, i denne tabel, svarer, at de er selvlærte indenfor AVT-metoden.

TABEL 33
Krydstabellering over nuværende arbejdsplads og opnået AVT-erfaring, n=26

	Kurser	Super- vision	Mentor- forløb	Selvlært	Studie- ture	Via kolleger	Andet
Regionale institutioner ..	X	X					
Regionale institutioner ..	X		X		X	X	
Regionale institutioner ..	X					X	
Regionale institutioner ..	X	X	X		X	X	
Regionale institutioner ..	X	X			X	X	
Audiologisk afdeling	X	X					
CI-center	X					X	
CI-center	X	X	X		X	X	
CI-center	X	X				X	
CI-center	X		X			x	
PPR	X	X					
PPR	X				X		
PPR	X		X				
PPR	X	X	X				
PPR	X						
PPR	X						
PPR	X	X			X		
PPR	X						
PPR	X					X	
PPR	X					X	
PPR	X		X				X
PPR	X						
PPR	X						X
PPR	X	X					

Note: Kategorien "Regionale institutioner.." er en forkortelse for regionale institutioner for hørehæmmede. I denne tabel er én respondents besvarelse udeladt, da dennes arbejdssted ikke kunne afkrydses i de faste svarkategorier. Derfor ville det kompromittere respondentens anonymitet, hvis besvarelsen blev opgjort i tabellen.

Krydstabel: Nuværende arbejdsplads og antal timers AVT-undervisning pr. uge

I denne krydstabel (Tabel 34) undersøges sammenhængen mellem en faktor fra spørgeblok 1, personlige data og en faktor fra spørgeblok 2, personlige erfaringer med AVT.

Fordelt i forhold til arbejdsplads ses det, at de ansatte ved de regionale institutioner for hørehæmmede samt de ansatte ved CI-centrene generelt arbejder med AVT i mere end 1 time om ugen og op til 11 timer om ugen. De ansatte i PPR samt ved audiologisk afdeling arbejder alle under 1 time om ugen med AVT med undtagelse af 4 ansatte i PPR, hvoraf 2 arbejder 1-3 timer ugentligt og 2 arbejder 5-7 timer ugentligt.

TABEL 34
Krydstabellering over nuværende arbejdsplads og antal
timers AVT-undervisning pr. uge, n = 26

Nuværende arbejdsplads	Antal timers AVT-undervisning pr. uge
Regionale institutioner for hørehæmmede	5-7 timer
Regionale institutioner for hørehæmmede	5-7 timer
Regionale institutioner for hørehæmmede	5-7 timer
Regionale institutioner for hørehæmmede	5-7 timer
Regionale institutioner for hørehæmmede	1-3 timer
CI-center	9-11 timer
CI-center	7-9 timer
CI-center	3-5 timer
CI-center	3-5 timer
PPR	5-7 timer
PPR	5-7 timer
PPR	1-3 timer
PPR	1-3 timer
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
PPR	Under 1 time
Audiologisk afdeling	Under 1 time

Note: 1 respondent er udeladt pga. kompromitteret anonymitet, da respondentens arbejdssted ikke passer ind i de faste svarkategorier for spørgsmålet. Listen er først sorteret efter arbejdsplads, dernæst efter antal timers AVT-undervisning pr. uge.

4.4 Afrunding af resultat afsnit

I dette afsnit er resultaterne af vores spørgeskemaundersøgelse blevet præsenteret og behandlet.

Vores resultater blev præsenteret ved hjælp af deskriptiv statistik, således at vi kunne organisere og fremstille data på en informativ måde.

Besvarelsene på vores spørgeskema viste et spænd på 0 til 7 anvendte materialer pr. respondent af de materialer, som vi havde givet mulighed for, at afkrydse i svarkategorierne. Dertil kommer alle de materialer, som respondenterne selv kunne tilføje, og når disse medtages øges spændet til 0-11 anvendte materialer pr. respondent. Sammenlagt viste vores data, at der i dansk AVT-praksis anvendes 34 forskellige udviklingsskalaer og testnormer. Ved nærmere gennemgang af hver individuel besvarelse fandt vi, at 8 respondenter udelukkende anvender testnormer i målfastsættelsen, mens 3 respondenter udelukkende anvender udviklingsskalaer. Hver respondent nævner i gennemsnit 3 forskellige materialer til målfastsættelse.

Vi har af flere årsager ikke påvist nævneværdige tendenser ud fra baggrundsvariablen *alder*: Dels på grund af respondentgruppen størrelse, dels grundet en vurdering af at variabelen *alder*, ikke havde samme relevans at undersøge, som for eksempel om der kunne findes sammenhænge baseret på variable såsom respondenternes AVT-erfaring, uddannelsesbaggrund og arbejdsplads. Disse tre sidstnævnte variable må alt andet lige have større indflydelse på, eksempelvis hvilke udviklingsskalaer og testnormer respondenterne vælger at anvende til målfastsættelse end deres aktuelle alder. Netop krydstabellinger, hvor sammenhænge mellem respondenternes baggrund og AVT-erfaring blev undersøgt i forhold til, hvordan de praktiserer AVT, viste sig som et af hovedresultaterne i spørgeskemaundersøgelsen. De forskellige måder, hvorpå respondenterne har tilegnet sig AVT og dermed deres grundlag for at udøve AVT, kan medvirke til, at de danske av-praktikere arbejder på forskellige måder ud fra metoden og derfor heller ikke som gruppe har en ensartet praksis omkring for eksempel målfastsættelse i AVT-undervisningen.

Denne diversitet i anvendelsen af materialer og baggrunden for udøvelsen af AVT i dansk praksis understøttes af de danske av-praktikeres eget ønske om i fællesskab at udarbejde nogle retningslinjer for god praksis for målfastsættelse i AVT, således at der opnås en højere grad af konsensus på området (se Figur 21 side 88; Oversigt 3, side 93). Dette ønske indikerer dels, at av-

praktikerne selv opfatter gruppen som meget heterogen, og dels, at der angiveligt opleves variation i anvendelsen af metoden i praksis.

Mere ensartet ses respondenternes svar på, hvad de anser for at være det vigtigste element i AVT (Oversigt 2, side 76). Til dette svarer næsten alle respondenter (25; n=27)¹¹, at metodens vigtigste element er *forældrene* og *forældreinddragelse*.

På baggrund af ovenstående resultatgennemgang, må vi påpege, at det er med forbehold, at vi fremsætter vores analyse og fortolkninger i følgende afsnit (Afsnit 5), samt konklusioner baseret på det empiriske datamateriale. Dette skyldes det meget uensartede billede der har tegnet sig i dataopgørelserne samt at undergrupperne er relativt små ved hver variabel i spørgsmålene. I det følgende afsnit vil dels den anvendte metode og dels de herover præsenterede og behandlede resultater blive diskuteret.

¹¹ Formlen (X; n=Y) vil blive anvendt i resten af specialet. X = antal respondenter der har afkrydset den aktuelle svarkategori. n=Y angiver det samlede antal respondenter, der afgav svar ved det pågældende spørgsmål.

5. Diskussion

Dette diskussionsafsnit er overordnet inddelt i to hovedafsnit: en metodediskussion og en resultatdiskussion. I disse afsnit vil vi komme med analyser, fortolkninger og diskussioner af de fundne resultater fra vores empiriske undersøgelse. Metodediskussionen er placeret først, idet forbehold ved metoden kan have konsekvenser for analyserne i den derpå følgende resultatdiskussion og konklusioner draget herfra.

5.1 Diskussion af metode

I dette afsnit vil en diskussion af anvendte metode fremgå - herunder overvejelser omkring forskellige parametres betydning for udfaldet af spørgeskemaundersøgelsen, og om der er forhold ved undersøgelsen, der kan have forårsaget *bias*. Det vil blive uddybet hvilke forbehold og usikkerhedsmomenter, der er forbundet med vores valg af metode (Rienecker, Jørgensen & Gandil, 2008). Afsnittet vil være inddelt i seks underafsnit, som henholdsvis omfatter diskussion af kvaliteten spørgeskemaets design; spørgeskemaets skriftlige udformning og indhold samt svarmuligheder; faglige velkendte problemstillinger ved metoden; respondentgruppen; svarprocent, begrundet bortfald og afbrydelsesmønstre; samt en overordnet vurdering af styrken af vores spørgeskema.

Ifølge Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (u. å.) kan man overordnet sige, at hvis man har styr på alle de mulige fejlkilder og kan dokumentere, at ingen af disse fejlkilder har forringet kvaliteten kritisk, så kan man hævde, at man har data af en god kvalitet. Dette er formålet med nærværende afsnit.

5.1.1 Kvaliteten af spørgeskemaets design

Vi fandt, at et struktureret, internetbaseret spørgeskema med et krydssektionelt design var et velegnet dataindsamlingsinstrument til vores empiriske undersøgelse af anvendelsen af udviklingsskalaer og testnormer blandt danske av-praktikere. Dette afsnit indeholder kritisk stillingtagen til valget af denne type dataindsamlingsinstrument.

Krydssektionelt design

Vores spørgeskemaundersøgelsen var konstrueret med et krydssektionelt design. I metodeafsnittet (Afsnit 3) blev denne type design beskrevet med udgangspunkt i Fink (2008), som i et citat beskrev, at spørgeskemaer med et krydssektionelt design kan danne et øjebliksbillede af nuværende

omstændigheder indenfor et givent område. Dette anser vi for at være en styrke i forbindelse med vores undersøgelse, som netop sigtede efter at kortlægge nuværende målsætningsarbejde i dansk AVT-praksis. En metodisk svaghed ved krydssektionelt design er som nævnt i samme citat, at der er en risiko for, at det indsamlede data hurtigt vil blive forældet. Vi vurderer dog, at udviklingen indenfor det undersøgte område tager tid, samtidig med at undersøgte udviklingsskalaer og testnormer er brugbare i mange år, hvilket gør vores data relevante både nu og i den nærmeste fremtid.

Internetbaseret spørgeskema

Vi gjorde os en række metodiske overvejelser om, hvorvidt vi skulle udsende et elektronisk eller postmodelt spørgeskema. Ifølge Boolsen (2008) giver brugen af internettet bedre mulighed for at nå en ønsket målgruppe, hvis denne har en travl hverdag, da en fordel ved et elektronisk spørgeskema er, at mange spørgsmål kan besvares på relativt kort tid, og samtidig kan respondenterne vælge sit eget svar tempo (Olsen, 2006). Ifølge Launsø, Olsen & Rieper, (2011) egner internetbaserede spørgeskemaer sig desuden bedst i tilfælde, hvor man har en fast afgrænset population, hvis e-mail-adresser er kendt (Launsø, Olsen & Rieper, 2011), hvilket gør sig gældende for vores spørgeskemaundersøgelse. Hansen *et al.* (2008) skriver, at der også nemmere kan opnås hurtig kontakt til personer, der geografisk er placeret langt væk. En anden fordel ved anvendelsen af internetbaseret spørgeskema fremfor postmodelt spørgeskema er, at data kan indsamles hurtigere, samt at dataklargøringen og -bearbejdningen forenkles og effektiviseres (Launsø, Olsen & Rieper, 2011; Boolsen, 2008; Olsen, 2006), hvilket er fordelagtigt i vores tilfælde, hvor det empiriske datamateriale skulle indsamles og analyseres indenfor specialets tidsramme på et halvt år.

En ulempe ved internetbaserede spørgeskemaer er, at det kun er respondenter med adgang til internettet, der kan afgive deres besvarelser i undersøgelsen. Men da vores målgruppe alle befinder sig på moderne arbejdspladser i det offentlige, forudsætter vi, at alle som minimum har adgang til internet på deres arbejdsplads. Ifølge Hansen *et al.* (2008) kan en internetbaseret dataindsamlingsform være usikker, da det ikke er muligt at verificere, om respondenterne rent faktisk er dem, de udgiver sig for at være, hvilket ville kunne influere på undersøgelsens validitet. Dette antager vi dog er en hypotetisk problemstilling, som ikke influerer på vores undersøgelse, da vores respondenter er kontaktet pr. e-mail via en mailliste i et fagligt netværk, hvorved adgang til spørgeskemaet er personliggjort. Endnu en ulempe omkring brugen af internetbaserede spørgeskemaundersøgelser påpeges af Hansen *et al.* (2008), nemlig at det kan medføre, at forskerne

ikke har direkte kontakt med respondenterne undervejs i besvarelsesprocessen og dermed ikke har mulighed for, at imødekomme eventuelle tvivlsspørgsmål. For at undgå denne problematik blev instruktioner og selve spørgsmålene konstrueret, så begge dele var meget udførligt beskrevet for at sikre en klar forståelse af disse. For at give respondenterne mulighed for assistance i besvarelsesprocessen blev de i følgebrevet gjort opmærksomme på, at de kunne kontakte os via e-mail eller telefon ved tvivlsspørgsmål. Desuden har vi bedt om tilladelse til at kontakte respondenterne via e-mail, hvis vi havde brug for uddybende forklaringer i forbindelse med deres besvarelser af spørgeskemaet.

Med den internetbaserede spørgeskemaform kan man opnå besvarelser fra et bredt udsnit af populationen. En måde at optimere kvaliteten af besvarelserne på kunne være at opfølge det internetbaserede spørgeskema med et telefoninterview. Ved sådan en metodetriangulering til afdækning af problemstillingen, kunne vi have opnået mere dybde i besvarelserne, men dette var ikke muligt inden for studielets tidsramme. Et andet alternativ til det internetbaserede spørgeskema kunne være indsamling af data ved hjælp af fokusgruppeinterview. Denne type dataindsamling havde sandsynligvis været fordelagtigt, hvad angår dybden af indholdet i besvarelserne, men modsat havde det ikke været muligt at opnå samme bredde af data. Det helt optimale ville være en metodekombination bestående af internetbaseret spørgeskema med opfølgende fokusgruppe, da vi med denne metodiske konstruktion ville opnå både bredde og dybde i resultaterne.

Vi mener, at vi i vores spørgeskemaundersøgelse har taget højde for ovennævnte faldgruber, som kan forekomme i internetbaserede spørgeskemaundersøgelser. Dermed vurderer vi, at dette metodiske valg ikke kompromitterer styrken af vores undersøgelse.

5.1.2 Kvaliteten af spørgsmålenes skriftlige udformning og indhold samt svarmuligheder

Det strukturerede spørgeskema er kendetegnet ved på forhånd opstillede spørgsmål med overvejende forhåndsdefinerede svarmuligheder (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). I dette afsnit vil vi fremhæve metodiske overvejelser omkring brugen af et struktureret spørgeskema, herunder skriftligt udformning af spørgsmål og indhold samt svarmuligheder.

Spørgsmålsformuleringer

Det er vigtigt for et spørgeskemas validitet (se forklaring af begrebet i Afsnit 5.1.6), at der bliver spurgt på den rigtige måde. Ligeledes kan korrekt formulering af spørgsmål og valgte

svarkategorier forøge spørgeskemaundersøgelsens reliabilitet (se forklaring af begrebet i Afsnit 5.1.6).

Det er ifølge Launsø, Olsen & Rieper (2011) vigtigt, at spørgsmålene i en spørgeskemaundersøgelse bliver formuleret på en sådan måde, at der sikres bedst mulig overensstemmelse mellem den betydning, forskeren tillægger spørgsmålene, og svarpersonernes forståelse af spørgsmålene. I vores undersøgelse har vi forsøgt at mindske muligheden for betydningsspillerum i hvert spørgsmål ved at medtage ord, der hyppigt anvendes af svarpersonerne, og ved at anvende svarkategorier, som yderligere specificerer spørgsmålets betydning (i modsætning til svarkategorier, som ja/nej, i høj grad/nogen grad/ringe grad) (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Umiddelbart er der ikke noget i respondenternes besvarelser, som indikerer, at spørgsmålene er formuleret på en sådan måde, at der er opstået misforståelser eller fortolkningsmuligheder.

Som påpeget i resultat afsnittet (Afsnit 4) var der stor spredning i besvarelserne, så efter endt dataindsamling er det blevet klart for os, at et endnu mere målrettet spørgeskema med yderligere udspecificerede svarkategorier ville have været fordelagtigt i afdækningen af den heterogene undervisning blandt de danske av-praktikere. Dog vil der ofte være et *trade-off* mellem ønsket om at medtage kontrolspørgsmål (dvs. flere spørgsmål, der belyser samme emne) og spørgeskemaets længde (Launsø, Olsen & Rieper, 2011), hvilket nødvendigvis også må overvejes ved mere detaljerede spørgeskemaundersøgelser.

Svarmuligheder

En faglig velkendt begrænsning ved strukturerede spørgeskemaundersøgelser er, at man nødvendigvis må afgrænse informanternes svarmuligheder for at opnå validitet (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Endvidere er en ulempe ved denne form for dataindsamling at den er meget forskerstyret, og at det er forskerens forforståelse, der danner rammen for undersøgelsen. Dette er særligt udtalt ved spørgsmål, som udelukkende består af prædefinerede svarmuligheder. Vi har forsøgt at åbne op for en bredere forståelse af emnet ved hjælp af halvåbne svarkategorier, dvs. prædefinerede svarmuligheder efterfulgt af en ”andet”-svarkategori i form af et åbent tekstfelt. I spørgeskemaet var 14 af spørgsmålene konstrueret som halvåbne svarkategorier de steder, hvor det ikke var muligt udelukkende at lave udtømmende svarkategorier. Disse kategorier blev anvendt for

ikke at forpasse informationer om respondenternes perspektiver, som ville gå ud over det, vi på forhånd havde defineret i svarmulighederne i spørgeskemaet (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). En fordel ved denne type svarkategorier er blandt andet, at man undgår at tvinge respondenterne til at besvare spørgsmål, som de ikke nødvendigvis har en holdning til, eller hvis indhold de ikke selv har personlig erfaring med.

En ulempe ved de halvåbne svarkategorier er, at de kan være svære at anvende relevant i databearbejdning, hvilket vi erfarede, da vi kun fik ganske få relevante oplysninger ud af disse. Vi vurderer, at vores undersøgelsesresultater overordnet havde set ud på samme måde, hvis de halv-åbne svarkategorier var blevet udeladt, og erstattet af udelukkende udtømmende svarkategorier.

Spørgeskemaet var designet med tvungen besvarelse af samtlige spørgsmål med det formål at sikre, at respondenterne kom igennem hele spørgeskemaet (Hansen *et al.*, 2008). Dette kan dog ifølge Hansen *et al.* (2008) være et irritationsmoment for respondenterne, fordi de bliver afkrævet et svar på spørgsmål, som de muligvis ikke ønsker at besvare, ikke kan huske svaret på, ikke har en mening om eller ikke forstår betydningen af, hvilket kan resultere i afbrudt besvarelse eller besvarelser med manglende validitet. I forlængelse af dette ses det fænomen, at respondenterne følger en norm gående på, at man bør have en mening om eller bør kunne erindre svarene på de spørgsmål man stilles. Denne fejl kan modvirkes ved at anvende svarkategorien ”ved ikke” eller ”har ingen mening om” (Launsø, Olsen & Rieper, 2011), hvilket vi kun anvendte i et spørgsmål (spm. 19: ”Hvilke af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med din holdning til brugen af udenlandske udviklingskalaer og/eller testnormer i målfastsættelse i dansk AVT-praksis?”).

5.1.3 Faglige velkendte problemstillinger ved metoden

Et fagligt velkendt problem ved den anvendte metode er den såkaldte *Hawthorne-effekt*. Fink (2008) beskriver denne effekt således: ”Respondents in an experimental situation may answer questions atypically because they know they are in special experiment. This is called the *Hawthorne effect*.” (Fink, 2008; p. 73). Denne effekt er svær at tage højde for både før, under og efter spørgeskemaundersøgelsen, da det er et fænomen, som opstår ubevidst hos respondenterne. Vi kan derfor ikke vide, om denne effekt kan have forekommet i besvarelserne af vores spørgeskemaundersøgelse. Da vi både i følgebrev og i spørgeskemaets overskrift tydeliggør, at omdrejningspunktet er ”målfastsættelse i dansk av-praksis”, kan dette have præget respondenternes

besvarelser. Eksempelvis kan man forestille sig, at Hawthorne-effekten kan have spillet ind på besvarelserne af spm. 17 ("*Hvilke(n) af følgende udviklingsskalaer og testnormer for normalthørende børn anvender du i forbindelse med målfastsættelse i din AVT-undervisning?*") for på trods af at vi har stræbt efter værdineutralitet i spørgeskemaet, kan vores (bevidste og ubevidste) forforståelse af emnet have været synligt ved dette spørgsmål, da det indeholder en klar indikation af, hvilke udviklingsskalaer og testnormer, vi ville forvente blev anvendt i dansk av-praksis. Dermed kunne der opstå en tendens blandt respondenterne til at afkrydse flere udviklingsskalaer og testnormer, end respondenterne egentlig regelmæssigt anvender i praksis, fordi de ved, at undersøgelsen drejer sig om målfastsættelse.

Et andet omtvistet problem, der også kan opstå i spørgeskemaundersøgelser er konteksteffekter (Olsen, 2006). Dette fænomen, kan bevirke, at respondentens besvarelse af et spørgsmål, kan påvirke besvarelser af et efterfølgende. Olsen (2006) beskriver, at denne slags virkninger handler om, at forståelse eller genkaldelse af informationer i tilknytning til tidligere spørgsmål smitter af for eksempel på efterfølgende forståelse og/eller genkaldelse af informationer (Olsen, 2006). Så når der eksempelvis spørges ind til hvilke udviklingsskalaer og testnormer, der anvendes til målfastsættelse i dansk av-praksis (spm. 17), så kan dette påvirke respondenternes besvarelser af hvad deres holdning er til brugen af udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer i dansk av-praksis (spm. 19). Samme påvirkning kan ske fra spm. 17 til spørgsmålet om hvilke tests respondenterne anvender i opfølgningen af målsætningerne (spm. 21). Svarafsmittningen ses især mellem besvarelse af holdningsspørgsmål (Olsen, 2006), hvilket derfor kan have influeret på spm. 11 ("*Hvad er efter din mening det vigtigste element i AVT?*"), spm. 15 ("*Hvad bruger du målsætningerne i AVT-undervisningen til?*") og spm. 19 ("*Hvilke af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med din holdning til brugen af udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer i målfastsættelse i dansk AVT-praksis?*").

Udover Hawthorne- og konteksteffekt kan der forekomme en såkaldt "*første- og sidstevirkning*", hvor enten første eller sidste svarkategorier vælges oftere end midterkategorier. I skriftlige spørgeskema ses især en tendens til *førstevirkning*, dvs. at den første svarkategori ubevidst vælges oftere (Olsen, 2006). Dette kan undgås ved automatisk randomisering af svarkategorierne. Denne virkning kan dog ikke ses på vores resultater, da besvarelserne overordnet fordeler sig ud på alle svarkategorier uafhængigt af deres placering.

5.1.4 Respondenter

Vores respondentgruppe bestod hovedsageligt af professionelle i det faglige netværk ”AVTister i Danmark” samt 3 ansatte ved Gentofte Hospitals audiologiske afdeling. Vi forudsatte, at alle i den faglige netværksgruppe arbejdede med eller havde personlige erfaringer med AVT, hvilket viste sig at være en forkert antagelse. Dette blev klart for os, da vi modtog flere tilbagemeldinger fra AVTister, der nævnte for os, at de ikke selv aktivt beskæftiger sig med AVT i deres daglige virke. Årsagen til dette har vi efterfølgende fået forklaret via personlig kommunikation med koordinatoren for AVTisternes faglige netværk, Anne Haven, som beskriver, at i netværkets begyndelse var forestillingen, at deltagerne alle var aktivt udøvende indenfor AVT-feltet, men efterhånden kom der tiltagende forespørgsler fra andre professionelle, der ønskede mere viden om AVT. Derfor blev der åbnet for tilgangen, så det ikke længere er et krav, at man er udøvende av-praktiker, men at man også kan være medlem med netværksdannelse som hovedformål (e-mail, 26. juni, 2014). Efter endt dataindsamling tog vi til efterretning, at det kunne have været særligt interessant og relevant at have indledt spørgeskemaet med et spørgsmål om, hvorvidt respondenterne på nuværende tidspunkt selv var aktivt udførende av-praktiker, da dette både er af stor relevans for besvarelsen af resten af spørgeskemaet samt for det grundlag, hvorpå specialets konklusioner drages.

Indledningsvis ønskede vi at, at distribuere spørgeskemaet til alle danske av-praktikere, dvs., at vi havde intentioner om at lave en populationsundersøgelse. En populationsundersøgelse er en form for totalundersøgelse, der indebærer, at alle personer indenfor det pågældende område kontaktes. Dog må vi fremhæve, at vi ikke kan være sikre på, om vi har inkluderet samtlige danske av-praktikere, da vi ikke er bekendt med, om der eksisterer andre danske av-praktikere end dem, der fremgik af AVTist-netværksgruppens e-mail-liste, samt de av-praktikere vi fik kendskab til på den audiologiske afdeling på Gentofte Hospital via vores specialevejleder. Derfor må vi kategorisere vores undersøgelse som værende en stikprøveundersøgelse snarere end en populationsundersøgelse. De spørgeskemabesvarelser, vi har modtaget, udgør derfor en stikprøve af den samlede population af danske av-praktikere.

5.1.5 Svarprocent, begrundet bortfald og afbrydelsesmønstre

Svarprocenten er en generel kvalitetsindikator for en undersøgelse, da denne siger noget om, hvorvidt den enkelte undersøgelse kan påstås at være retvisende for de analyser, fortolkninger og konklusioner, der fremsættes på baggrund af de indsamlede resultater (Boolsen, 2008). Et

begrænset svargrundlag er en metodologisk svaghed, da få respondenters besvarelse kan ændre udfaldet af en undersøgelse betydeligt.

Svarprocent

Som nævnt ovenfor har svarprocenten en helt afgørende rolle for brugbarheden af resultaterne og dermed for kvaliteten af spørgeskemaet (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, u. å.). I vores undersøgelse opnåede vi en svarprocent på 36 %. Svarprocenten er dog oppe på 45 %, når vi medregner de respondenter, som ikke besvarede selve spørgeskemaet men gav os en tilbagemelding pr. e-mail. Disse svarprocenter var umiddelbart lavere end forventet, hvilket kan skyldes flere faktorer. Blandt andet siger Olsen (2006), at der er en risiko for manglende svarmotivation ved spørgeskemaer, der er baseret på selvbesvarelser. I foregående afsnit blev det angivet, at flere af de adspurgte respondenter ikke selv er udøvende av-praktikere, hvilket også påvirker svarprocenten. Andre faktorer med indflydelse på svarprocentens størrelse vil blive yderligere diskuteret i nedenfor. Hansen *et al.* (2008) og Boolsen (2008) beskriver, at hvis man opnår en lavere svarprocent end 60-75 %, kan undersøgelsen stadig bruges, man skal blot passe på med at antage, at undersøgelsen er repræsentativ for en større gruppe. Dette gør sig gældende for vores spørgeskemaundersøgelse.

Noget tyder på, at svarprocenten højnes ved at rykke gentagne gange for svar (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). For at øge svarprocenten udsendte vi derfor en rykker, men svarprocenten kunne måske være højnet yderligere ved udsending af endnu en rykker nær deadline for besvarelsen. Et andet tiltag for at øge svarprocenten var at opfordre respondenterne til at sende os en e-mail, hvis de havde en grund til ikke at udfylde spørgeskemaet. Tidsfristen på en uge kan også have påvirket svarprocenten, da det kan have været for kort tid for nogle af respondenterne, så en eventuel forlængelse af undersøgelsens tidsramme kunne have bevirket et større svargrundlag, og dermed større gyldighed af data. Dog var tidsfristen på en uge valgt, da det tidsmæssigt ikke ville tage respondenterne ret lang tid at udfylde spørgeskemaet, og det blev vurderet, at hvis respondenterne ikke kunne finde tid inden for en uge, var det fordi de nok ikke havde interesse i at gøre det.

Svarprocenter er ikke alene fyldestgørende til vurdering af en undersøgelses generaliserbarhed, da der blandt andet også skal tages højde for størrelsen af undergrupperne i analyserne og bortfaldet, før man kan sige noget om, hvorvidt undersøgelsen er dækkende for den aktuelle population (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Bortfaldet beskrives i følgende afsnit.

Begrundet bortfald og afbrydelsesmønstre

De respondenter, der ikke svarer, kaldes *bortfaldet* (Boolsen, 2008). Når man beskæftiger sig med svarprocenter, er det også meget vigtigt at kigge på bortfaldet. Vores undersøgelse resulterede i to forskellige typer bortfald: begrundet bortfald og ubegrundet bortfald. Det begrundede bortfald bestod af 7 e-mail-henvendelser, hvori respondenterne beskrev, at de ikke selv arbejder med AVT. I vores spørgeskemaundersøgelse havde vi ikke taget højde for, at nogle *AVTister* ikke selv arbejdede med AVT i deres daglige virke og dermed ikke besad tilstrækkeligt grundlag for at besvare vores spørgeskema. Denne problematik kunne være undgået og måske have forebygget størrelsen af bortfaldet, hvis vi i spørgeskemaet havde lavet et spørgsmål, hvor respondenterne fik mulighed for at svare på, om de selv på nuværende tidspunkt arbejder med AVT (jf. Afsnit 5.1.4). Det ubegrundede bortfald bestod af de resterende 42 adspurgte respondenter, som ikke gennemførte spørgeskemaundersøgelsen.

I vores indledende databearbejdning observerede vi, at der var en række ufuldstændige besvarelser på spørgeskemaundersøgelsen. Ved hjælp af *Enalyzer* foretog vi en grundig gennemgang af de ufuldstændige besvarelsesforsøg med det formål at påvise, hvorvidt der kunne findes et mønster i tidspunktet for afbrydelserne af de ufuldstændige spørgeskemaer. Til at begynde med er der 35 respondenter, der svarer ja til samtykkeerklæringen (spm. 1). Herefter falder 5 respondenter fra inden spm. 6 ("*Hvor mange års erfaring har du med AVT?*"), hvilket mindsker antallet af respondenter til 30. Yderligere 2 respondenter falder fra inden spm. 11 ("*Hvad er efter din mening det vigtigste element i AVT?*"), og dermed er respondentgruppen nede på 28 respondenter. Derudover har en enkelt respondent lavet to næsten identiske besvarelser, derfor har vi været nødsaget til at trække den ene af disse besvarelser ud af det endelige datamateriale. Begrundelsen for fjernelsen af den pågældende af de to næsten identiske besvarelser er, at respondenteren ikke har besvaret det sidste spørgsmål i den ene besvarelse, og dermed har vi valgt at trække denne ud. Dette efterlader os med en respondentgruppe på 27 personer, der fuldfører resten af spørgeskemaet ifølge optællingsfunktionen i *Enalyzer*. Denne gennemgang viser, at alle ufuldstændige besvarelser afbrydes inden spm. 11, hvilket kan være en indikation på manglende motivation for at besvare resten af spørgeskemaet baseret på manglende personlig erfaring med AVT (se desuden Figur 8 for flowchart for dataindsamlingen, side 60).

Der kan være flere faktorer, der har spillet ind på størrelsen af svarprocenten og det ubegrundede bortfald. Faktorer, der kan være årsager til frafald undervejs i spørgeskemaet, er eksempelvis, at respondenterne aldrig selv har arbejdet med AVT, at respondenterne ikke selv sætter mål i sin AVT-undervisning, manglende interesse for spørgeskemaets fokusområde, og dels kan nogle respondenter have haft følelsen af, at spørgeskemaet var et "tjek" af deres arbejdsmetoder i stedet for at se det som en mulighed for at give et generelt indblik i dansk av-praksis.

Andre omstændigheder, der har kunnet påvirke engagementet i vores spørgeskemaundersøgelse kunne for eksempel være længden af spørgeskemaet, som er væsentlig for svarpersonernes motivation for at svare (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Ifølge Launsø, Olsen & Rieper (2011) falder svarviljen hos respondenterne markant ved 30 spørgsmål eller derover. Selvom vi havde bestræbt os på at udrydde alle perifere og overflødige spørgsmål, da besvarelserne af disse ikke kan anvendes, og de kan blive en tidsøkonomisk byrde (Boolsen, 2008), så nærmede vores spørgeskema sig alligevel førnævnte grænse for svarviljen.

5.1.6 Styrken af vores spørgeskema

I forlængelse af diskussionen af de specifikke metodiske styrker og svagheder, som er blevet gennemgået i foregående afsnit, vil vi i dette afsnit omtale nogle yderligere krav og kriterier, der skal opfyldes, for at der er tale om et spørgeskema af god kvalitet. Herunder vil det blive diskuteret, hvilken pålidelighed og gyldighed den gennemførte undersøgelse kan tillægges.

Reliabilitet og validitet

Boolsen (2008) nævner en række kriterier, som skal være opfyldt for at sikre en god kvalitet af en spørgeskemaundersøgelse. Først og fremmest skal spørgeskemaet være *relevant*, dvs. afsenderen skal kun stille spørgsmål til de emner, som undersøgelsen drejer sig om. Dernæst skal spørgeskemaet opfylde kriteriet *præcision*, hvorved niveauet sættes for, hvor små forskelle der kan måles. Herudover nævner Boolsen (2008) de to begreber *reliabilitet* og *validitet*, som er to af de mest afgørende kriterier for en spørgeskemasundersøgelser kvalitet. Forklaringen af disse to centrale begreber, reliabilitet og validitet, forbinder det empiriske plan med det teoretiske plan. De to begreber beskriver Fink *et al.* (2008) på følgende måde: "A reliable survey results in consistent information. A valid survey produces accurate information. A well-designed easy-to-use survey always contributes to reliability and validity." (Fink *et al.*, 2008; p. 8).

Reliabilitet

Reliabilitet betyder pålidelighed og måler reproducerbarhed (Launsø, Olsen & Rieper, 2011; Boolsen, 2008). Begrebet omhandler hvorvidt den måde, som begreberne måles på, er stabil og præcis, således at gentagne målinger ville give samme resultat (Miller, McIntire & Lovler, 2011). Når spørgsmålene i en spørgeskemaundersøgelse forstås ens af alle respondenter, kan man udelukke tilfældigheder, hvilket øger reliabiliteten. Reliabiliteten er ikke afprøvet, men vi vurderer, at der ikke foreligger reliabilitetsproblemer i vores spørgeskemaundersøgelse, da ingen fund i den foregående gennemgang af styrker og svagheder ved undersøgelsen indikerer begrænsninger i forhold til pålideligheden. Dermed forventer vi, at omtrent samme udfald ville forekomme, hvis undersøgelsen blev udført igen, forudsat at situationen er den samme.

Validitet

Validitet, også kaldet gyldighed, handler om, hvorvidt de stillede spørgsmål forstås ens og rigtigt af samtlige respondenter, dvs. om spørgsmålene rent faktisk måler det, som afsenderen havde intentioner om at måle og ikke noget andet (Miller, McIntire & Lovler, 2011; Hansen *et al.*, 2008). Det drejer sig altså om gyldigheden af det grundlag, hvorpå undersøgelsens konklusioner drages. Boolsen (2008) inddeler validitet i forskellige underkategorier, og følgende beskrivelse af disse bygger ligeledes på Boolsen (2008): Målingsvaliditet, intern validitet, ekstern validitet og økologisk validitet. Førstnævnte, målingsvaliditeten, handler om, i hvilken grad der er overensstemmelse mellem begreber og målingen heraf. God operationalisering ligger til grund for en god målingsvaliditet. Problemer med målingsvaliditeten betyder, at der kan opstå systematiske fejl. Hvad angår vores undersøgelse er der i Afsnit 3.2.5 blevet redegjort for operationaliseringen af de teoretiske begreber, som ligger bag spørgsmålene i undersøgelsen, hvilket styrker målingsvaliditeten.

Intern validitet omhandler i hvilken grad, analyserne giver mening, er overbevisende, er troværdige og afspejler problemformuleringen. Vi lagde stor vægt på, at vores specialeprojekt gennem hele processen kunne kendetegnes ved en stringent sammenhæng mellem specialets problemformulering og den tilhørende empiriske undersøgelse, hvilket vi mener afspejles i den måde, vi analyserer og uddrager konklusioner ud fra det indsamlede datamateriale. Vi har yderligere forsøgt at sikre den interne validitet ved at undgå, at eventuelle forudindtagede forestillinger om undersøgelsen ville påvirke udformningen af spørgeskemaet. Dette er forhindret ved at lade udeforstående, kritiske øjne observere tilrettelæggelsen af undersøgelse. Overordnet

mener vi, at sammenhængen mellem den teoretiske baggrundsviden, som ligger til grund for problemformuleringen, er i overensstemmelse med indholdet af den empiriske undersøgelse samt resultaterne og konklusionen heraf.

Ekstern validitet angiver, i hvilket omfang kontekster og processer er beskrevet, således at der kan sammenlignes med andre undersøgelser og generaliseres. Trusler mod den eksterne validitet er eksempelvis, at respondenterne indgår i en eksperimentel situation, hvilket medfører, at de kan finde på at besvare spørgsmålene atypisk, fordi de er bevidste om, at de deltager i en undersøgelse (Fink *et al.*, 2008). Som nævnt i Afsnit 5.1.3 kaldes dette fænomen for Hawthorne-effekten. Ekstern validitet trues også, når respondenter testes, observeres eller besvarer spørgeskemaer, da de kan blive opmærksomme på, hvilken adfærd der begunstiges i undersøgelsen (Fink *et al.*, 2008). Se desuden afsnittet om *repræsentativitet* nedenfor, der er relevant i forbindelse med omtalen af ekstern validitet og herunder generaliserbarhed af resultaterne.

En yderligere validitetsform, som hører under den eksterne validitet, kaldes økologisk validitet, som omhandler, i hvilken grad resultatet giver mening i den konkrete sammenhæng, og om det videnskabelige arbejde kan anvendes i den konkrete kontekst (Boolsen, 2008), dvs. om resultaterne afspejler virkeligheden (jf. Afsnit 2.9.2). Denne validitetstype er svær at opnå med en spørgeskemaundersøgelse, da et sådan dataindsamlingsinstrument italesætter emner fra praksis men uden at undersøge dem i selve praksis. Hvis vores undersøgelse skulle opnå højere økologisk validitet, burde vi eksempelvis have anvendt mere kvalitative undersøgelsesmetoder for eksempel observationer af forskellige undervisningssessioner med forskellige av-praktikere.

Det har ikke været muligt at afprøve validiteten, da det er svært at lave kontrol af validitet på spørgeskemaundersøgelser, som er sendt ud til en afgrænset population, da der ikke findes personer nok til dannelsen af en kontrolgruppe. Vores metode er dog velovervejet, overskuelig og grundigt beskrevet samt baseret på en velafgrænset, relevant problemstilling. Samtidig er det vores subjektive vurdering, at der ikke forekommer systematisk fejl i vores spørgeskemaundersøgelse. Dette medfører, at vores analyse og konklusioner baseret på det empiriske materiale umiddelbart må anses for at være valide.

Repræsentativitet

Begrebet *repræsentativitet* drejer sig om, hvorvidt den adspurgte gruppe repræsenterer hele den gruppe, som man gerne vil vide noget om (Hansen *et al.*, 2008). Repræsentativitetsbegrebet hører under den eksterne validitet. Vi har lavet en simpel demografianalyse, hvor vi fandt, at alle 5

regioner i Danmark er repræsenteret i besvarelserne af spørgeskemaet. Derudover er alle instanser, hvor der udføres AVT, ligeledes repræsenteret (PPR, CI-center, regionale institutioner for hørehæmmede, centerskole, audiologisk afdeling). Disse omstændigheder er med til at sikre en vis repræsentativitet af vores data.

Når man kigger på repræsentativitet, bør bortfaldet tages i betragtning (jf. Afsnit 5.1.5), for hvis bortfaldet skyldes, at resten af populationen ikke beskæftiger sig med AVT i praksis i samme grad som de danske av-praktikere, der har besvaret spørgeskemaundersøgelse, så er de respondenter ikke nødvendigvis repræsentative for den resterende del af den adspurgte population. Der er ses formentlig en overrepræsentation af de av-praktikere med størst erfaring på området. Skævheder såsom overrepræsenterede og underrepræsenterede grupper kan skabe generaliseringsproblemer, hvilket endvidere mindsker undersøgelsens validitet. Dermed kan vi kun med forbehold udtale os om, hvorvidt vores stikprøveresultater er repræsentative for hele den samlede population. Vores spørgeskemaundersøgelse kan derfor primært anvendes til påvisning af tendenser, der dog ikke er baseret på beregninger af statistisk signifikans.

5.1.7 Afrunding af metodediskussionen

I dette afsnit diskuterede vi styrken af vores spørgeskemaundersøgelse. Baseret på en opvejning af fordele og ulemper ved valget af krydssektionelt design og internetbaserede spørgeskemaer vurderede vi, at disse metodiske valg ikke kompromitterer styrken af vores undersøgelse. Spørgsmålsformuleringer, svarmuligheder og faglige velkendte problemstillinger ved metoden blev gennemgået men indikerede heller ikke tegn på metodiske svagheder.

Vi foretog en kritisk stillingstagen til vores respondentgruppe. Her blev det fremhævet, at respondenternes forudsætninger for at være i det faglige netværk *AVTisterne* var anderledes, end hvad vi havde antaget forinden udsendingen af spørgeskemaet. Det viste sig nemlig, at ikke alle på denne netværksliste var aktivt udøvende av-praktikere. Ved gennemgang af svarprocent, begrundet bortfald og afbrydelsesmønstre undersøgte vi hvilke faktorer, der kunne have påvirket deltagelsen i vores spørgeskemaundersøgelse. Også her var en vigtig faktor, at en stor del af de adspurgte respondenter ikke selv praktiserer AVT. Dette problem kunne være afhjulpet ved at have indledt spørgeskemaet med et spørgsmål til respondenterne om, hvorvidt de selv er aktive av-praktikere.

Slutteligt diskuterede vi, hvilken pålidelighed og gyldighed vores spørgeskemaundersøgelse kunne tillægges. Vores metode opnår både acceptabel validitet og reliabilitet, og vi har foretaget mange tiltag for sikre repræsentativiteten.

På baggrund af fundene i metodediskussion kan vi udlede, at vores undersøgelse er af god kvalitet, men at vi fremstiller vores fortolkninger og analyser af resultaterne med forbehold særligt på grund af respondentgruppens størrelse samt uvisheden om undersøgelsens repræsentativitet for resten af populationen.

5.2 Diskussion af resultater

I det følgende afsnit vil overvejelser omkring væsentlige fundne resultater blive gennemgået og diskuteret. Gennemgangen vil hovedsageligt tage udgangspunkt i de tre forskningsspørgsmål, som udgør specialets problemformulering. Derudover vil vi sideløbende forholde os til sekundære resultater, der fremkom i dataopgørelserne og- bearbejdningerne, og som har givet anledning til diskussion. For at sikre os, at de faglige overvejelser i diskussionen kan relateres direkte til ordlyden i problemformuleringen, anvender vi forskningsspørgsmålene som gennemgående struktur i diskussionen af resultaterne. De tre hovedafsnit i diskussionen af resultaterne har følgende titler: ”Målfastsættelse i dansk AVT-praksis”, ”Udviklingsskalaer og testnormer” og ”Anvendelse af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer samt holdning hertil”.

5.2.1 Målfastsættelse i dansk AVT-praksis

Dette afsnit søger at diskutere data, der relaterer til første spørgsmål i problemformuleringen: ”*Hvor ofte fastsættes mål, og med hvilket formål fastsættes målene?*”. I afsnittet vil relevante resultater og tendenser i forbindelse med følgende emner blive diskuteret som en del af belysningen af svaret til førnævnte forskningsspørgsmål: respondenternes ugentlige antal undervisningstimer i AVT, respondenternes erfaringsmæssige baggrund for at udøve AVT, hvor ofte og hvem der anvendes AVT til, udgangspunktet for målfastsættelsen, det vigtigste element (forældreinddragelse), frekvens og opfølgning af målfastsættelsen samt hvilke områder der sættes mål indenfor.

Respondenternes ugentlige antal undervisningstimer i AVT

Vi har valgt at indlede med en diskussion af omfanget af respondenternes kliniske erfaring og deres teoretiske baggrund for at udøve AVT. Dette valg er truffet, da det forekommer mest logisk at gennemgå baggrunden for målfastsættelsen før måden, hvorpå der fastsættes mål kan diskuteres. Af Tabel 34 (side 104) ses det, at halvdelen af respondenterne (13; n=26) underviser i AVT i under 1 time om ugen. Det er væsentligt at forholde sig til, hvordan 1 time om ugen eller mindre stiller den enkelte professionelle med hensyn til at grundlægge en rutine i udførelsen af AVT for eksempel i forhold til anvendelsen af de forskellige AVT-teknikker og i forhold til tilrettelæggelsen af undervisningen ud fra de 10 principper. Den (i timeantal) begrænsede kliniske erfaring med AVT er en problemstilling, som også bringes på banen af enkelt respondent: ”*Min erfaring er ikke så stor, da jeg siden, jeg var på AVT-kursus/uddannelse, blot har haft to CI-opererede børn... AVT har derfor ikke været brugt særlig stringent, og det har nærmere været undervisning baseret på AVT-*

principper.” Det er vigtigt, at den professionelle selv oplyser forældrene om mængden af deres kliniske erfaring med AVT, således at de har mulighed for at tage stilling til habiliteringsformens kvalitet på et oplyst grundlag. En sidebemærkning er, at respondentens udsagn kan indikere en misforståelse af metoden, da AVT jo ikke kun er tiltænkt børn med CI.

Som sammenligningsgrundlag for det fundne resultat om at halvdelen af respondenternes arbejder under 1 time med AVT om ugen, kan man anvende kravene til den professionelle inden certificeringseksamen til Listen and Spoken Language Specialist (*LSLS Cert. AVT™*), som vi redegjorde for i baggrundsafsnittet (Afsnit 2.8.6). Der stilles krav om 900 timers AVT-undervisning, sammensat af minimum 750 timers direkte undervisning og op til 150 timers besøg i institution med vejledning i AVT inden en certificeringseksamen (undervisning ved Lone Percy-Smith, 2014; AG Bell, 2012). Det krav ville for halvdelen af de danske av-praktikere givetvis være et årelangt projekt at opnå. Hvis disse professionelle underviste præcis 1 time hver uge i 52 uger på et år, ville det tage omkring 14 år at opnå timekravet inden en mulig certificeringseksamen. De formelle krav inden en eventuel certificeringseksamen i AVT er her blot skitseret som en ramme til at sammenholde dansk AVT-praksis med den metode, som praksis udspringer fra – her evalueret i forhold til timetal.

Certificeringsprocessen som leder frem til titlen AV-terapeut for en professionel kan sammenlignes med den overbygning, det kræver for en læge med en klinisk basisuddannelse at uddanne sig til speciallæge i oto-rhino-laryngologi¹². Denne specialisering består dels af praktisk kirurgisk uddannelse, såkaldt mesterlære, samt teoretisk uddannelse. For både den praktiske og den teoretiske del af uddannelsen til speciallæge er de kompetencer, som lægen skal opnå, formuleret som mål, disse kompetencer tilegnes i en løbende læringsproces, og størstedelen af bedømmelsen sker ved supervision (Sundhedsstyrelsen, 2007). I AVT gør det sig netop også gældende, at underviserens baggrund gerne både skal bestå af teoretisk og praktisk erfaring.

Det er problematisk, hvis familierne tror, at den undervisning, de tilbydes hos en professionel, som arbejder ud fra de 10 principper, lever op til samme krav, som der er til en certificeret AV-terapeut eksempelvis i form af krav til klinisk erfaring. Det er vigtigt, at professionelle uden certificering gør opmærksom på, at de benytter AVT-metoden og overholder metodens 10 grundlæggende principper, men ikke er certificeret AV-terapeut jf. Rhoades & Duncan

¹² Speciallæge i oto-rhino-laryngologi = øre-næse-hals-læge

(2011). Dette er nødvendigt for at undgå at AVT som metode udvandes og at familierne bliver taberne som følge heraf.

Spredningen i hvor mange timer den enkelte respondent arbejder med AVT om ugen kan formentlig delvist forklares med, hvilket arbejdssted respondenterne er ansat ved. Af Tabel 34 (side 104) ses der en tydelig tendens til, at de professionelle, som er ansat ved enten CI-centrene eller de regionale institutioner for hørehæmmede, underviser flest timer om ugen i AVT. De professionelle i PPR, der som udgangspunkt yder rådgivning og intervention indenfor både almen- og specialområdet i forhold til specialpædagogiske problemstillinger generelt, er de professionelle, som i mange tilfælde underviser i AVT i under 1 time om ugen. Data fra spørgeskemaundersøgelsen indikerer, at de arbejdssteder, hvor der tilbydes intervention målrettet gruppen af børn med høretab, også er de arbejdssteder, hvor de ansatte oftest arbejder ud fra AVT-metoden. I modsætning hertil er arbejdet i PPR, hvor der kan være længere imellem, at den enkelte professionelle skal varetage rådgivning og undervisning af et barn med høretab og dermed også anvende AVT-metoden.

Respondenternes erfaringsmæssige baggrund for at udøve AVT

Vores indledende og primære formål med spørgeskemaet var at afdække, hvordan der fastsættes mål i dansk AVT-undervisning. Ved gennemgangen af de afgivne svar på spørgsmålene i første og anden spørgeblok blev det klart for os, at respondenternes praktiske og teoretiske AVT-erfaringer (udgangspunktet for målfastsættelsen) i høj grad varierede fra respondent til respondent. Således blev disse spørgeblokkes indhold genstand for diskussion. Vi vil i dette afsnit derfor diskutere, hvordan respondenternes forskellige AVT-baggrund kan have indflydelse på, hvordan de fastsætter mål. Vi har valgt at afdække respondenternes viden om og erfaring med AVT ud fra svarmulighederne mentorordning og kurser. Dette valg er truffet, da vi har vurderet, at disse to svarmuligheder dels dækker den officielle vej til AVT (mentorordning) og dels dækker den type erfaring, som alle respondenterne har til fælles (kurser).

Samtlige respondenter i vores undersøgelse oplyste, at de har opnået erfaring med AVT via kurser. Af Tabel 7 (side 68) ses det, at der er en stor variation i, hvad disse kurser har indbefattet. Særligt det store spænd i kursernes varighed er værd at bemærke. Timetallet må angiveligt have indvirkning på udbyttet af kurserne - særligt på dybden og bredden af den AVT-

viden, det er muligt at opnå indenfor en tidsramme, der varierer fra 24 til 225 timer. Kurserne har været afholdt i byer fordelt over det meste af Danmark (fx Aalborg, Gjern, Aarhus, København og Nyborg). Endvidere har kurserne været afholdt i forskellige regi, fx ved Københavns Universitet, Vestdansk Center for CI, VIA i Aarhus (University College) og UCC København (Professionshøjskole). Dette betyder, at mange professionelle fordelt over hele landet og ved forskellige institutioner har fået kendskab til AVT-metoden via kurser. Dog har størstedelen af respondenterne suppleret deres kursusdeltagelse med andre former for AVT-uddannelse. Derfor er det svært at sige noget entydigt om, hvilken indvirkning kursernes tilrettelæggelse og længde har på den enkelte professionelles anvendelse af AVT. Men ifølge Rhoades (2010) i Jensen & Percy-Smith (2011) er der så meget desto mere grund til at videreudvikle og styrke det samlede danske AVT-uddannelsesstilbud: “[...] there may be inconsistencies among practitioners... AVT sessions implemented by different practitioners need to be examined for uniformity and differences... Until such time, an assumption of equality in quality is presumptive” (Jensen & Percy-Smith, 2011; p. 21).

8 respondenter (n=27) svarer, at de er i et mentorforløb. Derfor antager vi her, at disse er i gang med en 3-årig mentorordning, hvori der er specifikke krav til forløbets indhold (jf. Afsnit 2.8.6). Det må formodes, at disse specifikke krav til bl.a. overværing af erfarne AV-terapeuters undervisning, supervision af korrekt anvendelse af AVT-teknikkerne og principperne samt faglig sparring, er med til at sikre en mere kvalificeret og ensartet anvendelse af AVT blandt professionelle. Dette er vigtigt for at sikre, at når et barn tilbydes AVT, så er indholdet i AVT-forløbet ikke i samme grad afhængig af hvilken professionel som udøver metoden. I Sundhedsstyrelsens retningslinjer (2012) påpeges det at der skal være konsensus mellem tilbuddet om initial ambulant auditiv efterbehandling og de 10 AVT-principper. Yderligere påpeges det i retningslinjerne at AVT-undervisningen skal varetages af professionelle med erfaring og kompetence i AVT. Det er således vigtigt, at der sikres et højt kompetenceniveau blandt de danske av-praktikere, samt konsensus på området. Dette vil formentlig tillige lette udveksling af elever fra eksempelvis CI-center til PPR og det monofaglige samarbejde i denne forbindelse. I sidste ende vil dette også sikre aftagerne af AVT-undervisningen, at den habilitering, de får, er AVT og ikke blot anvendes som et hult begreb eller et *buzzword*.

I spørgeskemaundersøgelsen viste det sig via spm. 19, at over halvdelen af de professionelle (16; n=27) selv efterspørger en form for konsensus på AVT-området: ”Jeg synes, at

det er en god idé hvis danske AVT-praktikere i fællesskab udarbejder nogle retningslinjer for god praksis for målfastsættelse i AVT, så der opnås større ensretning på området". Relativt stor tilslutning (7; n=27) var der også til udsagnet: "Jeg kunne godt bruge inspiration fra andre AVT-praktikere til hvilke udviklingsskalaer og/eller testnormer, de anvender til målfastsættelsen i deres AVT-undervisning". Tilslutningen til begge disse udsagn viser, at de professionelle har et ønske om ved hjælp af fælles erfaringer og viden at opnå konsensus på et af kerneområderne indenfor AVT-metoden, nemlig målfastsættelsen. Denne store vilje til at ville forbedre egen praksis indenfor metodens rammer kan formodentlig være en del af løsningen på, hvordan metoden og dens anvendelse i en dansk kontekst kan opnå en større konsensus. Dette ville være et skridt på vejen mod kvalitetssikring af metoden og dens indhold til gavn for både udøvere og ikke mindst aftagere af metoden. I den sammenhæng påpeger Jensen (2010) en meget vigtig pointe, og det er, at "Forskelle i brug af AVT primært er problematiske, hvis de har konsekvenser for udbyttet." (Jensen, 2010; p. 112). Det har indenfor specialets rammer ikke været muligt at undersøge udbyttet af undervisningen, men dette vil være et oplagt og nødvendigt næste skridt i vurderingen af dansk AVT-praksis.

Af dette afsnit ses det, at de danske av-praktikeres meget forskellige veje til AVT jf. spørgeskemaets spm. 5 medfører, at der i Danmark på nuværende tidspunkt ikke findes en gylden standard for området. Dette på trods af, at efterbehandling med AVT indgår i Sundhedsstyrelsens "Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark - udredning, operation, efterbehandling og monitorering." (2012). Det varierende grundlag for at udøve AVT og fastsætte mål indenfor metodens rammer er et afgørende resultat i sig selv. Dette må formodes at medføre, at AVT-metoden som begreb i dansk sammenhæng dækker over flere forskellige måder at anvende metodens principper på. At der ikke er konsensus blandt de professionelle på AVT-området må gøre det vanskeligt for aftagerne – her særligt forældrene – at forholde sig til, hvad det er for et tilbud, de og deres barn indgår i, og hvilken effekt de kan forvente af habiliteringsformen.

Efter gennemgangen af respondenternes forskellige udgangspunkter for, at udøve AVT, vil de følgende afsnit omhandle hvordan disse forskellige udgangspunkter influerer på, hvor ofte og til hvem AVT anvendes. Desuden fokuseres der på hvad respondenterne fremhæver som det vigtigste element i AVT, samt hvordan der fastsættes mål i respondenternes AVT-undervisning.

Hvor ofte og til hvem anvendes AVT

At der ikke ses nogen entydige tendenser i respondenternes besvarelser på spm. 8, 9 og 10 kan skyldes den manglende konsensus på landsplan; både om intervallet, hvormed der udføres AVT, og hvem der er målgruppen. En anden mulighed er, at de danske av-praktikere bevidst tilpasser undervisningen det enkelte barn og families behov. Frekvensen af undervisningen kan i sidstnævnte tilfælde for eksempel afhænge af barnets vanskeligheder og forældrenes ressourcer. Det er dog i sådanne tilfælde vigtigt altid at have alle 10 principper med i sine tilpasninger og overvejelser om disse. Ud fra de kvalitative kommentarer, som respondenterne har afgivet i forbindelse med spm. 25 (se Oversigt 3, side 93), har vi udvalgt to eksempler, som repræsenterer forskellige former for individuelle tilpasninger. En respondent kommenterer således: *”Min overbevisning er at man skal se på hele barnet og man skal have alle aspekter med ind over. Derfor bruger jeg i mit arbejde også kun dele af AVT sættet og tilpasser det til hvert enkelt barn og familie. Målfastsættelse kan give mig sigtepunkter og være en god hjælp.”* En anden respondent har følgende kommentar: *”Der er forskel på omfanget af mål alt efter hvilken familie jeg underviser. Nogle forældre magter ikke så mange mål af gangen som andre gør. / Nogle børn udvikler sig hurtigere end andre.”* Begge kommentarer bærer præg af den individuelle tilpasning, men førstnævnte kommentar er i direkte uoverensstemmelse med kravet om, at alle 10 AVT-principper skal overholdes, for at undervisningen må karakteriseres som AVT-baseret.

Diversiteten i respondenternes svar på spm. 8, 9 og 10 afspejler også den metodefrihed, der er tilladt på området, så længe alle 10 AVT-principper overholdes. Metodefriheden kan dog blive problematisk, hvis den hen ad vejen medfører, at selve AVT-metoden og princippernes forskrifter fortolkes alt for frit. Dette kan for eksempel ske ved, at man som professionel kun anvender dele af metoden eller eventuelt blander metoden med andre metoder og tiltag. På den måde risikeres det at aftagerne (barnet og forældrene) sættes mellem to stole og AVT-metoden udvandes.

Udgangspunkt for målfastsættelse

De professionelle, der deltog i vores spørgeskemaundersøgelse, bruger en bred vifte af tiltag som udgangspunkt for målfastsættelsen. Som beskrevet i Afsnit 2.9 er et af de vigtige perspektiver i målfastsættelsen at fastlægge barnets nuværende funktionsniveau (McSweeney & Steacie, 2012). Da fastlæggelse af funktionsniveau må forudsættes at være en del af basis i ethvert hørepædagogisk interventionsforløb, formoder vi, at respondenterne afdækker dette i forbindelse med initiering af

forløb med AVT. De professionelle i vores undersøgelse oplyser, at de bruger både standardiseret og ikke-standardiseret testning, observationer i praksis, zonen for nærmeste udvikling, diagnosticerende undervisning og viden om barnets auditive, sproglige og kognitive udvikling som udgangspunkt for målfastsættelsen.

19 (n=26) respondenter bruger standardiseret testning som udgangspunkt for målfastsættelsen. Af de 5 (n=26) som har oplyst, at de ikke tager udgangspunkt i standardiserede materialer, har én professionel følgende uddybende kommentar: *"Jeg tester ikke med standardiserede test, da dette bliver gjort på CI-centrene."* En anden professionel uddyber på lignende måde: *"Det er som skrevet tidligere ikke mig, som laver AVT-undervisningen. Hvis jeg skulle sætte mål for AVT-undervisningen ville jeg gøre det ud fra de observationer jeg har omkring barnet, samt zonen for nærmeste udvikling."* Der kan være mange faktorer, som spiller ind på, hvorfor standardiseret testning ikke foretrækkes eller anvendes. Mulige faktorer i denne formodentlig multifaktuelle forklaring kunne være, at størstedelen af de standardiserede materialer ikke er danske, at den professionelle ikke selv sætter mål for undervisningen (jf. kommentarerne herover), eller at den professionelle anvender det aktuelle barn som sin egen "kontrolperson" (sammenligner barnet med barnet selv i stedet for at udgå fra standardiserede materialer). Se yderligere diskussion af materialevalg til målfastsættelse i Afsnit 5.2.2.

De mange forskellige udgangspunkter, som respondenternes målfastsættelse udspringer fra, kan skyldes de fortolkningsmuligheder, som ordlyden af Princip 9 åbner for: *"Administer ongoing formal and informal diagnostic assessments to develop individualized Auditory-Verbal treatment plans, to monitor progress and to evaluate the effectiveness of the plans for the child and family"*. Ud fra Princip 9's ordlyd vil den enkelte professionelle umiddelbart kunne benytte sig af de udviklingsskalaer, testnormer eller andre former for vurderingsværktøjer og teorier, som de føler sig mest trygge ved eller har adgang og kendskab til på arbejdspladsen. anbefalinger fra underviseren, supervisoren eller mentoren i forbindelse med deres AVT-uddannelse kan også have indflydelse.

Det vigtigste element i AVT: forældreinddragelse

Adspurgt om det vigtigste element i AVT fremhæver 25 respondenter (n=27) *forældrene* og *forældreinddragelsen*. Dette kan stilles i kontrast til Percy-Smith *et al.*'s undersøgelse (Percy-Smith, L., Busch, G. W., Sandahl, M., Nissen, L., Josvassen, J. L., Bille, M., Lange, T., & Cayé-Thomassen, P., 2012), hvor bare 63 % af forældrene i Østdanmark og blot 29 % af forældrene i Vestdanmark blev inddraget i undervisningen. Der ses altså diskrepans mellem Percy-Smith *et al.*'s fund og de udsagn om forældreinddragelse, der forekommer i vores spørgeskema ved spm. 11. Vi vil her diskutere, hvad der kan være forklaringerne på denne diskrepans. Vores spørgeskemaundersøgelse undersøger de professionelle udførelse af og holdning til metoden, mens Percy-Smith *et al.*'s undersøgelse afdækker forældrenes oplevelser med habilitering af deres børn ud fra AVT-metoden. I vores undersøgelse tilkendegiver 26 (n=27) respondenter, som selv fastsætter mål, at de delagtiggør forældrene i målsætningerne mundtligt, mens 23 respondenter (n=27) nævner, at de delagtiggør forældrene skriftligt i målsætningerne. Yderligere 23 respondenter (n=27) har svaret, at de bruger målsætningerne som vejledning til forældrene. Disse data viser umiddelbart en tendens til, at respondenterne udleverer og anvender målsætningerne som retningslinjer til forældrene. Det er et skridt videre end vores undersøgelse at afdække om forældrene i praksis inddrages i AVT-forløbet udover denne delagtiggørelse.

Det er væsentligt, at afdække forældrenes muligheder for rent praktisk at deltage i AVT-undervisningen, da AVT ikke er AVT uden forældreinddragelse. Som nævnt i baggrundsafsnittet (Afsnit 2.8.4) indledes 6 ud af de 10 obligatoriske principper med formuleringen "*Guide and coach parents..*". Dette lægger i høj grad op til, at de mål som fastsættes af den professionelle i undervisningen, skal implementeres i børnenes hverdag af forældrene, således at den auditive sans og sprogudvikling sikres for barnet jf. retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen (2012). Da de danske professionelle almindeligvis arbejder i tidsrummet 8-16, er det derfor typisk i dette tidsrum at AVT-undervisningen tilbydes. Som fremhævet i baggrundsafsnittet (Afsnit 2.8.3), er det almindeligt i Danmark, at begge forældre er på arbejdsmarkedet og samlet set deltager danske kvinder mere på arbejdsmarkedet end mange andre europæiske kvinder, hvilket i nogle tilfælde kan gøre det svært, at deltage i AVT-undervisningen.

Af spm. 8 ses det, at omkring halvdelen af respondenterne (14; n=29) gennemfører AVT-sessions hver eller hver anden uge. Denne hyppighed i undervisningen må afgjort stille krav til den professionelle om, at kvaliteten i og udbyttet af undervisningen skal være høj og formålet klart, for at fuldtidsarbejdende forældre indgår. Konkrete mål med klare formål er vigtige i denne

sammenhæng. Yderligere skal disse følges op af en grundig indføring i, hvordan AVT-teknikker anvendes, så målene kan øves i en travl hverdag. Dette er essentielt for at få forældrene som medspillere i forløbet. Det er interessant, at netop elementet forældreinddragelse umiddelbart opleves forskelligt af de professionelle og aftagerne af metoden, nemlig forældrene.

Målfastsættelse – frekvens og opfølgning

I dette afsnit vil udfaldet af de 4 spørgsmål, som omhandler frekvensen af målfastsættelsen og opfølgningen af disse målsætninger, blive diskuteret. Der var stort set lige mange respondenter som i forhold til frekvensen af målfastsættelsen har tilkendegivet, at de opstiller langtidsmål (16; n=26), at de laver mål for hver undervisningsgang (20; n=26), og at de opstiller mål i takt med barnets udvikling (17; n=20) (spm. 14). Denne ret ligelige fordeling af respondenternes svar gør, at der ikke ses nogen tydelige tendenser i forhold til frekvensen af målfastsættelsen. Der var stor variation i intervallet, hvormed der blev opstillet langtidsmål - med et spænd fra hver måned til hvert halve år. Forklaringen på denne variation kan formodentlig findes i de uddybende kommentarer fra respondenterne, hvor flere fokuserer på, at det afhænger af status for det enkelte barn, herunder alder og udviklingsstadiet. Yderligere kan variationen formodentlig påvirkes af personlige erfaringer med, hvilket interval som plejer at fungere bedst, eller hvad respondenterne selv er blevet undervist i angående frekvens for langtidsmål.

Ved besvarelsen af spm. 15 ("*Hvad bruger du målsætningerne i AVT-undervisningen til?*") ses en svag tendens til, at respondenterne har fokus på forældrene i målfastsættelsessammenhæng, da 23 respondenter (n=26) svarer, at de bruger målene som vejledning til forældrene. Samtidig tilkendegiver samme antal respondenter, at de forventer, at forældrene og barnet arbejder med målene derhjemme. Dette harmonerer godt med den centrale rolle, som forældrene har i forbindelse med ordlyden af de 10 obligatoriske principper og i implementeringen af målene i hverdagen. At mange respondenter (19; n=26) desuden svarer, at de bruger målene i selve undervisningssituationen, peger i retning af at målsætningerne anvendes aktivt og formodentlig kan bruges som et værktøj for de professionelle til at fokusere AVT-sessionen mod at opnå de mål, som der i fællesskab arbejdes mod. De 13 respondenter (n=26) som svarer, at de selv bruger målene i tilrettelæggelsen af AVT-undervisningen, understøtter denne tendens til, at målsætningerne anvendes som et styringsværktøj. En respondent beskriver, hvordan brugen af målsætninger indvirker på AVT-undervisningen: "*At der arbejdes struktureret ud fra faste*

mål som tager udgangspunkt i den normale sproglige udvikling. At det er forældrene der er i fokus og at de igennem AVT tager ansvar for deres børns auditive og sproglige udvikling. / At der er en plan med hver session og at det ikke "bare" er leg."

Områder der sættes mål indenfor

Spørgeskemabesvarelsene viste, at 12 af respondenterne (n=25) opstiller mål indenfor alle seks områder nævnt i Princip 7: *hørelse, lytning, kognition, sprog, tale og kommunikation*. Et interessant resultat i den forbindelse er, at målfastsættelse indenfor området *lytning* udelades af 8 af respondenterne (n=25). Dette kan bero på, at *hørelse* og *lytning* på dansk, som begreber, ikke adskiller sig i samme grad som de tilsvarende engelske begreber *hearing* and *listening*, som tilsammen udgør området *audition*. Der findes ikke et begreb på dansk, som helt dækker betydningen af ordet *audition*. Hørelse bør oversættes og forstås som værende hørbart/detekteret, mens lytning bør oversættes og forstås som identificeret. Med andre ord kan man sige, at hørelsen for det hørehæmmede barn gerne skal være skabt ved hjælp af høreteknologien, og derefter skal barnet lære at lytte. Områderne hørelse og lytning er altså i AVT-sammenhæng to ganske individuelle områder, og målfastsættelse indenfor begge områder er nødvendig for at opfylde metodens 7. princip: "Guide and coach parents to use natural developmental patterns of audition, speech, language, cognition, and communication" (AG Bell, 2007).

5.2.2 Udviklingsskalaer og testnormer

Forskningsspørgsmål nr. 2: ”Hvilke udviklingsskalaer og testnormer anvendes af danske av-praktikere til at fastsætte mål, og i hvilken udstrækning?” danner grundlaget for følgende diskussion af respondenternes anvendelse af henholdsvis testnormer og udviklingsskalaer. I resultatafsnittet (Afsnit 4.2, side 85) findes Tabel 24, som giver et overblik over materialernes egenskaber. Denne tabel indgår som en del af baggrunden for denne diskussion af materialevalg til målfastsættelsen.

Respondenternes besvarelser viste, at der anvendes mindst 34 forskellige udviklingsskalaer og testnormer til målfastsættelse i dansk AVT-praksis (de 11 materialer som er nævnt i Tabel 21, side 82, plus yderligere 23 tilføjet af respondenterne selv). Antallet af forskellige materialer der anvendes i dansk AVT-undervisning indikerer, at materialevalget til målfastsættelsen tilsyneladende beror på hver enkelt professionelles egen subjektive vurdering. Dette må øjensynligt medføre en stor diversitet i målfastsættelsen i dansk av-praksis. Det heterogene billede, der tegner sig af målfastsættelsen i dansk av-praksis ud fra respondenternes besvarelser tyder på, at der mangler en landsdækkende konsensus på området. Den varierende mængde og kvalitet af AVT-erfaring blandt respondenterne, må formodedes at være en af forklaringerne på den store variation i materialevalget til målfastsættelsen. Når der ikke er findes ensretning på området på nuværende tidspunkt, er det svært, at lave effektundersøgelser af dansk av-praksis. Samtidig er det umuligt for modtagerne af AVT-undervisningen at vide, hvad de kan forvente sig af den tilbudte undervisning i forhold til indhold og kvalitet af undervisningen. Vores undersøgelses resultater antyder dermed, at der er et behov for kvalitetssikring af dansk av-praksis Dette vil blive omtalt yderligere i perspektivering (Afsnit 7).

Udviklingsskalaer

Hvad angår udviklingsskalaerne, så er 4 af de 7 i svarkategorierne til spm. 17 engelsksprogede og ikke baseret på danske børn. *Bzoch-League's Impressive-Ekspressive Sprogudviklingsskala* er oversat til dansk men er ligeledes heller ikke baseret på danske børns udvikling. *Lytte- & sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år* og *Oversigt over motorisk, sproglig og kognitiv udvikling* er to dansksprogede udviklingsskalaer, men hvor milepælene i disse to stammer fra vides ikke (se Tabel 24, side 85). Ifølge personlig kommunikation med Lone Percy-Smith (2014) er det et generelt problem at opnå information om, hvor udviklingsskalaerne stammer

fra, og hvilket grundlag de bygger på. Eksempelvis er *Sound Foundation for Babies* stykket sammen af flere forskellige skalaer, men hvad disse i bund og grund bygger på er uvist, ifølge Lone Percy-Smith (personlig kommunikation, februar, 2014).

Detaljeringsgraden af udviklingsskalaerne er meget varierende, og forventningsniveauet til hvad børnene skal kunne ved et givent alderstrin er ligeså varierende afhængigt af, hvilken nationalitet de børn har, som udviklingstrinene er baseret på. Lone Percy-Smith påpeger, at hun har bemærket en tendens til, at der sættes lavere forventninger til danske børn end eksempelvis til amerikanske (personlig kommunikation, februar, 2014). Det er derfor vigtigt, at den enkelte av-praktiker er opmærksom på forskelle i detaljerings- og forventningsniveau, så det for eksempel undgås, at et barns mål bliver sat enten urealistisk højt eller urealistisk lavt.

Udviklingsskalaer med lavere detaljeringsgrad, fx *Oversigt over motorisk, sproglig og kognitiv udvikling*, kan og bør desuden kun anvendes til en grov skimning af barnets udvikling og bør suppleres med andre mere detaljerede materialer. Med overvejelserne omkring detaljeringsgrad og forventningsniveau er det slående, at 3 respondenter ifølge deres egne besvarelser udelukkende anvender udviklingsskalaer i målfastsættelsen - og ingen testnormer. Det er også påfaldende, at den ene respondent kun anvender "*Lytte- & sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år*", den anden kun "*St. Gabriel's Curriculum*" og den tredje anvender henholdsvis "*Oversigt over motorisk, sproglig og kognitiv udvikling*" samt "*Lytte- & sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år*".

Ifølge Lone Percy-Smith (personlig kommunikation, februar, 2014) lærer forældrene at være diagnostiske, når de involveres i anvendelse af udviklingsskalaer som eksempelvis *St. Gabriel's Curriculum*. Dette er en stor fordel ved udviklingsskalaer sammenlignet med testnormer, og med dette in mente er det også bemærkelsesværdigt, at nogle af respondenterne slet ikke anvender udviklingsskalaer i målfastsættelsen i deres av-praksis (se afsnittet om testnormer nedenfor). At lære forældrene at være diagnostiske er en yderst vigtig færdighed, for så kan forældrene selv deltage i dele af den løbende evaluering af deres barn, som foreskrives i Princip 9. Denne form for forældreinddragelse er et af kerneelementerne i AVT (jf. Afsnit 2.8.3) og beskrives også i de kvalitative kommentarer til spm. 11 om det vigtigste element i AVT: "*Forældrene er de vigtigste aktører i AVT og det er vores fornemmeste opgave at klæde dem på til at være tovholdere for deres barns auditive og talesproglige udvikling. Undervisningen SKAL være bæredygtig også*

uden for kontorets fire vægge”, “At min opgave er at overleverer alt min viden til forældrene og at barnet på den måde har mulighed for at bliver stimuleret i alle barnets vågne timer” og “At forældrene deltager og kan videreføre de viste programmer til deres hverdag”.

I respondenternes besvarelser til spm. 17 og spm. 18 sås en tendens til, at respondenterne fra CI-centrene anvendte flere engelsksprogede materialer, særligt udviklingsskalaer og forælderreporteringsskemaer, mens respondenter fra PPR og regionale institutioner for hørehæmmede anvender flere danske materialer, hovedsageligt forskellige test af sproglige færdigheder. I projektrapporten fra Decibels aktuelle forskningsprojekt om afprøvning af AVT i Danmark har de udarbejdet et testbatteri, der lægger sig op ad de test, som anvendes internationalt (Decibel, 2013). De fire udøvende av-praktikere i forskningsprojektet er audiologopæder på henholdsvis Østdansk og Vestdansk CI-center, så denne implementering af international AVT-praksis kan afspejle den generelle holdning på CI-centrene. Dette vil også kunne forklare, hvorfor respondenterne fra CI-centrene, i vores undersøgelse, i særligt høj grad satte kryds ved de engelsksprogede udviklingsskalaer samt tilføjede yderligere engelsksprogede materialer til spm. 18. Disse tendenser og overvejelser omtales yderligere i Afsnit 5.2.3, som omhandler anvendelsen af udenlandske materialer til målfastsættelses-sammenhæng.

Testnormer

I vores empiriske undersøgelse svarede 26 respondenter (n=27) ja til, at de sætter mål i deres AVT-undervisning (spm. 12). De to materialer som flest respondenter nævnte, at de anvender til målfastsættelse, er *Reynell* og CELF-4. Både *Reynell* og CELF-4 har danske normer, hvorimod den sidste af de tre testnormer på listen, Bayley-III, kun har amerikanske normer. Det står dermed klart, at de to mest anvendte materialer til målfastsættelse er testmaterialer med danske normer. Bayley-III er der kun 4 respondenter (n=27), der anvender, men alle disse bruger den supplerende sammen med en række andre materialer, hvilket må anses for at være tilrådeligt, så målfastsættelsen ikke udelukkende baseres på normer fra udenlandske børn.

I spm. 18 blev respondenterne bedt om, at notere hvis de anvender andre materialer til målfastsættelse i AVT-undervisningen end de prædefinerede i svarkategorierne. Vi bemærkede, at nogle af de test, som blev angivet i forbindelse med dette spørgsmål, ikke dækker nogle af de områder, der nævnes i Princip 7. For eksempelvis nævnes SIR (*Speech Intellegibility Rating*), som

er screening for taleforståelighed/-taletydelighed hos døve/hørehæmmede børn bedømt ud fra forældrevurdering (Percy-Smith, 2006). Samtidig er brugen af denne i uoverensstemmelse med AVT-princippet om, at al målsætning skal ske ud fra mål for normal sprogudvikling. I SIR-materialet er der ikke angivet alderskriterier, så målfastsættelse ud fra dette materiale synes ikke muligt. Et andet eksempel på en test, der er nævnt i en besvarelse til spm. 18, men som ikke er i overensstemmelse med AVT-tankegangen omkring målfastsættelse, er CAP (*Capacity of Auditory Performance*), som afdækker den auditive funktion i hverdagssituationer ud fra forældrenes vurdering på en otte-punkts-skala (Percy-Smith, 2006). Da disse to materialer fremkom i besvarelserne af spørgeskemaundersøgelsen, præsenteres oplysninger om materialerne først i denne resultatdiskussion og ikke i baggrundsafsnittet. I baggrundsafsnittet (Afsnit 2.9) påpegede Rotfleisch & Martindale (2012), at der almindeligvis ikke bør anvendes materialer med særlig hensynstagen til børn med høretab i AVT-forløb, hvilket ligeledes opponerer mod brugen af henholdsvis SIR og CAP i målfastsættelsen. Hvis barnet har andre konkurrerende diagnoser til høretabet, så bør der dog ikke sættes mål ud fra normaludviklingen. Størstedelen af de materialer, som respondenterne selv nævner, at de anvender i målfastsættelsen, er dog baseret på naturlige udviklingsmønstre. Dette tyder på, at de fleste respondenter anvender normaludvikling som udgangspunkt for målsætning som foreskrevet i Princip 7.

Ved nærmere gennemgang af hver individuel spørgeskemabesvarelse fremgik det, at 8 respondenter (n=26) udelukkende anvender testnormer i målfastsættelsen og ingen udviklingsskalaer. Dette kan være problematisk, da testnormer baseres på resultater fra kunstige testsituationer, i hvilke det kan være svært at elicitere naturlig respons fra små børn (McSweeney & Steacie, 2012) jf. Afsnit 2.9.2. I baggrundsafsnittet blev det ligeså beskrevet, at en generel kritik af blandt andet sprogtests, at de ikke bidrager med reliabel og valid information om et barns sproglige færdigheder (Muma & Perigoe, 2010). Udviklingsskalaer har derimod en stor fordel ved at milepælene heri er baseret på, hvordan børn agerer og udvikler sig i deres naturlige omgivelser. Som påpeget i baggrundsafsnittet kræves det sædvanligvis dog ofte af de professionelle, at de kan rapportere om barnets færdigheder ud fra normbaserede testscore og andre kvantitative målinger (Muma & Perigoe, 2010). Netop testnormer er meget anvendelige til at påvise eventuel fremgang i barnets udvikling, således at det kan måles, om det hørehæmmede barn er ved at mindske spændet mellem hørealders og kronologisk alder (Rotfleisch & Martindale, 2012). At anvende udviklingsskalaer og testnormer som gensidige supplementer må derfor være at foretrække til

afdækning af intrapersonel udvikling indenfor områderne fra Princip 7. Dette stemmer overens med et citat fra Afsnit 2.9.2, hvori McSweeney & Steacie ligeledes foreslår, at der anvendes en kombination af standardiserede tests og udviklingsskalaer. I citatet fremhæves desuden nogle af de udviklingsskalaer, som visse af vores respondenter nævnte, at de anvender i målfastsættelsen i deres AVT-praksis (*Integrated Scales of Development, Cottage Acquisition Scales of Listening* og *St. Gabriels Curriculum*).

Da de fleste normbaserede, standardiserede tests kun bør anvendes en gang årligt, er det meget vigtigt at have et varieret materialeudvalg (Rhoades, 2012) jf. Afsnit 2.9.2. Sammenholdt med ovennævnte overvejelser omkring brugen af henholdsvis testnormer og udviklingsskalaer er det tankevækkende, at hver respondent i vores undersøgelse i gennemsnit kun nævner 3 forskellige materialer til målfastsættelse - med et spænd fra 0 til 11 anvendte materialer pr. respondent.

Da der er så stor variation i, hvilke materialer vores respondenter anvender i deres AVT-praksis, kunne det have været interessant at høre respondenternes begrundelser for valg af materiale til målfastsættelsen, for eksempel om de har fokus på testnormernes grundlag, og om de bevidst vælger mellem udviklingsskalaer og testnormer.

5.2.3 Anvendelse af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer samt holdning hertil

Dette afsnits diskussionsområde baseres på problemformuleringens tredje spørgsmål: ”Hvad er holdningen blandt danske av-praktikere til anvendelsen af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer til at fastsætte mål for danske førskolebørn med hørenedsættelse?”

Vi har overvejet, om den øgede anvendelse af udenlandske udviklingsskalaer på CI-centrene kan have en sammenhæng med at have indgået i en mentorordning ved en certificeret AV-terapeut. Dette skal sammenholdes med, at ingen respondenter i spm. 19 tilkendegav, at de foretrækker at bruge udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer, og derfor kunne den øgede anvendelse af udenlandske udviklingsskalaer på CI-centrene tænkes at være igangsat udefra, fx i kraft af en mentor. Det kunne tænkes, at de pågældende udenlandske mentorer har anbefalet udviklingsskalaer og testnormer til anvendelse i målfastsættelsen. På CI-centrene har en højere procentdel af de ansatte deltaget i en mentorordning sammenlignet med ansatte ved henholdsvis PPR, regionale institutioner for hørehæmmede og audiologiske afdelinger. Dette kan indikere en forklaring på, hvorfor de professionelle ved CI-centrene i højere grad end ved de andre institutioner anvender de førnævnte udenlandske udviklingsskalaer. For at undersøge dette nærmere har vi fået lov til at gennemgå en samling materialer, som er blevet udleveret i forbindelse med to mentorforløb ved certificerede AV-terapeuter. De materialer, som de to professionelle i hver deres aktuelle mentorforløb var blevet henvist til af deres respektive mentorer, indbefattede *St. Gabriel's Curriculum*, *CASALS Presentence samt Simple Sentence Level*, *Age-Related Development*, *Expressive Vocabulary Chart*, *Mean Length of Utterance Chart*, *Vocabulary Count* og *Receptive Vocabulary Chart*. Dette er blot et eksempel på to mentorers materialehenvisninger og skal derfor ikke fremhæves som guldstandard men nærmere illustrere, hvordan materialesammensætningen kan se ud i et mentorforløb ved en certificeret AV-terapeut. Som det ses i listen er alle materialer, som forventet udenlandske, hvilket understøtter vores hypotese om at mentorforløb kan påvirke om en professionel anvender udenlandske skalaer eller ej.

Som citeret i Afsnit 2.9.3 efterspørger Rødsgaard-Mathiesen & Haven (2007) dansk grundforskning i sprogtilegnelse, hvilket ifølge dem ville lette målsætningsarbejdet i dansk AVT-praksis. Disse to danske av-praktikere, som selv udbyder danske kurser med indføring i AVT til andre professionelle, lægger op til, at der mangler danske materialer til vurdering af børnenes udvikling og til at tage udgangspunkt i ved målfastsættelse. Netop denne mangel på danske

materialer må medvirke til, at udenlandske udviklingsskalaer og testnormer anvendes i målfastsættelsen.

Generelt fandt vi en tendens til, at størstedelen af respondenterne foretrækker at anvende danske materialer til målfastsættelsen, samtidig med at de gør opmærksom på, at der mangler relevante danske udviklingsskalaer og testnormer. Dette må stille de danske professionelle i et dilemma, da målsætningerne som bekendt skal være baseret på noget. Som situationen er på nuværende tidspunkt, ser vi følgende muligheder: Enten anvender man som professionel de tilgængelige udenlandske udviklingsskalaer og testnormer uden modificering, alternativt tilpasser man opgaver og normer til danske forhold. Begge scenarier kan dog medføre, at resultatet af de mål, som er sat, ikke harmonerer med det udviklingsniveau, hvor barnet burde befinde sig.

Dette dilemma afspejles yderligere i respondenternes uddybende kommentarer i spørgeskemaundersøgelsen, hvor en respondent har denne kommentar til problemstillingen: *”Ved anvendelse af de udenlandske udviklingsskalaer, skal man altid bruge sin sunde fornuft i forhold til at det er det danske sprog vi arbejder med. Derudover skal man have indgående viden om dansk fonologi og fonetik. Langt hen ad vejen kan man overføre fra de engelske skalaer uden de store problemer, men ikke altid, og her kunne det være skønt med noget mere dansk forskning indenfor den normale fonologiske udvikling hos børn”*. I kommentaren fremhæver respondenterne nogle af de faldgruber, som der kan opstå ved anvendelse af i anvendelsen af de udenlandske materialer. Som beskrevet i baggrundsafsnittet er det i denne forbindelse vigtigt at understrege, at man ved anvendelsen af udenlandske normer risikerer *bias* (Afsnit 2.9.3), da uddannelsesmæssige og kulturelle forskelle kan påvirke præstationsniveauet. Endvidere kan betydning og sværhedsgrad af indholdet i materialet ændres ved oversættelse til et andet sprog end det originale.

5.2.4 Afrunding af resultatdiskussionen

Respondenternes svar på spørgeskemaundersøgelsen vidner om gennemgående variation i målfastsættelsen i dansk AVT-praksis. Der ses variationer på alle niveauer lige fra udgangspunktet for målfastsættelsen, til hvordan og hvor ofte AVT-metoden anvendes i praksis, og hvordan der følges op på målsætningerne. I materialevalget til målfastsættelsen ses også en betydelig diversitet. Diversiteten i målsætningsarbejdet har været omdrejningspunktet for ovenstående diskussion af resultater.

Et yderligere diskussionspunkt i afsnittet var respondenternes holdning til og anvendelse af udenlandske skalaer i dansk AVT-praksis. Respondenterne foretrækker at anvende danske materialer til målfastsættelsen men oplever, at der mangler relevante danske materialer. Der ses samlet et behov for ensretning og kvalitetssikring af hele AVT-området samt yderligere et behov for udvikling af brugbare danske materialer, således at basis for målfastsættelsen ikke leder til falsk positive eller falsk negative resultater forstået på den måde, at der enten sættes for høje eller for lave mål på grund af eksempelvis kulturelle og udviklingsmæssige forskelle landene imellem.

6. Konklusion

Målet med dette empiriske kandidatspeciale var at besvare spørgsmålene i problemformuleringen:

”Med hvilket formål fastsættes mål i dansk AVT-undervisning til førskolebørn med hørenedsættelse, og hvilke udviklingsskalaer og testnormer anvendes af av-praktikerne til at fastsætte disse mål? Hvad er holdningen blandt danske av-praktikere til anvendelsen af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer?”

Metoden hertil var en spørgeskemaundersøgelse, der blev besvaret af 27 udøvende danske av-praktikere. Resultaterne fra denne empiriske undersøgelse førte til nedenstående konklusioner på specialets problemformulering.

Med hvilket formål fastsættes mål i dansk AVT-undervisning til førskolebørn med hørenedsættelse

I forbindelse med besvarelsen af det indledende forskningsspørgsmål i vores problemformulering, om formålet med målfastsættelsen, fandt vi, at størstedelen af respondenterne anvender målene som vejledning til forældrene (23; n=26). Samtidig forventer de, at forældrene og barnet arbejder med målene derhjemme (23; n=26). Anvendelse af målene i selve undervisningssituationen blev også nævnt af mange respondenter som et af formålene med målfastsættelsen (19; n=26). Målsætninger bliver i mindre grad anvendt som en del af tilrettelæggelsen af AVT-undervisningen (13; n=26). Disse data indikerer, at målene spiller en stor rolle både indenfor og udenfor undervisningslokalet. Formålet med målfastsættelsen i dansk av-praksis er således rettet mod og til gavn for både forældrene, det hørehæmmede barn og av-praktikeren.

I undersøgelsen af formålet med målfastsættelsen i dansk AVT-undervisning fandt vi det relevant at undersøge, hvilke områder, de danske av-praktikere sætter mål indenfor. Spørgeskemabesvareelserne viste, at ca. halvdelen (12; n=25) af respondenterne som foreskrevet i de 10 grundlæggende principper opstiller mål indenfor følgende seks områder fra Princip 7: *hørelse, lytning, kognition, sprog, tale og kommunikation*. Målfastsættelsesområdet *lytning* blev oftest udeladt af de resterende respondenter (8; n=25).

Hvilke udviklingsskalaer og testnormer anvendes af av-praktikerne til at fastsætte disse mål?

Vi fandt, at *Reynell* er det materiale, der anvendes mest i målfastsættelsen i dansk AVT-praksis (20; n=27) efterfulgt af CELF-4 (8; n=27). De to mest anvendte materialer er altså test med testnormer.

Fordelingen af respondenternes besvarelser viste en relativt jævn spredning i anvendelsen af de øvrige udviklingsskalaer og testnormer. Vi fandt en stor variation i antallet af materialer anvendt af hver enkelt respondent, med et spænd på 0-11 og et gennemsnit på 3 anvendte materialer pr. respondent. Der blev yderligere fundet forskelle i, hvilke materialetyper hver respondent benytter sig af: En del anvender udelukkende testnormer i målfastsættelsen (8; n=27), et fåtal anvender kun udviklingsskalaer (3; n=27), mens de resterende respondenterne anvender en kombination af begge materialetyper (16; n=27). Langt størstedelen af de materialer, som respondenterne anvender i deres målfastsættelse, er baseret på naturlige udviklingsmønstre, hvilket kan være en indikation af, at de overholder dele af Princip 7, der udtrykker, at målfastsættelsen skal udgå fra normal udvikling.

Hvad er holdningen blandt danske av-praktikere til anvendelsen af udenlandske udviklingsskalaer og testnormer?

I undersøgelsen af danske av-praktikeres tanker omkring brugen af udenlandske materialer fandt vi særligt tre interessante tendenser: Omkring halvdelen af respondenterne foretrækker at bruge danske udviklingsskalaer og/eller testnormer til målfastsættelse (16; n=27), lidt over en tredjedel synes, at der mangler relevante danske udviklingsskalaer og testnormer (10; n=27), mens lidt under en tredjedel tilkendegiver, at de anvender udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer men ville foretrække en dansk oversættelse (8; n=27). Disse holdninger blandt de danske av-praktikere viser en tendens til og et ønske om at anvende danske materialer i målfastsættelsen. Men samtidig opleves der en mangel på relevante danske udviklingsskalaer og testnormer til brug i målfastsættelsen.

Vores datamateriale viser desuden en tendens til, at ansatte ved CI-centrene i større omfang end ansatte ved de øvrige arbejdssteder anvender engelsksprogede materialer i målfastsættelsen, særligt udviklingsskalaer og testnormer. Resultaterne viste endvidere, at respondenterne fra CI-centrene tegner sig som dem, der anvender flest forskellige materialer. Ansatte ved PPR og regionale institutioner for hørehæmmede synes ifølge spørgeskemabesvarelserne at foretrække danske materialer, i særdeleshed danske test med danske normer.

Øvrige resultater

På baggrund af vores empiriske undersøgelse kan vi konkludere, at der forekommer forskelle i måden, hvorpå der sættes mål i dansk AVT-praksis jf. ovenstående besvarelser af forskningsspørgsmålene i vores problemformulering. I specialets diskussion af metode fremhævede vi, at de adspurgte respondenter ikke alle var aktivt udøvende av-praktikere. Dette influerede på både svarprocentens størrelse, samt på visse respondenters besvarelsesgrundlag. Vi erfarede endvidere i vores empiriske undersøgelse, at respondenternes grundlag og baggrund for målfastsættelse i AVT er meget forskelligt, hvilket kan være medvirkende til denne diversitet. Samtidig blev der fundet en forholdsvis stor spredning i antal ugentlige AVT-undervisningstimer pr. respondent, hvoraf halvdelen af respondenterne underviser under 1 time i AVT om ugen. Disse varierende mængder af teoretisk og praktisk AVT-erfaring blandt de professionelle i undersøgelsen må givetvis være en forklaring på den store variation i udførelsen af AVT-metoden hvad angår målfastsættelse.

En sidste nævneværdig tendens er, at næsten alle respondenterne anser forældrene og forældreinddragelse for at være det vigtigste element i AVT-undervisningen (25; n=27), hvilket er i overensstemmelse med AVT-metodens grundlæggende tankegang. Det har dog ikke været muligt indenfor speciales rammer at afdække, om dette umiddelbare fokus på forældreinddragelse også medfører, at forældrene rent faktisk bliver inddraget i praksis.

Afrunding

Svarene på vores forskningsspørgsmål havde det til fælles ikke at have meget til fælles; altså ses der en bred variation indenfor feltet målfastsættelse i dansk AVT-praksis. Dette er dog et vigtigt resultat i sig selv med klare implikationer for praksis. Vores speciale viser altså et billede af en audiologisk rehabiliteringsmetode præget af stor diversitet. Konsekvenserne heraf og eventuelle løsninger herpå vil blive omtalt i perspektivering (Afsnit 7).

7. Perspektivering

I dette speciale har vi undersøgt en del af implementeringen og anvendelsen af AVT i dansk praksis, nemlig målsætningsarbejdet. Specialet fremhæver den problematik, at der er stor diversitet indenfor målfastsættelsesområdet; et område som udgør en vigtig del af indsatsen med AVT. Udover at have kortlagt hvordan målfastsættelsen udføres i dansk AVT-praksis, så har vores speciale tillige et prospektivt aspekt, da vi ønsker at belyse behovet for kvalitetssikring af dansk AVT-undervisning i fremtiden. Specialets relevans kommer til udtryk via data fra vores empiriske spørgeskemaundersøgelse, som indikerer, at der er brug for mere kongruens i AVT-tilbuddene til de hørehæmmede børn og deres forældre. Når de professionelle anskuer og udfører AVT-metoden med så stor variation, må det formodes at aftagerne af metoden ligeledes mangler kongruens i den kommunikation og vejledning, som de modtager omkring indholdet og udførelsen af AVT. Dette er tankevækkende, da det jo fremfor alt er aftagerne af metoden, som det hele drejer sig om. Kvalitetssikring af indsatsen er derfor særligt vigtig for at sikre et ensartet og kvalificeret behandlingstilbud til alle hørehæmmede børn og deres forældre. Samtidig er det af stor vigtighed for opretholdelsen af en høj faglighed indenfor det hørepædagogiske område. Som nævnt i indledningen (Afsnit 1) må der givetvis også være en vedvarende samfundsøkonomisk interesse i at opnå kvalitetssikring af AVT-undervisningen, så udbyttet heraf optimeres.

Certificering og nationale standarder

Som tidligere nævnt er AV-terapeut (*LSLS Cert. AVT™; LSLS Cert. AVed™*) en beskyttet titel, men AVT må på trods heraf udføres af alle professionelle, hvis blot undervisningen bygger på de 10 obligatoriske AVT-principper. Da der ikke er nogle specifikke krav udover overholdelsen af AVT-principperne, kan der stilles spørgsmålstegn ved, hvor barren skal sættes for standarden i dansk AVT-praksis. På nuværende tidspunkt er der ingen certificerede danske professionelle, hvilket blandt andet kan skyldes, at certificeringseksamen er yderst sprogspecifik (Lone Percy-Smith, personlig kommunikation, januar, 2014; Haven & Rødsgaard-Mathiesen, 2007). At eksamen er sprogspecifik vil sige, at den kræver indgående kendskab til amerikanske børns tale- og sprogudvikling, men certificeringsprocessen giver ikke mulighed for at opnå klinisk erfaring hermed. Dermed kan det også diskuteres, hvorvidt en amerikansk certificering er relevant i en dansk kontekst, hvor børnenes tale- og sprogudvikling er anderledes end de amerikanske børns. Overførselseffekten fra de amerikanske børns udvikling til danske forhold er særligt problematisk i forbindelse med indlæringsrækkefølgen de fonologiske elementer i sproget, som er yderst

modersmål-afhængigt. Certificering ved AG Bell er derfor ikke nødvendigvis løsningen på problematikken om standarden indenfor dansk AVT-praksis. Dog bidrager AG Bells certificering med generel uddannelse indenfor de audiologiske discipliner samt giver dybdegående kendskab til alle aspekterne af AVT (Lone Percy-Smith, januar, 2014), hvilket kan give inspiration til indholdet i et eventuelt dansk alternativ hertil. Et nationalt alternativ til AG Bells certificering, som indeholder samme 3-årige generelle uddannelse og mentorordning med særligt fokus på danske forhold samt en afsluttende eksamen med udgangspunkt i danske børns sprogudvikling, ville være at foretrække. Dette kunne eksempelvis bestå af en godkendt dansk AVT-uddannelse, der tager udgangspunkt i både international og national viden og erfaringer. En sådan gennemført dansk AVT-uddannelse kunne således være et kvalitetsstempel af den enkelte professionelle.

Over halvdelen af respondenterne tilkendegav, at de godt kunne tænke sig fælles retningslinjer for god praksis for målsætningsarbejdet. Som mulig løsning på den manglende landsdækkende konsensus kunne man derfor også overveje at udarbejde nogle nationale standarder for udførelsen af AVT. Disse retningslinjer ville kunne bidrage til både indholdet og udbredelsen af viden om AVT i Danmark – både blandt dem som udfører, og dem som modtager AVT-undervisningen. Sådanne retningslinjer for AVT-undervisningen kunne for eksempel indeholde krav til hvilken og hvor meget AVT-erfaring, den enkelte professionelle skal have. Retningslinjer for hvilke materialer der bør anvendes til målfastsættelse i AVT-undervisningen, kunne også være relevant jf. data fra vores spørgeskemaundersøgelse.

Evidensbaseret praksis

Dette speciale har gentagne gange påpeget, at der er stor uensartethed i habiliteringen med AVT i Danmark. Dette besværliggør effektundersøgelser af dansk AVT-praksis på nuværende tidspunkt, da det er svært at kontrollere hvilke variable, der influerer på resultatet af eventuelle undersøgelser. Der mangler således evidensbaserede undersøgelser, som standarder og kvalitetssikring vil kunne bygges på. Et aktuelt forskningsprojekt er dog i gang. Decibels forskningsprojekt: *"Alderssvarende talesprog til børn med høretab i Danmark - Afprøvning, dokumentation og best practice for Auditory-Verbal Therapy (AVT) i Danmark"* (2013) skal være med til at mindske diversiteten i dansk AVT-praksis ved at udvikle og øge kompetencen indenfor området. Dette projekt vurderer implementeringen af AVT-metoden i Danmark og har til formål at dokumentere, om danske småbørn med høretab kan indhente deres sproglige forsinkelse og opnå alderssvarende sprog forud

for skolestart. Samtidig skal projektet munde ud i opbygningen af et treårigt tilbud efter standarder fra *AG Bell Academy for Listening of Spoken Language* (Decibel, 2013).

Anvendelighed af specialet

Vi skrev i vores følgebrev til respondenterne, at vi stræbte efter at udarbejde et speciale, hvor indholdet kunne anvendes i praksis. I besvarelserne af spørgeskemaet var der mange respondenter, som ytrede ønske om inspiration fra andre professionelle i forhold til hvilke materialer, de anvendte til målfastsættelse. Dette udbredte ønske om inspiration blandt de professionelle understøtter relevansen af dette speciale. Vi tænker, at danske av-praktikere kan bruge undersøgelsens resultater til at få et indblik i, hvordan målfastsættelsen i AVT udføres af deres fagfæller. Specialet kan forhåbentlig bidrage med inspiration til, hvilke materialer den enkelte professionelle yderligere kan inddrage i sit målsætningsarbejde. Nærværende speciale udsendes derfor i PDF-format til de 24 respondenter, der takkede ja til at modtage vores færdige speciale. Vi håber på den måde at kunne bidrage til gensidig erfaringsudveksling mellem de danske av-praktikere.

8. Referenceliste

- AG Bell (2007). *Principles of LSLS™ Auditory-Verbal Therapy*. Lokaliseret 05-05-14 på:
<http://listeningandspokenlanguage.org/AcademyDocument.aspx?id=563>
- AG Bell (2012). *2012 certification handbook*. Lokaliseret 20-12-13 på:
http://www.listeningandspokenlanguage.org/uploadedFiles/Get_Certified/Getting_Certified/Final%202012%20Handbook.pdf
- AG Bell (u. å. a). *LSLS™ Certification Exam FAQs*. Lokaliseret 20-12-13 på:
<http://nc.agbell.org/NetCommunity/Document.Doc?id=454>
- AG Bell (u. å. b). *About the certification*. Lokaliseret 20-12-13 på:
<http://listeningandspokenlanguage.org/AcademyDocument.aspx?id=541>
- AG Bell (u. å. c). *For mentors*. Lokaliseret 08-07-14 på:
<http://listeningandspokenlanguage.org/AcademyDocument.aspx?id=578>
- Ardenkjær-Husted, R., & Josvassen, J. L. (2011). Kliniske erfaringer med auditiv vejledning i arbejdet med hørehæmmede børn på Gentofte Hospital, HovedOrto-Centret Rigshospitalet, *Logos*, 62, 14-16.
- Auditory Verbal UK (u. å.). Lokaliseret 30-06-14 på: www.avuk.org
- Bau, M., & Sandager, T. P. (2007). Vi er på vej. AVT - snart for danske forældre. *Decibelbladet*, 10(2), 9-10.
- Bayley, N. (2009). *Bayley – III – Scales of Infant and Toddler Development*. Pearson Assessment.
- Berlin, C.I. & Weyand, T.G (2003). *The Brain and Sensory Plasticity – Language Acquisition and Hearing*. New York: Delmar Learning.
- Bernstein, A. (2008). AG Bell Academy for Listening and Spoken Language ® Launches a New Certification Program for Educators of the Deaf and Hard of Hearing Using an Auditory Verbal Approach. *Sound Matters – Official Publication of VOICE for Hearing Impaired Children* [Elektronisk version]. Lokaliseret 12-12-13 på: <http://www.andrewjohnpublishing.com/images/sound%20matters%202008.pdf>
- Beskæftigelsesministeriet (2013). *Kvinder og mænd på arbejdsmarkedet*. Lokaliseret 07-07-14 på:
<http://bm.dk/upload/BEM/Files/Dokumenter/Publikationer/2014/Kvinder%20og%20maend%20på%20arbejdsmarkedet%202013.pdf>
- Boolsen, M. W. (2008). *Spørgeskemaundersøgelser - fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Boothroyd, A. (1997). Auditory development of the hearing child. *Scandinavia Audiology*, 26

(Suppl. 46), 9-16.

- Borchgrevink, H. M. (2001). Cochleaimplantat: Man må operere tidlig og gi god oral språkstimulering. [Elektronisk version]. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 121(25), 2915. Lokaliseret 01-04-14 på: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=415174
- Bzoch, K., League, R., & Brown, V. (1993). *Bzoch-League's Impresiv-Ekpressiv Sprogudviklingskala*. Pro-ed.
- Bylander, H. I., & Krogh, T. K. (2014). *Sprogets milepæle: Hvornår skal vi være bekymrede for et barns sproglige udvikling?* Frederikshavn: Dafolo.
- Caleffe-Schenck, N. (1992). The Auditory-Verbal Method: Description of a Training Program for Audiologists, Speech Language Pathologists, and Teachers of Children with Hearing Loss. *The Volta Review*, 94, 65-68.
- Cambridgeshire (u. å.). *Age-Related Development*. Cambridgeshire.
- Caraway, T. H., & Horvath, J. (2012). What is the importance of coaching and guiding parents in auditory-verbal therapy and education. I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 100-111). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Chermak, G.D., Bellis, T.J. & Musiek, F.E. (2007). Neurobiology, cognitive science, and intervention. I: Chermak, G.D. & Musiek, F.E., *Handbook of (central) auditory processing disorder* (p. 3-28). San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Cherry, K. (2014). What is a developmental milestone? [Elektronisk version]. Lokaliseret 27-05-14 på: <http://psychology.about.com/od/early-child-development/f/developmental-milestone.htm>
- Chowdry, J. (2010). Auditory Verbal Therapy. *Otorhinolaryngology Clinics: An International Journal*, 2(2), 157-160.
- Cochlear Ltd. (2003). *Integrated Scales of Development. Listen, Learn and Talk*. Lane Cove, New South Wales, Australia: Author.
- Cole E. B., & Flexer, C. (2007) *Children with hearing loss: developing listening and talking*. San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Colletti, L., Mandalà, M. & Colletti, V. (2012). Cochlear Implants in Children younger than 6 Months. *Otolaryngol Head Neck Surg.*, 147 (1), 139-146.
- Coninx, F., Weichbold, V., & Tsiakpini, L. (2004). *LittleEars Auditory Questionnaire*. Innsbruck, Austria: MED-EL Medical Electronics.
- Danmarks Statistik (2011). *Kvinder og mænd*. [Elektronisk version]. Lokaliseret 07-07-14 på:

- <http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/17520/kogm.pdf>
- Dansk Psykologisk Forlag (u. å.). Lokaliseret 02-07-14 på:
<http://dpf.dk/produkt/bog/danske-normer-neuropsykologiske-tests>.
- Decibel (2009). Warren Estabrooks fornemmelse for AVT. *Decibelbladet*, 12(1), 9-10.
- Decibel (2013). *Alderssvarende talesprog til børn med høretab i Danmark - Afprøvning, dokumentation og best practice for Auditory-Verbal Therapy (AVT) i Danmark*, 1-14
- Den Store Danske (u. å.). Lokaliseret 30-06-14 på: www.denstoredanske.dk
- Det Kongelige Bibliotek. Lokaliseret januar-juli 2014 på: www.kb.dk
- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (u. å.). Lokaliseret 30-06-14 på: www.sfi.dk
- Dickson, C. L., & Kendrick, A. (2010). *Sound Foundation for Babies*. Cochlear.
- Dillon, H. (2001). *Hearing aids*. Sydney: Boomerang Press.
- Eisenberg, L. S. (Ed.) (2009). *Clinical Management of Children with Cochlear Implants*. San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Estabrooks, W. (1994). *Auditory-verbal therapy for parents and professionals*. Washington, D.C. : Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Estabrooks, W. (Ed.) (2001). *50 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy*. Toronto, Ontario: Learning to Listen Foundation.
- Estabrooks, W. & Levasseur, J. (2001). What tests and assessments are used in Auditory-Verbal Therapy? I: W. Estabrooks (Ed.). *50 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 156-161). Toronto, Ontario: Learning to Listen Foundation.
- Estabrooks, W. (Ed.) (2006). *Auditory-Verbal Therapy and Practice*. Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Estabrooks, W. (Ed.) (2012a). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy*. Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Estabrooks, W. (2012b). What is auditory-verbal practice? I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 29-42). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Estabrooks, W. (2012c). What model for developing listening skills is followed in auditory-verbal therapy and education. I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 1071-1087). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Fink, A. (2008). *How to conduct surveys - A Step-by-Step* (4. ed.). California: Sage Publication, Inc.

- Finney, E. M., Clementz, B. A., Hickok, G., & Dobkins, K. R. (2003). Visual stimuli activate auditory cortex in deaf subjects: evidence from MEG. *Lippincott Williams & Wilkins, 14*(11), 1425-1427.
- Flexer, C., Goldberg, D. M., & Moog, J. S. (2012). What is the history of the Listening and Spoken Language Specialist certification. I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 55-63). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Franck, B. (2007). Den danske AVT-gruppe. *Decibelbladet, 10*(2), 10-12
- Franck, B. (2008). Optakt til AVT. *Decibelbladet, 11*(2), 6-7.
- Frederiksen, M. K., & Hansen, L. H. (2013). *Analyse og adaptation af Comprehensive Aphasia Test (CAT), en kulturel, psykometrisk og lingvistisk tilpasning af en engelsk afasitest til dansk*. Upubliceret kandidatspeciale, Københavns Universitet.
- Gelfand, S. A. (2001). *Essentials of Audiology* (2. ed.). New York: Thieme.
- Goldberg, D. M., Dickson, C., & Flexer, C. (2010). AG Bell certification program for Listening and Spoken Language Specialists: Meeting a world-wide need for qualified professionals. *The Volta Review, 110*, 129-143
- Goldberg, D. M., & Estes, E. L. (2012). How do practitioners in auditory-verbal therapy and education work together. I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 112-123). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Goldberg, D. M., & Flexer, C. (2012). What is the history of auditory-verbal practice. I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 43-54). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Gordon, K. A., & Harrison, R. V. (2005). Changes in Human Central Auditory Development Caused by Deafness in Early Childhood. *Hearsay - Hearing Research Forum, 28-34*.
- Hakansson, B. E., & Carlsson, P. U. (1994). The bone-anchored hearing aid: Principal design and audiometric results. *ENT: Ear, Nose & Throat Journal, 73*(9), 670-678.
- Hansen, M. N., Marckmann, B., & Nørregård-Nielsen, E. (2008). *Spørgeskemaer i virkeligheden*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Haven, A., & Rødsgaard-Mathiesen, V. (2007). Auditory Verbal Therapy. *Dansk Audiologopædi, 43*(1), 4-9.
- Haven, A., & Rødsgaard-Mathiesen, V. (2009). Trust the Hearing. *Decibelbladet, 12*(1), 14-15.

- Jensen, P. H. (2010). "AVT er jo...". *En undersøgelse af fortolkningsmuligheder i Auditory-Verbal therapy (AVT) som forståelsesramme for forskelle i dansk AVT-praksis*. Upubliceret kandidatspeciale, Københavns Universitet.
- Jensen, P. H., & Percy-Smith, L. (2011). "AVT er jo...". *Dansk Audiologopædi*, 47(2), 21-29.
- Jones, M. B., & Guignard, G. H. (2012). How frequently do auditory-verbal sessions need to be scheduled for a baby, a preschooler, and a school-age child? I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 124-135). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Karmiloff-Smith, A. & Karmiloff, K. (2002). *Barnets veje til sprog*. København: Nordisk Forlag A/S.
- Kids Health (u. å.). Lokaliseret 27-07-14 på: <http://kidshealth.org/parent/general/eyes/cochlear.html>
- Klausen, B., Holst-Hansen, N., Søby, T., & Solholt, P. (2012/2006). *Lytte- og sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år*. Materialecentret Aalborg.
- Krogh, M.T., Væver, M.S., Harder, S., & Køppe, S. (2012). Cultural differences in infant development during the first year: A study of Danish infants assessed by the Bayley-III and compared to the American norms. *European journal of Developmental Psychology*, 9, 730-736.
- Krogsgaard, C. M., & Gormsen, M. B. (2009). *(Re-)habilitering af danske CI-børn - En evidensbaseret vurdering og undersøgelse af de danske talehørepædagogers praksis i forhold til (re-)habilitering af CI-børn*. Upubliceret bacheloropgave, Syddansk Universitet.
- Larsen, M. O. (2012). *Statistiske grundbegreber* (12. ed.) [Elektronisk version]. Lokaliseret 11-05-14 på: <http://www.larsen-net.dk/files/Statistiske-grundbegreber-v12.pdf>
- Larsen, M.R. (2011). Forældresamarbejde – Dilemmaer og betingelser. I: Jensen, A.K., & Meyer, V.T. (Red.), *Pædagogens bog om individ, institution og samfund* (p. 87-104). København: Akademisk Forlag.
- Larsen, T. B., & Balle, P. (2005). *Auditory-Verbal Therapy* [Elektronisk version]. Lokaliseret 05-05-14 på: https://hoereforeningen.dk/hoereproblemer/hoereproblemer-filer/ci-bibliotek/Auditory_Verbal_Therapy_Stokes_et_al.pdf
- Launsø, L., Olsen, L., & Rieper, O. (2011). *Forskning om og med mennesker: Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (6. ed.). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Lim, S. Y. C., & Simser, J. (2005). Auditory-verbal therapy for children with hearing impairment.

- Annals Academy of Medicine Singapore*, 34(4), 307-312.
- Ling, D. (1989) *Foundations of Spoken Language for Hearing Impaired Children*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.
- Ling, D. (2012). What is the Six-Sound Test and why is it so important in auditory-verbal therapy and education? I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 187-198). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Marte Meo (u. å.). Lokaliseret 30-06-14 på: www.martemeo.dk
- McCormick, B. (ed.) (1993). *Paediatric Audiology 0-5 Years* (3.ed.). London: Whurr Publishers Ltd.
- McSweeney, E., & Steacie, P. (2012). How do listening and spoken language professionals establish and implement goals for infants who are deaf and hard of hearing? I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 909-921). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Merck Manual (u. å.). Lokaliseret 24-07-14 på: http://www.merckmanuals.com/home/ear_nose_and_throat_disorders/hearing_loss_and_deafness/management_of_hearing_loss.html
- Miani, C., & Hoorens, S. (2014). *Parents at work: Men and Women participating in the labour force* [Elektronisk version]. Lokaliseret 07-07-14 på: http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/documents/140502_gender_equality_workforce_ssr2_en.pdf
- Miller, L. A., McIntire, S.A., & Lovler, R.L. (2011). *Foundations of psychological testing: A practical approach* (3. ed.). California: Sage Publication, Inc.
- Muma, J. & Perigoe, C. (2010). Professionals preparation: Developing language in children with hearing loss. *The Volta Review*, 110(2), 179-190.
- Nielsen, L. A., & Nielsen, J. (2012). *Oversigt over motorisk, sproglig og kognitiv udvikling*. Materialecentret Aalborg.
- Niparko, J. K. (2009). *Cochlear Implants – Principles and Practices*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Olsen, H. (2006). *Guide til gode spørgeskemaer* [Elektronisk version]. København: Socialforskningsinstituttet. Lokaliseret 07-03-14 på: http://www.nordic-campbell.dk/Files/Filer/SFI/Pdf/Rapporter/2006/0611_Guide_til_gode_Spoergeskemaer.pdf
- Parving, A., Hauch, A. M. & Christensen, B. (2003). Høretab hos børn – epidemiologi, identifikation og årsager gennem 30 år. *Ugeskrift for Læger*, 165(5), 574-579

- Percy-Smith, L. (2006). *Danske børn med cochlear implant - Undersøgelse af medvindsfaktorer for børnenes hørelse, talesprog og trivsel*. København: Videnscenter for døvblevne, døve og hørehæmmede.
- Percy-Smith, L., Busch, G. W., Sandahl, M., Nissen, L., Josvassen, J. L., Bille, M., Lange, T., & Cayé-Thomasen, P. (2012). Significant regional differences in Denmark in outcome after cochlear implants in children. *Danish Medical Journal* 59(5), 1-5
- Perigoe, C., Allen, S. G., & Dodson, C. (2012). Why is diagnostic work important in auditory-verbal therapy and education? I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 1022-1035). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Pollack, D. (1974). Denver's Acoupedic Program. *Peabody Journal of Education*, 51(3), 180-185.
- Poulsen, A. R., Østergaard, J., & Christoffersen, I. (2006). *Judith Simsers handouts – AVT*. Fredericia: Fredericiaskolen.
- Reynell, J., & Edwards, S. (2009/1983). *Reynell Developmental Language Scale (RDLS-3)*. Hogrefe Psykologisk Forlag.
- Rhoades, E. (2012). Why is an assessment protocol mandatory in auditory-verbal practice, and what are some suggested instruments for measuring basic listening and spoken language skills? I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 922-933). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Rhoades, E., & Duncan, J. (2010). *Introduction to Auditory-Verbal Practice. Toward a Family-centered Approach*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Rhoades, E., & Duncan, J. (2011). Book Review: Introduction to Auditory-Verbal Practice: Toward a Family-centered Approach [Review of the book *Introduction to Auditory-Verbal Practice: Toward a Family-Centered Approach*] *International Journal of Communication Disorders*, 46(5), 609-610.
- Rienecker, L., Jørgensen, P. S., & Gandil, M. (2008). *Skriv en artikel: Om videnskabelige, faglige og formidlende artikler*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Robbins, A. M., Koch, D. B., Osberger, M. J., Zimmerman-Phillips, S., & Kishon-Rabin, L. (2004). Effect of Age at Cochlear Implantation on Auditory Skill Development in Infants and Toddlers, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 130, 570-574.
- Rostgaard, J., Tranum-Jensen, J., Qvortrup, K., & Holm-Nielsen, P. (2009) *Hovedets, halsens og de indre organers anatomi; Klinik, billeddiagnostik, levende anatomi, embryologi* (10. udg.).

København: Munksgaard Danmark.

- Rotfleisch, S., & Martindale, M. (2012). What can be expected of the child's auditory, language, and speech skills if there is a significant difference between the child's hearing age and chronological age? I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 237-248). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Rubinstein, J. T. (2004). How cochlear implants encode speech. *Otolaryngology & Head and Neck Surgery, 12*, 444-448.
- Rødsgaard-Mathiesen, V., & Haven, A. (2007). Nyt syn på pædagogisk praksis - rendyrket AVT. *Decibelbladet, 10*(1), 13-15.
- Sadler, T. W. (2004). *Langmans embryologi* (3.ed). København: Munksgaard Danmark.
- Servicestyrelsen (2012) *Forskningskortlægning: Behov for sprogvurdering, effektive sprogindsatser og pædagogisk efteruddannelse*. Lokaliseret 11-06-14 på:
<http://www.sprogpakken.dk/materialer/forskningskortlagning.pdf>
- Sharma, A. Dorman, M. F., & Kral, A. (2005). The influence of a sensitive period on central auditory development in children with unilateral and bilateral cochlear implants. *Hearing Research, 203*, 134-143.
- Sharma, A., Dorman, M. F., & Spahr, A. J. (2002). A sensitive period for the development of the central auditory system in children with cochlear implants: Implications for age of implantation. *Ear and Hearing, 23*(6), 532-539.
- Sharma, A., Martin, K., Roland, P., Bauer, P., Sweeney, M.H., Gilley, P., & Dorman, M. (2005). P1 Latency as a Biomarker for Central Auditory Development in Children with Hearing Impairment. *Journal of the American Academy of Audiology, 16*, 564-573.
- Sharma, A., Tobey, E., Dorman, M., Bharadwaj, S., Martin, K., Gilley, P., & Kunkel, F. (2004). Central auditory maturation and babbling development in infants with cochlear implants. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, 130* (5), 511-516.
- The Shepherd Centre (u. å.). *About us* [Elektronisk version]. Lokaliseret 26-07-14 på:
<http://www.shepherdcentre.org.au/about-us/>
- Simser & Estabrooks (2012). Why are parents required to participate in auditory-verbal therapy and education? ? I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 78-88). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.

- Solbakken (u. å.). *Habilitering* [Elektronisk version]. Lokaliseret 10-06-14 på:
<http://www.solbakkensnet.dk/habilitering/>
- Stach, B. A. (2010). *Clinical Audiology: An Introduction*. New York: Delmar, Cengage Learning.
- Sundhedsstyrelsen (2004). Sundhedsstyrelsens retningslinjer af 12. august 2004 for neonatal hørescreening. Lokaliseret 08-04-14 på: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2004/Retningslinier_neonatal_hoerescreening.pdf
- Sundhedsstyrelsen (2007) Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Oto-Rhino-Laryngologi. Lokaliseret 10-07-14 på: <http://www.dsohh.dk/PDF/Maalbeskrivelse.pdf>
- Sundhedsstyrelsen (2010). Opfølgende evaluering af den neonatale hørescreeningsindsats. Lokaliseret 15-04-14 på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2010/DOKU/Hoerescreening/NeonataleHoerescreening.pdf>
- Sundhedsstyrelsen (2012). Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark - udredning, operation, efterbehandling og monitorering. Lokaliseret 15-01-14 på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/05maj/CochlearImplantBoernKlinRetnlRevudg.pdf>
- Thomsen, M., Bylander, H., Simonsen, R., Jepsen, A., Nielsen, A. I., Lehmkuhl, M., & Nobelius, T. (2013) Audiologopædiske materialer til udredning og vurdering: Test og iagttagelsesmaterialer. [Elektronisk version]. Lokaliseret 30-04-14 på:
http://www.alf.dk/media/Testmaterialer_-_samlet_oversigt.pdf
- Thomsen, J. C., Samar, C. F., & Jensen, J. H. (2006). Kokleær implantation i Danmark 1982-2005. *Ugeskrift for Læger*, 168(33), 2643.
- Tomblin, J.B., Barker, B.A., Spencer, L.J., Zhang, X. & Gantz, B.J. (2005). The effect of age at Cochlear Implant initial stimulation on expressive language growth in infants and toddlers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48 (4), p. 853-867
- Tuohy, J., Brown, J., Mercer-Moseley, C., & Walsh, L. (2005). *St. Gabriel's: A curriculum for the development of audition, language, early communication, speech, cognition, social interaction, fine motor skills, gross motor skills* (2nd ed.). Castle Hill, New South Wales, Australia: St. Gabriel's School for Hearing-Impaired Children.
- Tye-Murray, N. (2009). *Foundations of aural rehabilitation: children, adults, and their family Members* (3.ed.). New York: Delmar, Cengage Learning.
- Tyszkiewicz, E. (2004). AVT what's the difference. *Auditory Verbal UK*, 1-2.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind and society: The development of higher psychological processes*.

Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Wallace, J. (2012). Why is there so much focus on listening and understanding when parents just want the child to talk? I: W. Estabrooks (Ed.). *101 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 1178-1188). Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Hearing.
- Widen, J. E., Bull, W., & Folsom, R. C. (2003). Newborn Hearing Screening: What it means for providers of early intervention services. *Infants and young children, 16*(3), 249-257.
- Semel, E., Wiig, E. H. & Secord, W. A. (2013). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF-4)*. Pearson Assessment.
- Wilkes, E.M. (1999). *Cottage acquisition scales for listening language and speech*. San Antonio, TX: Sunshine Cottage School for Deaf Children.
- Wilson, K., & Walker, B. (2001). Is there a specific auditory-verbal curriculum? I: W. Estabrooks (Ed.). *50 Frequently asked questions about auditory-verbal therapy* (p. 137-140). Toronto, Ontario: Learning to Listen Foundation.
- Zafar, S., & Naseem, A. (2003) APA Quick Reference Handbook (5. ed) [Elektronisk version]. Lokaliseret 26-04-14 på: <http://ipsis.uitm.edu.my/v1/images/stories/pdf/apahandbook.pdf>
- Zemlin, W. R. *Speech and hearing science: Anatomy and physiology* (4. ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Zimmerman, I. L., Steiner, V. G., & Pond, R. E. (2002). *Preschool Language Scale (PLS-4)*. Pearson Assessment.

9. Bilag og bilagsoversigt

Bilag A Spørgeskema

Bilag B Følgrebrev til potentielle respondenter (høv. *AVTister* samt øvrige av-praktikere)

AUDITORY-VERBAL THERAPY

1. Samtykkeerklæring: Jeg giver hermed lov til, at oplysningerne i dette skema må anvendes som data i forbindelse med et speciale i audiologopædi ved Københavns Universitet. Alle personlige oplysninger bliver anonymiseret og ikke videregivet til andre.

(Angiv kun ét svar)

- Ja
- Nej - Gå til 30

De følgende spørgsmål omhandler personlige data

Tryk "næste" for at komme videre til spørgsmålene.

2. Hvad er din alder? Sæt kun ét kryds.

(Angiv kun ét svar)

- 20 - 29år
- 30 - 39 år
- 40 - 49 år
- 50 - 59 år
- 60 - 69 år

3. Hvilke(n) uddannelse(r) har du? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- Bachelor i audiologopædi (KU)
- Bachelor i teknisk audiologi (SDU)
- Bachelor i pædagogisk audiologi (SDU)
- Bachelor i logopædi (SDU)
- Kandidat i audiologi (SDU)
- Kandidat i audiologopædi (KU/SDU)

BILAG A

- Kandidat i sprogtilegnelse
- Pædagogisk diplomuddannelse i specialpædagogik
- Speciallæreruddannelse med speciale i sprog-, tale- og hørevanskeligheder

Andre? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

4. Hvad er din nuværende arbejdsplads? Sæt kun ét kryds.

(Angiv gerne flere svar)

- PPR
- Regionale institutioner for hørehæmmede
- Centerskole
- Audiologisk afdeling
- CI-center

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

De følgende spørgsmål omhandler dine erfaringer med AVT

Tryk "næste" for at komme videre til spørgsmålene.

5. Hvordan har du opnået viden om og erfaring med AVT? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- Kurser

BILAG A

- Supervision
- Mentorordning af certificeret AV-terapeut
- Selvlært
- Studieture
- Via kolleger

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)



Du svarede, at du har været på kurser i AVT. Uddyb i tekstfeltet hvilke kurser, du har været på.





Du svarede, at du har modtaget supervision i forbindelse med AVT. Uddyb kort i tekstfeltet, hvad dit supervisionsforløb bestod af.



Du svarede, at du har været på studieture i forbindelse med AVT. Uddyb kort indholdet af disse/denne studietur(e) i tekstfeltet

6. Hvor mange års erfaring har du med AVT? Sæt kun ét kryds.

(Angiv kun ét svar)

- Under 1 år
- 1-3 år
- 3-5 år
- 5-7 år
- 7-9 år
- Over 9 år

7. Hvor mange timer underviser du ca. i AVT i løbet af en gennemsnitlig arbejdsuge? Sæt kun ét kryds.

(Angiv kun ét svar)

- Under 1 time
- 1-3 timer
- 3-5 timer

BILAG A

- 5-7 timer
- 7-9 timer
- 9-11 timer
- 11-13 timer
- 13-15 timer
- 15 timer eller mere

8. Hvor ofte får hvert enkelt barn og familie AVT-undervisning? Sæt kun ét kryds.

(Angiv kun ét svar)

- Hver uge
- Hver 2. uge
- Hver 3. uge
- Hver 4. uge
- Hver 5. uge
- Hver 6. uge

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

9. Hvilke(n) aldersgruppe(r) bruger du AVT til? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- Under 1 år
- 1 - 1:11 år
- 2 - 2:11 år

BILAG A

- 3 - 3:11 år
- 4 - 4:11 år
- 5 - 5:11 år
- 6 år eller ældre

10. Hvilke børn anvender du AVT til? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- Børn med Cochlear Implant
- Børn med høreapparat
- Børn med BAHA

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

11. Hvad er efter din mening det vigtigste element i AVT?

De følgende spørgsmål omhandler hvordan og hvorfor du fastsætter mål i AVT-undervisningen

Tryk "næste" for at komme videre til spørgsmålene.

12. Opsætter du mål i din AVT-undervisning? Sæt kun ét kryds.

(Angiv kun ét svar)

- Ja

Nej (Uddyb i tekstfeltet, hvilke(n) metode(r) du da anvender til, at planlægge din AVT-undervisning, og til at vurdere det enkelte barns eventuelle fremskridt) - Gå til 27

13. Hvad bruger du som udgangspunkt for målsætningen i din AVT-undervisning? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- Hvad barnet kan, bedømt ud fra standardiseret testning
- Hvad barnet kan, bedømt ud fra ikke-standardiseret testning
- Hvad barnet kan, bedømt ud fra observationer i praksis
- Teorien Zonen for nærmeste udvikling

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

14. Hvor ofte opstiller du mål i din AVT-undervisning? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- Jeg laver langtidsmål
- Jeg laver mål for hver undervisningsgang
- Jeg opsætter mål i takt med barnets udvikling

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

Du svarede, at du opsætter langtidsmål.
Med hvilket interval opsætter du disse mål? Fx hver 4. måned

15. Hvad bruger du målsætningerne i AVT-undervisningen til? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- Jeg bruger målene i selve undervisningssituationen
- Målene er til mit eget brug ved tilrettelæggelsen af AVT-undervisningen
- Målene bruges som vejledning til forældrene
- Jeg forventer, at forældrene og barnet arbejder med målene derhjemme

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

De følgende spørgsmål omhandler, hvilke områder du sætter mål indenfor

Tryk "næste" for at komme videre til spørgsmålene.

16. Indenfor hvilke områder sætter du mål i din AVT-undervisning? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- Hørelse
- Lytning
- Kognition
- Tale
- Sprog
- Kommunikation

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

17. Hvilke(n) af følgende udviklingsskalaer og testnormer for normalthørende børn anvender du i forbindelse med målfastsættelse i din AVT-undervisning? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- “Clinical Evaluation of Language Fundamentals” (CELF-4)
- “Reynell Developmental Language Scales” (RDLS-3)
- “Bayley - Scales of Infant and Toddler Development”
- “Sct. Gabriel´s Curriculum”
- “Age Related Development” fra Cambridgeshire
- “Sound Foundation for Babies” fra Cochlear
- “Cochlear’s Integrated Scales of Development”
- “Preschool Language Scale” (PLS-4)
- “Bzoch-League´s Impressiv-Ekspressiv Sprogudviklingsskala”

BILAG A

- “Lytte- & sprogudviklingen hos det normalthørende barn i alderen 0-5 år” fra Materialecenteret i Aalborg
- “Oversigt over motorisk, sproglig og kognitiv udvikling” fra Materialecenteret Aalborg
- Ingen af ovenstående

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

18. Anvender du andre former for skalaer i forbindelse med målsætning i AVT-undervisningen? Fx skalaer til hørehæmmede børn.

(Angiv kun ét svar)

- Nej

Ja (Markér og uddyb hvilke i tekstfeltet)

19. Hvilke af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med din holdning til brugen af udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer i målfastsættelse i dansk AVT-praksis? Sæt min. 1 kryds og max. 3 krydser.

(Angiv gerne flere svar)

(Vælg 1-3 svaralternativer)

- Jeg anvender hverken danske eller udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer, da jeg ikke mener, at disse er et centralt element i målfastsættelsen i AVT-praksis.
- Jeg anvender udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer til målfastsættelse i AVT-undervisningen, men ville foretrække en dansk oversættelse af disse.
- Jeg fastsætter mål baseret på udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer, men modificerer disse, så de efter min mening passer til danske børns udvikling.
- Jeg foretrækker, at bruge danske udviklingsskalaer og/eller testnormer til målfastsættelsen i AVT-undervisningen.
- Jeg foretrækker, at bruge udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer til målfastsættelsen i AVT-undervisningen.
- Jeg har ingen betænknin ger ved, at bruge udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer til målfastsættelse for danske børn i AVT-undervisningen.

BILAG A

- Jeg har ingen holdning til brugen af udenlandske udviklingsskalaer og/eller testnormer til målfastsættelse i dansk AVT-praksis.
- Jeg kunne godt bruge inspiration fra andre AVT-praktikere til hvilke udviklingsskalaer og/eller testnormer de anvender til målfastsættelse i deres AVT-undervisning.
- Jeg synes, at der mangler relevante danske udviklingsskalaer og/eller testnormer til brug for målfastsættelse i AVT-undervisningen.
- Jeg synes, at det er en god idé hvis danske AVT-praktikere i fællesskab udarbejder nogle retningslinjer for god praksis for målfastsættelse i AVT, så der opnås større ensretning på området.
- Jeg synes, at det er op til den enkelte AVT-praktiker, at vælge hvilke udviklingsskalaer og/eller testnormer, danske som udenlandske, de vælger at inddrage i målfastsættelsen i AVT-undervisningen.
- Ingen af ovenstående.
- Ønsker ikke at svare.

Det følgende spørgsmål omhandler formidling af målsætningerne

Tryk "næste" for at komme videre til spørgsmålene.

**20. Hvis du delagtiggør forældrene i målsætninger, hvordan formidler du da målsætninger til dem?
Sæt gerne flere krydser.**

(Angiv gerne flere svar)

- Mundtligt til forældrene
- Skriftligt til forældrene
- Lader forældrene selv tage noter
- Jeg delagtiggør ikke forældrene i målsætningerne

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

Det følgende spørgsmål omhandler opfølgning af målsætningerne

Tryk "næste" for at komme videre til spørgsmålene.

21. Hvordan følger du op på, om målsætningerne for barnet opnås? Sæt gerne flere krydser.

(Angiv gerne flere svar)

- Testning med standardiserede tests
- Testning med ikke-standardiserede tests
- Diagnostiske observationer af barnet i undervisningssituationen
- Diagnostiske observationer af barnet i naturlige kommunikative kontekster
- Bedømmelse ud fra forældrenes udsagn

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

22. Hvor ofte følger du op på de opsatte mål? Sæt kun ét kryds.

(Angiv kun ét svar)

- Hver undervisningsgang
- Hver måned
- Hver 2. måned

Andet? (Markér og uddyb i tekstfeltet)

De følgende spørgsmål er en afrunding af spørgeskemaet

Tryk "næste" for at komme videre til spørgsmålene.

23. Ønsker du, at modtage vores speciale, når det er færdigskrevet?

(Angiv kun ét svar)

Nej, tak

Ja, tak (Skriv din emailadresse i tekstfeltet)

24. Må vi kontakte dig yderligere, hvis vi ønsker en uddybning af nogle af dine svar?

(Angiv kun ét svar)

Nej

Ja (Skriv din emailadresse i tekstfeltet)

25. Har du yderligere kommentarer eller pointer i forbindelse med målfastsættelse i AVT-undervisningen, så uddyb gerne disse i tekstfeltet herunder.

Tak for din besvarelse!

Husk at trykke på "afslut" for, at din besvarelse bliver registreret.

København d. 26.02.2014

Kære deltager,

Vi er specialestuderende i Audiologopædi på Københavns Universitet, hvor vi skriver speciale om Auditory-Verbal Therapy (AVT) ved vejleder Lone Percy-Smith.

Vi vil i vores speciale undersøge, hvilke udviklingsskalaer og hvilke udviklingsnormer der anvendes til fastsættelse af mål for det enkelte barn i AVT-undervisningen i Danmark. Til dette formål har vi konstrueret en spørgeskemaundersøgelse. Netop af denne grund kontakter vi dig, da du indgår i målgruppen for spørgeskemaet. Vi har fået dine oplysninger via det faglige netværk om AVT i Danmark som koordineres af Anne Haven. For at sikre os at vores undersøgelse bliver så repræsentativ som muligt, ønsker vi, at inddrage et bredt udsnit af alle de talehørepædagoger, talehørekonsulenter, talehørelærere, logopæder og audiologopæder som beskæftiger sig med AVT. Vi håber derfor, at du kan finde tid til at besvare vores spørgeskema. Din deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen er selvfølgelig fuldstændig anonym, og dine personlige data vil behandles fortroligt, og ikke videregivet til andre.

Besvarelsen af spørgeskemaet tager ca. 20-25 minutter.

Vi tilstræber, at lave et speciale der kan anvendes i praksis, og håber, at det færdige speciale vil kunne fungere som en oversigt over de mest anvendte udviklingsskalaer til målfastsættelse i AVT-undervisningen. Formålet med specialet er, at give et billede af hvorledes der fastsættes mål i dansk AVT-praksis, og hvordan disse mål anvendes.

Vi håber, at denne korte introduktion har givet dig alle nødvendige informationer om, hvad din deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen indebærer, men hvis ikke, så vil vi meget gerne besvare yderligere spørgsmål. Vores kontaktoplysninger findes nederst i dette brev.

Din besvarelse skal være os i hænde senest 14. marts 2014.

På forhånd tak for hjælpen!

De bedste hilsener
Tenna Petersen og Lone Jantzen

Tenna Petersen
tenna1404@gmail.com
Tlf.: 28689566

Lone Jantzen
lonejantzen@hotmail.com
Tlf.: 25779824

København d. 26.02.2014

Kære deltager,

Vi er specialestuderende i Audiologopædi på Københavns Universitet, hvor vi skriver speciale om Auditory-Verbal Therapy (AVT) ved vejleder Lone Percy-Smith.

Vi vil i vores speciale undersøge, hvilke udviklingsskalaer og hvilke udviklingsnormer der anvendes til fastsættelse af mål for det enkelte barn i AVT-undervisningen i Danmark. Til dette formål har vi konstrueret en spørgeskemaundersøgelse. Netop af denne grund kontakter vi dig, da du indgår i målgruppen for spørgeskemaet. For at sikre os at vores undersøgelse bliver så repræsentativ som muligt, ønsker vi, at inddrage et bredt udsnit af alle de talehørepædagoger, talehørekonsulenter, talehørelærere, logopæder og audiologopæder som beskæftiger sig med AVT. Vi håber derfor, at du kan finde tid til at besvare vores spørgeskema. Din deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen er selvfølgelig fuldstændig anonym, og dine personlige data vil behandles fortroligt, og ikke videregivet til andre.

Besvarelsen af spørgeskemaet tager ca. 20-25 minutter.

Vi tilstræber, at lave et speciale der kan anvendes i praksis, og håber, at det færdige speciale vil kunne fungere som en oversigt over de mest anvendte udviklingsskalaer til målfastsættelse i AVT-undervisningen. Formålet med specialet er, at give et billede af hvorledes der fastsættes mål i dansk AVT-praksis, og hvordan disse mål anvendes.

Vi håber, at denne korte introduktion har givet dig alle nødvendige informationer om, hvad din deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen indebærer, men hvis ikke, så vil vi meget gerne besvare yderligere spørgsmål. Vores kontaktoplysninger findes nederst i dette brev.

Din besvarelse skal være os i hænde senest 14. marts 2014.

På forhånd tak for hjælpen!

De bedste hilsener
Tenna Petersen og Lone Jantzen

Tenna Petersen
tenna1404@gmail.com
Tlf.: 28689566

Lone Jantzen
lonejantzen@hotmail.com
Tlf.: 25779824