

Forløbsbeskrivelse:

# REHABILITERING OG UNDERVISNING AF BØRN OG UNGE MED TIDLIGT KONSTATET HØRETAB 0-18 ÅR



Forløbsbeskrivelse:

## REHABILITERING OG UNDERVISNING AF BØRN OG UNGE MED TIDLIGT KONSTATET HØRETAB 0-18 ÅR



Publikationen er udgivet af  
Socialstyrelsen  
Edisonsvej 18, 1.  
5000 Odense C  
Tlf: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Udgivet april 2015  
Download rapporten på [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk).  
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.



# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>Anbefalinger</b>	<b>5</b>
1.1	Tidlig stimulering af talesprog	6
1.2	Forældre er centrale aktører i indsatsen	6
1.3	Tværkommunalt og tværfagligt samarbejde	6
1.4	Tale/høre-tilgang	7
1.5	Tegnsprog	7
1.6	Inklusion i almene dag-, skole- og uddannelses tilbud	7
1.7	Systematisk vidensudvikling	7
<b>2</b>	<b>Indledning</b>	<b>8</b>
2.1	Forløbsbeskrivelsen for børn og unge med tidligt konstateret høretab	9
2.2	Begrebsdefinitioner	10
<b>3</b>	<b>Målgruppe</b>	<b>11</b>
3.1	Målgruppens demografi	12
3.1.1	Volumen	12
3.1.2	Forekomst af komplekse funktionsnedsættelser	12
3.1.3	Sociodemografiske forhold	13
3.2	Målgruppens funktionsevnenedsættelser	13
3.2.1	Hørelse	14
3.2.2	Sprogtilegnelse	14
3.2.3	Kommunikativ deltagelse	15
3.2.4	Sproglige rollemodeller	15
3.2.5	Støj	15
3.2.6	Personlige faktorer	15
<b>4</b>	<b>Faglig indsats</b>	<b>16</b>
4.1	Talehørepedagogisk indsats	17
4.1.1	Audiologisk indsats	17
4.1.2	Pædagogisk indsats	17
4.1.3	Delkomponenter i den talehørepedagogiske indsats	18
4.1.4	Kommunikativ støtte	18
4.1.5	Hørehjælpemidler	18
4.1.6	Familiecentreret indsats	19
4.2	Systematisk opfølgning på progression med korte intervaller	19
4.3	Inklusion i talemiljøer	20
4.3.1	Inklusion i dagtilbud	20
4.3.2	Inklusion i grundskolen	20
4.3.3	Inklusion på ungdomsuddannelser	21

4.4	AVT (Auditory Verbal Therapy) .....	22
4.5	Faglige kompetencer .....	23
4.6	Faglig specialviden .....	23
<b>5</b>	<b>Organisering og samarbejde .....</b>	<b>24</b>
5.1	Organisering .....	25
5.1.1	Organisering af tidlig indsats .....	25
5.1.2	Rehabiliteringsindsats på specialiseret niveau .....	25
5.1.3	Rehabiliteringsindsats på højt specialiseret niveau .....	25
5.2	Aktører og fagpersoner .....	26
5.2.1	PPR .....	26
5.2.2	Audiologopæden .....	27
5.2.3	Dagtilbudslederen .....	28
5.2.4	Skolelederen .....	28
5.2.5	Ungdomsuddannelsesinstitutionens leder .....	29
5.2.6	Øvrige kommunale faggrupper .....	29
5.2.7	Højt specialiserede undervisningstilbud på tegnsprog .....	29
5.2.8	VISO .....	30
5.3	Samarbejde og koordinering .....	31
5.3.1	Koordinering af vidensudvikling .....	31
5.3.2	Koordinering mellem kommune og sygehus .....	31
5.3.3	Koordinering internt i kommunen .....	31
5.3.4	Samarbejde med eksterne leverandører .....	32
<b>6</b>	<b>Effekt .....</b>	<b>32</b>
6.1	Tidlig indsats .....	33
6.2	Effekt af talehørepedagogisk indsats .....	34
6.3	Kernekomponenter i et virkningsfuldt indsatsforløb .....	34
6.4	Potentielle gevinster ved forløbsbeskrivelsen .....	35
<b>7</b>	<b>Anvendelse af og opfølgning på forløbsbeskrivelsen .....</b>	<b>36</b>
7.1	Tværkommunal implementeringsplan .....	37
7.2	Evaluering af forløbsbeskrivelsens anvendelse .....	38
<b>8</b>	<b>Bilag .....</b>	<b>39</b>
8.1	Bilag 1: Om forløbsbeskrivelsen .....	40
8.2	Bilag 2: Gevinster ved anvendelse af forløbsbeskrivelsen .....	42
8.3	Bilag 3: Lovgrundlag for forløbsbeskrivelsens faglige indsatser .....	43
<b>9</b>	<b>Referencer .....</b>	<b>44</b>



# 1. ANBEFALINGER





# 1. ANBEFALINGER

Den aktuelle indsats over for børn og unge med tidligt konstateret høretab betyder, at mange af disse børn og unge i dag kommer til at høre og får talesprog. Dermed styrkes mulighederne markant for, at børnene kan inkluderes i såvel almene dag-, skole- og undervisningstilbud som i samfundet generelt.

Forløbsbeskrivelsen beskriver, hvordan kommuner og andre relevante aktører kan organisere rehabiliterings- og undervisningsforløbet for børn og unge med tidligt konstateret høretab med henblik på at

- Styrke børnenes funktionsevne og muligheder for aktivitet og deltagelse
- Iværksætte indsatser med størst mulig effekt
- Optimere ressourceudnyttelsen og effektivisere opgaveløsningen.

Forløbsbeskrivelsen har særligt fokus på undervisningsområdet og præsenterer det aktuelle vidensgrundlag, hvorfra den fremadrettede praksis- og vidensudvikling kan tage afsæt. Forløbsbeskrivelsen afdækker ikke, i hvilket omfang der eksisterer højt specialiserede tilbud til målgruppen i dag, men præsenterer Socialstyrelsens anbefalinger til, hvori et højt specialiseret indsatsforløb består. Socialstyrelsen har på den baggrund formuleret nedenstående anbefalinger.

## 1.1 Tidlig stimulering af talesprog

Der er en særlig kritisk periode for sprogtilegnelse de første leveår, og børn med tidligt konstateret høretab er i risiko for at udvikle en varig sprogforsinkelse. En tidlig indsats med høreteknologi er afgørende for et virkningsfuldt forløb men kan ikke stå alene. Der bør iværksættes en talehørepædagogisk indsats for at udnytte det fulde potentiale for talesprog. Det gælder uanset hvilken form for høreteknologi, der anvendes.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at PPR iværksætter en talehørepædagogisk indsats fra det øjeblik, høretabet er konstateret. Det vil sige, før barnet er endeligt udredt og behandlet med høreapparater, Cochlear Implantat o.a.

## 1.2 Forældre er centrale aktører i indsatsen

Forældrene er ikke kun centrale for barnets almene trivsel og udvikling, men også essentielle for en effektiv udvikling af barnets sproglige færdigheder og kommunikative kompetencer.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at forældrene, så snart høretabet er konstateret, tilbydes vidensbaseret rådgivning om vigtigheden af tidlig kommunikation og sprogtilegnelse.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at forældrene involveres og undervises i den talehørepædagogiske indsats gennem hele forløbet.

## 1.3 Tværkommunalt og tværfagligt samarbejde

Den enkelte kommune vil som udgangspunkt ikke have højt specialiserede tilbud eller vidensmiljøer til børn og unge med tidligt konstateret høretab, men kommunen har ansvaret for at inddrage og sammensætte en højt specialiseret indsats, fx i tværkommunale, regionale eller landsdækkende samarbejder.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at kommunerne inddrager højt specialiserede tilbud eller vidensmiljøer i forløbet for børn og unge med tidligt konstateret høretab.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at den højt specialiserede indsats organiseres i tværkommunale/-regionale samarbejder og netværk.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at kommunerne anvender VISO i Socialstyrelsen, når kommunerne har behov for supplerende ekspertise, viden og erfaring i forhold til børn og unge med tidligt konstateret høretab.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at kommuner og sygehuse løbende samarbejder og koordinerer de audilogiske og talehørepædagogiske indsatser på tværs af social-, sundheds- og undervisningsområdet.

# 1. ANBEFALINGER

## 1.4 Tale/høre-tilgang

En tale/høre-tilgang udgør hovedsporet i indsatsen til børn og unge med tidligt konstateret høretab. Det vil sige, at langt de fleste børn vokser op med talesprog som primær kommunikationsform. Pædagogisk rehabilitering af børnene består af tre hjørneste:

- Familiecentreret undervisning/sprogstimulering
- Systematisk opfølgning på progression
- Inklusion i talemiljøer.

I forhold til rehabilitering ad talesproglig vej regnes Auditory Verbal Therapy (AVT) i dag for en effektiv metode til at sikre målgruppen talesprog, læring og kommunikation. Metoden bygger på ovenstående hjørneste.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at den talehørepædagogiske del af undervisningen tager udgangspunkt i AVT-metodens principper og retningslinjer.

## 1.5 Tegnsprog

FN's handicapkonvention forpligter kommunerne på at anerkende og støtte tegnsprog som minoritetssprog og som et kulturbærende og identitetsskabende sprog. Forældrene spiller en central rolle i beslutningen om, hvorvidt barnet skal lære tegnsprog. Samtidig er der en lille gruppe af børn med tidligt konstateret høretab, som ikke kan opnå funktionel hørelse ved hjælp af høreteknologi og talehørepædagogisk undervisning.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at kommunerne inddrager højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer med tegnsproglige kompetencer i indsatser til børn, der skal lære dansk tegnsprog.

## 1.6 Inklusion i almene dag-, skole- og uddannelsesstilbud

Inklusion i talesproglige miljøer udgør hovedsporet for børn og unge med tidligt konstateret hø-

retab. Det vil sige, at langt de fleste børn og unge med den nødvendige støtte kan indgå i almene børne- og undervisningsmiljøer. Tilrettelæggelsen af de enkelte indsatser i indsatsviften skal således dimensioneres efter, at de fleste børn kan komme til at høre, at de har potentiale til at udvikle talesprog, og at de kan inkluderes i almene tilbud.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at kommunerne tilrettelægger indsatsen med henblik på at inkludere børn og unge med tidligt konstateret høretab i almene dag-, skole- og uddannelsesstilbud, herunder sikrer de nødvendige hensyn og den relevante støtte.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at kommunerne anvender specialundervisningstilbud til børn og unge med tidligt konstateret høretab, hvis de samtidigt har andre funktionsnedsættelser, der nødvendiggør specialundervisning.

## 1.7 Systematisk vidensudvikling

Forløbsbeskrivelsen tager afsæt i den nationale koordinationsstruktur, som er forankret i Socialstyrelsen, og bidrager dermed til at styrke kvalitet, samarbejde og vidensudvikling i forhold til det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. I forlængelse heraf har forløbsbeskrivelsen til formål at understøtte systematisk vidensarbejde i praksis samt på længere sigt til at styrke vidensbaseringen af indsatsen over for børn og unge med tidligt konstateret høretab.

**Socialstyrelsen anbefaler**, at de højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer bidrager til dokumentation og udvikling af den faglige kvalitet, praksis og metode i forhold til den samlede gruppe af børn og unge med tidligt konstateret høretab samt bidrager til vidensbaserings af indsatsernes effekt.



## 2. INDLEDNING







## 2. INDLEDNING

Evalueringen af kommunalreformen<sup>1</sup> viste, at kommunerne i stigende grad prioriterer at yde sociale indsatser til borgerne i eget lokalområde i stedet for at benytte specialiserede tilbud i regioner og andre kommuner. Udviklingen har medført en bekymring for, om der fremover vil være den rette viden og kompetencer til stede på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Folketinget har derfor vedtaget at oprette en national koordinationsstruktur, som i henhold til lov om social service § 13b er forankret i Socialstyrelsen. Den nationale koordinationsstruktur skal sikre, at der eksisterer det rette udbud af højt specialiserede tilbud og indsatser til borgere, som har funktionsevneudsættelser, der ikke forekommer særligt hyppigt, samt særligt komplekse sociale problemer.

Undervisningsministeriet indgår i arbejdet med den nationale koordinationsstruktur, for så vidt angår området for den mest specialiserede specialundervisning.

Den nationale koordinationsstruktur indbefatter, at Socialstyrelsen løbende udarbejder vejledende, faglige forløbsbeskrivelser. En forløbsbeskrivelse er en overordnet beskrivelse af et samlet og koordineret forløb på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. Den indeholder aktuel viden om, hvilke virkningsfulde indsatser der er centrale for målgruppen, herunder hvilke faglige kompetencer der er relevante at inddrage på forskellige tidspunkter i borgerens samlede forløb.

For uddybende information om forløbsbeskrivelsens udarbejdelse henvises til bilag 1.

### 2.1 Forløbsbeskrivelsen for børn og unge med tidligt konstateret høretab

Baggrunden for forløbsbeskrivelsen vedrørende børn og unge med tidligt konstateret høretab er de senere års udvikling i en række forhold, der har

markant betydning for rehabiliteringen og undervisningen af disse børn og unge.

Varigt høretab i den tidlige barndom kan være forbundet med udvikling af betydelige kommunikationsvanskeligheder, der har konsekvenser for deltagelse i sociale fællesskaber livet igennem.

Den teknologiske udvikling gennem de seneste årtier mod stadig mere avancerede høreapparater, Cochlear Implantater, hjernestammeimplantater mv. har øget og øger fortsat omfanget af de positive resultater, som det potentielt er muligt at opnå i forhold til målgruppens kommunikation og sprog. Samtidig udvikler vidensgrundlaget sig løbende med hensyn til, hvad der er de rette og rettidige pædagogiske indsatser til at understøtte, at alle børn og unge i målgruppen får mest muligt ud af deres kommunikative potentialer.

For at kunne realisere børnenes potentiale er det nødvendigt med en indsats- og tilbudsvifte, der er ajour med aktuel viden om den teknologiske udvikling og pædagogiske metoder. Indsats- og tilbudsviften vil endvidere skulle afspejle, at der inden for målgruppen ses en stor variation i forudsætninger og resultater i forhold til kommunikativ progression.

Evalueringen af kommunalreformen fra 2013 peger samtidig på, at øget inklusion af børn med høretab i almene kommunale undervisningstilbud afføder et øget behov for koordinering af højt specialiseret rådgivning til det lokale niveau.

På grund af udviklingen i målgruppens sproglige potentialer og kommunikative funktionsevne kan det være vanskeligt at skaffe sig klarhed over indsatsforløbet for målgruppen. Forløbsbeskrivelsen har til formål at beskrive de højt specialiserede indsatser til målgruppen, samt hvilken organisering og koordinering der bedst sikrer de rette tilbud samt et helhedsorienteret og sammenhængende forløb for børn og unge med tidligt konstateret høretab.

## 2. INDLEDNING

### 2.2 Begrebsdefinitioner

**Rehabilitering;** Rehabilitering omfatter målrettede og tidsbestemte forløb af koordinerede ydelser og tilbud på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, som har til formål, at borgeren erhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne, så borgeren kan leve et så selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv som muligt<sup>2</sup>. Forløbsbeskrivelsen har særligt fokus på den del af rehabiliteringen, som omhandler højt specialiserede indsatser på undervisningsområdet, men inddrager også i et vist omfang indsatser på lavere specialiseringsniveauer samt fra andre sektorområder, fx social- og sundhedsområdet.

**Tidligt konstateret høretab;** Høretabet betegnes som tidligt, når det er medfødt eller opstået, inden barnets grundlæggende sproglige kompetencer er på plads. Det vil for de fleste børn sige omkring fireårsalderen, om end der kan være store individuelle forskelle på børns udvikling af sprog<sup>3,4</sup>. Perioden fra 0-4 år er særlig vigtig for barnets sprogudvikling, hvorfor et høretab i denne periode har store konsekvenser for grundlæggelsen af de sproglige kompetencer.

**Indsats:** En indsats er en handling, der er koncentreret og rettet mod et resultat. En indsats indebærer, at der over et afgrænset tidsrum anvendes (ekstra) ressourcer med henblik på at opnå et resultat<sup>5</sup>. En social indsats består af en eller flere ydelser, som leveres til en eller flere borgere af et eller flere tilbud, og som skal forebygge eller tilgodese behov, som følger af en nedsat funktionsevne, og som gives med henblik på at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse eller forbedre livskvaliteten.

**Højt specialiserede indsatser:** Indsatserne vil typisk være specialtilrettelagte og bestå af en kombination af flere specialiserede ydelser, hvor det forudsættes, at personalet har højt specialiseret viden og indgående kendskab til og erfaring med den konkrete målgruppe. Den højt specialiserede indsats er typisk ikke udbredt til mange lokale indsatser, men er kun tilgængelig relativt få steder i landet. Det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde består derfor af indsatser, som meget få borgere vil få behov for i løbet af deres liv. Der er tale om målgrupper, der er meget små, eller hvor der er tale om en målgruppekompleksitet, der skaber behov for en faglig specialviden.

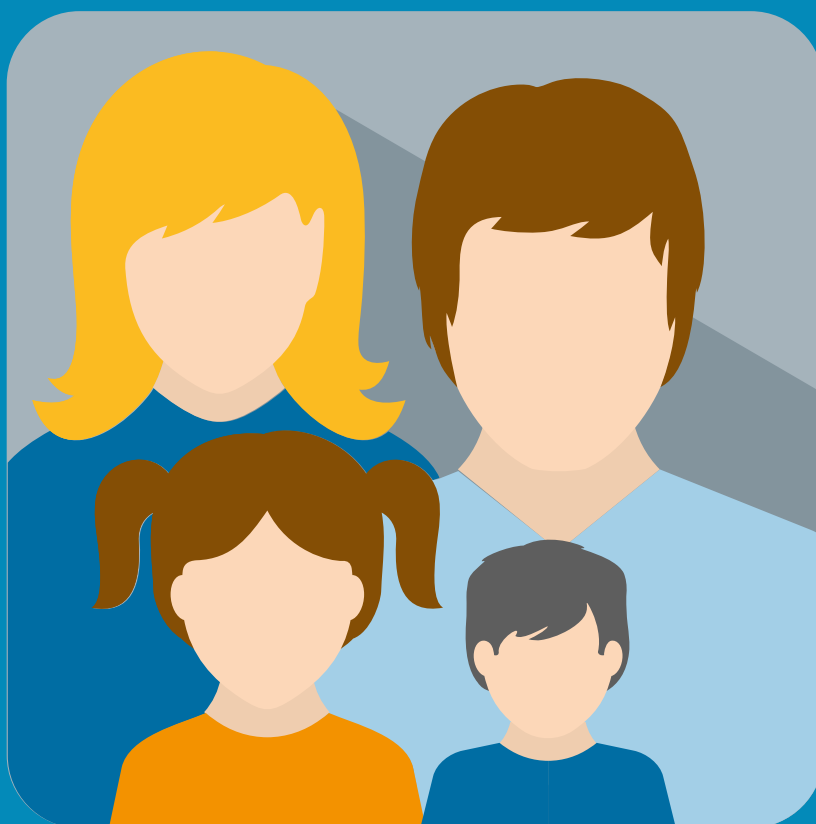
**Tilbud:** Et tilbud er en organisation, der leverer ydelser. Der kan også bruges begrebet 'leverandør'<sup>6</sup>. Højt specialiserede tilbud er tilbud, der leverer højt specialiserede indsatser.

**Vidensmiljø:** Vidensmiljø er et fagligt miljø, hvis fagpersoner er forankret i en organisation eller institutionel ramme, der med udgangspunkt i praksis arbejder med vidensudvikling og vidensdeling i forhold til en eller flere konkrete målgrupper på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. Med fagligt miljø forstås mindst tre personer, der har samme eller beslægtet faglighed. Med udgangspunkt i praksis forstås, at vidensudviklingen, der finder sted i det faglige miljø, tager udgangspunkt i gentagne praksiserfaringer med en konkret målgruppe og indsatser i relation hertil.

**Høreteknologi:** Høreapparater, Cochlear Implant (CI), Bone Anchored Hearing Systems (BAHS) og Auditory Brainstem Implant (ABI).



## 3. MÅLGRUPPE





## 3. MÅLGRUPPE

Målgruppen for forløbsbeskrivelsen er børn og unge fra 0-18 år, der har behov for en højt specialiseret indsats på grund af et tidligt konstateret høretab. Høretabet betegnes som tidligt, når det er medfødt eller opstået, inden barnets grundlæggende sproglige kompetencer er på plads. Der er tale om en målgruppe, som er meget lille, og hvor der lokalt er et begrænset grundlag for at opbygge højt specialiseret viden. Samtidig er der tale om en målgruppe, hvor der både kan optræde en særlig sværhedsgrad i den enkelte funktionsnedsættelse eller en flerhed af funktionsnedsættelser, som kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden.

Høretab forstås i forløbsbeskrivelsen i forhold til funktionsevne og ikke diagnose. Det vil sige, at børn og unge er inkluderet i målgruppen, hvis høretabet medfører sprog- og kommunikationsvanskeligheder med betydelige konsekvenser for aktivitet og deltagelse.

Det vil sige, at forløbsbeskrivelsens målgruppe er:

- Alle børn og unge mellem 0-18 år med et varigt høretab, der er medfødt, gradvist tiltaget eller akut opstået inden fireårsalderen. Udvikling af sprog og funktionel kommunikationsevne via talesprog vil være begrænset til et minimum eller slet ikke mulig uden kompensation med høreteknologi (høreapparater, Cochlear Implantat (CI) o.a.) og en særligt tilrettelagt talehørepedagogisk indsats på flere specialiseringsniveauer.
- Målgruppen omfatter også børn og unge, der ud over et tidligt, varigt høretab også har én eller flere andre funktionsnedsættelser.

### 3.1 Målgruppens demografi

#### 3.1.1 Volumen

Børn og unge med tidligt konstateret høretab er overordnet en lavfrekvent og heterogen gruppe. Der foreligger ikke eksakt viden om, hvor stor målgruppen er. Det hænger blandt andet sammen med, at de centrale registerdata, der er tilgængelige om målgruppen i Danmark, kun oplyser om diagnose, som ikke giver sikker information om sproglig og kommunikativ funktionsevne.

#### *Udbredelse af høretab*

Høretab forekommer hos cirka 1-2 ud af 1000 nyfødte børn, og hyppigheden stiger op igennem barndommen og voksenlivet<sup>7,8,9</sup>.

Ved fireårsalderen har cirka 3 ud af 1000 børn et høretab<sup>10</sup>.

#### *Årsager*

Cirka halvdelen af alle varige høretab er nedarvet. Nogle arvelige høretab viser sig ikke ved fødslen, men først i løbet af barndommen eller senere. Nedsat hørelse, der ikke er arvet, kan blandt andet skyldes meget for tidlig fødsel, infektioner i fosterlivet eller i tidlig barnealder, støjskade eller skadevirkning af visse typer medicin<sup>11</sup>.

#### *Udbredelse af høreteknologi*

Der findes ingen statistik på, hvor mange børn og unge der har høreapparat, men på baggrund af beregninger på forekomsten for høretab og høreapparater blandt børn<sup>12,13</sup> anslås det, at der på landsplan er cirka 2500-2800 børn og unge i alderen 0-18 år, som behandles med høreapparater.

Knap 700 børn og unge i alderen 0-18 år er aktuelt behandlet med CI<sup>14</sup>. Sundhedsstyrelsen forventer, at 24-36 børn årligt kommer i betragtning til behandling med CI på grund af et medfødt høretab<sup>15</sup>. Dertil kommer 10-12 børn årligt, som gradvist eller pludseligt mister så meget hørelse, at de kommer i betragtning til behandlingen.

ABI gives i de få tilfælde, hvor hørenerven enten mangler eller ikke fungerer og i tilfælde af en deform øresnegl, som udelukker CI.

#### **3.1.2 Forekomst af komplekse funktionsnedsættelser**

20-40 % af høretab ledsages af andre funktionsnedsættelser<sup>16,17</sup>. Blandt nedarvede høretab kan det skyldes syndromer, som nogle gange, men ikke altid, betyder, at høretabet er kombineret med andre funktionsnedsættelser. Ellers kan andre funktionsnedsættelser være forårsaget af enhver komplicerende faktor, som kan indtræde på tværs

## 3. MÅLGRUPPE

af alle børn<sup>18</sup>. Eksempelvis for tidlig fødsel og udviklingshæmning.

Forekomsten af psykosociale problemer hos børn og unge med høretab synes forhøjet i forhold til børn og unge uden høretab<sup>19,20,21</sup>. Især børn og unge, som har funktionsnedsættelser i tillæg til høretabet, og som ikke har et velfungerende sprog, oplever problemer<sup>22,23</sup>.

### 3.1.3 Sociodemografiske forhold

Målgruppen fordeler sig ligeligt på køn, geografisk placering og forældres uddannelsesbaggrund.

#### *Familiens hørestatus*

Selv om halvdelen af høretab er arveligt betinget, så fødes 90-95 % af alle børn med høretab ind i familier, hvor de øvrige familiemedlemmer er hørende og er uden forudgående erfaring med døvhed<sup>24,25</sup>.

#### *Familietype*

82 % af børn og unge med høretab har forældre, som er gift eller samlevende, og 11 % har en forælder, som er eneforsørger. For børn og unge i almindelighed gælder det for henholdsvis 68 % og 16 %<sup>26</sup>.

#### *Forældres beskæftigelsessituation*

78 % af forældre til børn og unge med høretab er i beskæftigelse, hvilket svarer til tallet for andre forældre til børn og unge med funktionsnedsættel-

se. Tallet er kun en anelse lavere end for forældre i almindelighed<sup>27</sup>.

#### *Familiens økonomiske situation*

De fleste forældre til børn og unge med høretab bedømmer selv deres økonomiske situation som god. Kun 6 % kalder den dårlig, mens 53 % kalder den god, og 12 % kalder den særdeles god<sup>28</sup>.

#### *Skolepræstationer*

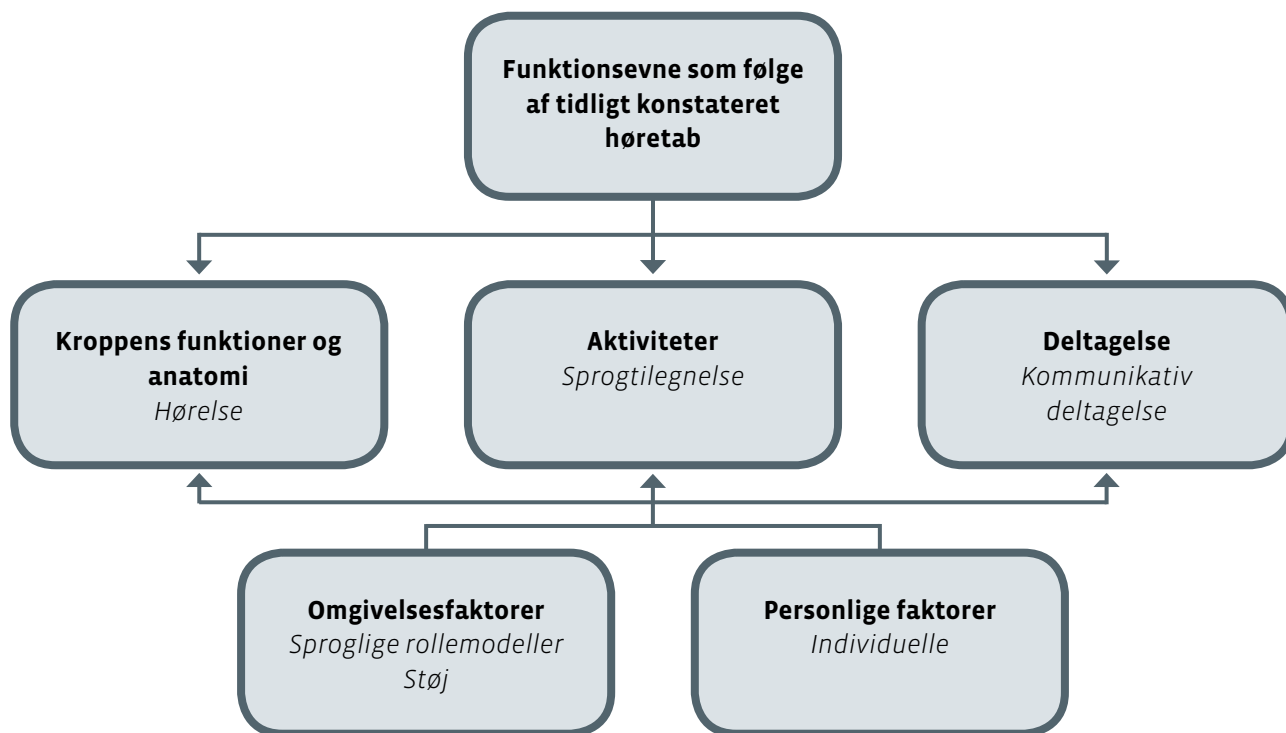
Forældre til børn og unge med høretab vurderer generelt deres barns skolepræstationer lavere end forældre til børn og unge i almindelighed. 46 % af forældrene til børn og unge med høretab vurderer, at deres barn ligger på et middelniveau i skolen (16 % af forældre til børn og unge i almindelighed), 33 % mener, at deres barn ligger over middel (81 % af forældre til børn og unge i almindelighed), mens 21 % mener, at deres barn ligger under middel (3 % af forældre i almindelighed)<sup>29</sup>.

### 3.2 Målgruppens funktionsevne-nedsættelser

Funktionsevne udgøres ifølge ICF-CY af tre faktorer: Kroppens funktioner og anatomi samt muligheder for aktiviteter og deltagelse. Disse kan gensidigt påvirkes af personlige faktorer og omgivelserfaktorer<sup>30</sup>.

Målgruppens funktionsevnenedsættelse knytter

## 3. MÅLGRUPPE



sig til hørelse, sprogtilegnelse og kommunikativ deltagelse. I forhold til omgivelser er sproglige rollemodeller og støj centrale faktorer.

### 3.2.1 Hørelse

Høresansen er den første sans, der udvikles, og allerede i sjette måned har fostret en fuldt udviklet høresans. Medfødt eller tidligt indtrådt høretab indebærer en udeblevet eller forsinket integration af høresansen. Det vil sige udvikling af hjernens evne til at sortere, organisere og bearbejde lydindtryk<sup>31</sup>. Sansintegrationen kan først påbegyndes efter fødslen og behandling med høreteknologi. Der er en kritisk periode for, hvornår denne integration af høresansen skal være sket, for at det ikke får varige konsekvenser for den sproglige udvikling<sup>32,33</sup>.

Et høretab indebærer nedsat eller manglende evne til at opfange og skelne lyde i omgivelserne, herunder sproglyde. Hørelse er også en afstandssans. Høretab mindsker evnen til at opfange lyde over en vis afstand, afhængig af hvor kraftig lyden er, og hvor meget støj der er<sup>34,35</sup>. Brug af høreteknologi giver opfattelse af talelyde og større lytteradius,

men ikke en hørefunktion der fungerer som normal hørelse<sup>36</sup>.

### 3.2.2 Sprogtilegnelse

Høretab begrænser sprogtilegnelsen hos børn<sup>37</sup>. Spædbørn og små børn tilegner sig sprog ved at høre det omkring dem. For et barn med høretab er der ikke den samme automatik i forhold til læring af sprog.

Et medfødt høretab betyder forsinket sprogudvikling fra fødslen. Allerede under graviditeten er fostres opmærksomhed rettet mod sproglyde<sup>38,39</sup>. Et barn, der kommer til verden med høretab, har ikke samme erfaring med sprog allerede fra fødslen.

Efter fødslen fortsætter høretabet med at være kritisk for en normal sprogudvikling<sup>40</sup>. Der er en begrænset tidsperiode, hvor børn skal udsættes for sprog, for at der kan finde en normal sprogudvikling sted<sup>41,42,43,44,45</sup>. De første fire leveår er en særlig sensitiv periode<sup>46,47,48</sup>. Hvis sprogtilegnelsen påbegyndes efter denne periode, er der risiko for, at barnet ikke opnår fuld sprogbeherskelse<sup>49,50</sup>. Et

## 3. MÅLGRUPPE

barn med høretab har ikke de samme forudsætninger for at tilegne sig sprog inden for den kritiske periode, som giver sig selv ved normal hørelse.

Høretabets begrænsninger på barnets umiddelbare adgang til et rigt og sprogligt input har betydning for den tidlige opbygning af ordforråd. Denne funktion er central i børns 2. leveår<sup>51</sup>. Der er sammenhæng mellem de tidlige sproglige kompetencer og senere læsning<sup>52,53</sup>. I den forbindelse spiller ordforrådet en vigtig rolle for læseforståelsen. Forudsætningerne for senere udvikling af læse- og skrivekompetencer grundlægges ikke hos et barn med høretab på samme måde i de tidlige leveår, som hos børn i al almindelighed<sup>54</sup>.

### 3.2.3 Kommunikativ deltagelse

Sproget har mange kommunikative formål. Det handler ikke kun om at udveksle informationer rent sprogligt og om at kunne bruge sproget i sig selv. Det handler også om at kunne bruge det i socialt samvær, fx til at samarbejde, udveksle meninger og dele tanker med andre<sup>55</sup>.

Sammenhængen mellem sprog og socialisering er en faktor af særlig betydning for børn og unge med høretab<sup>56</sup>. Kommunikativ deltagelse er afgørende i forhold til det at kunne udvikle sig socialt, emotionelt og kognitivt i samspil med andre.

### 3.2.4 Sproglige rollemodeller

Børn lærer sprog af voksne, der fungerer som sproglige rollemodeller og udfordrer børnene til at øge den sproglige kompleksitet<sup>57</sup>. Børn evner fælles opmærksomhed omkring sprog allerede, når de er omkring 7-9 måneder gamle<sup>58</sup>. Børns sproglige kompetencer styrkes således især i nære relationer til de voksne, der omgiver børnene. Hos helt små og mindre børn vil forældre og andre nærtstående familiemedlemmer være centrale sprogmodeller<sup>59,60</sup>.

Børn tilegner sig først deres modersmål. Det vil sige det sprog, der er familiens sprog. Barnet har gennem modersmålet adgang til et varieret sprogligt input og mulighed for at høre ordene brugt på forskellig vis i forskellige sammenhænge. Ud over udveksling af sproglig information, så er beherskel-

se af modersmålet også nødvendigt for børnene for at kommunikere om tanker og følelser i de nære relationer<sup>61</sup>.

Hørende familiers sprog er talesprog og oftest forældrenes modersmål. Døve familiers sprog er tegnsprog. For hørende med et talt sprog som modersmål er tegnsprog et fremmedsprog<sup>62,63</sup>.

Adgang til tegnsprog har tidligere været centralt for børn født uden hørelse (døve). Det er et selvstændigt sprog med egen grammatik, syntaks og udviklingshistorie og er således hverken et kommunikationshjælpemiddel eller et kunstsprog<sup>64</sup>. Stadigt færre lærer tegnsprog. Det tilskrives udviklingen i de høreteknologiske muligheder, og at de fleste børn med høretab i dag tilegner sig familiens sprog som modersmål.

I rapporten 'Børn med høretab og døve børn' (2015) behandler Institut for Menneskerettigheder de rettighedsmæssige aspekter af målgruppens sprog i henhold til FN's Handicapkonvention, herunder tegnsprog<sup>65</sup>.

### 3.2.5 Støj

Støj er ofte et problem for børn og unge med høretab<sup>66</sup>. Støj trætter og gør det vanskeligt at skelne talesprogets små nuancer, især når der er afstand til den talende. Selvom høreteknologi gør, at barnet hører talelyde med en passende styrke, kan det alligevel være svært at forstå, hvad den talende siger. Lydene fra omgivelserne forstærkes også, når talelydene forstærkes.

### 3.2.6 Personlige faktorer

De personlige faktorer er væsentlige og betydningsfulde for barnets adfærd og mestringsevne. Disse faktorer består af personlige træk hos det enkelte barn, som ikke er en del af barnets helbred eller helbredsrelaterede tilstand. Personlige faktorer kan omhandle køn, etnicitet, alder, vaner, livsstil m.m.



## 4. FAGLIG INDSATS







## 4. FAGLIG INDSATS

Dette afsnit afgrænser og beskriver de centrale indsatser, tilgange, metoder, kompetencer og specialviden på undervisningsområdet. Ydermere berøres tilgrænsende indsatser på sundheds- og socialområdet, for så vidt de har betydning for indsatsen på undervisningsområdet.

Indsatsen vil typisk bestå af en kombination af indsatser fra højt specialiserede tilbud eller vidensmiljøer, en intensivning af indsatsen fra specialiseret niveau samt almene indsatser (se også kapitel om Organisering og samarbejde).

### 4.1 Talehørepædagogisk indsats

Den talehørepædagogiske tilgang udgør i dag hovedsporet i målgruppens rehabiliteringsindsats. Den sundhedsfaglige del af indsatsen i form af afhjælpning af høretab med høreteknologi muliggør i dag så gode kommunikative og sproglige resultater, at den talehørepædagogiske tilgang i dag regnes for en effektiv indsats i forhold til at sikre børn og unge med høretab personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv svarende til deres jævnaldrende<sup>67,68,69,70,71,72,73,74</sup>.

Det er barnets forældre, som vælger tilgang til barnets sprog og rehabilitering. Langt de fleste forældre vælger audiologisk behandling og en talehørepædagogisk tilgang. Tendensen er, at de fleste døve forældre også vælger denne tilgang.

Børn, som vokser op i en døv familie, hvis sprog er tegnsprog, får naturligt tegnsprog som modersmål, hvilket ikke er uforeneligt med en talehørepædagogisk tilgang. Disse børn bliver tosprogede. Døve forældre bør tilbydes rådgivning og vejledning om mulighederne for yderligere indsatser, der kan bidrage til at stimulere udviklingen af barnets talesprog i hverdagen.

Hørende forældre kan også have et ønske om, at de selv og deres barn skal lære tegnsprog. Forældrene skal have mulighed for at foretage beslutningen på baggrund af et aktuelt vidensgrundlag. De skal vejledes i viden om, hvilken betydning det kan have for barnets prognose for inklusion og selvstændighed. Hvis audiologisk behandling og talehøre-

pædagogisk indsats også er forældrenes ønske, skal vejledningen også omfatte, hvilken betydning tegnsprog kan have for talesproglig udvikling.

#### 4.1.1 Audiologisk indsats

Sygehusene tilbyder en tidlig indsats i form af hørescreening af nyfødte og audiologisk behandling med høreteknologi. Børn og unge, der modtager CI eller ABI, tilbydes endvidere et ambulante auditivt genoptræningsforløb af minimum ét års varighed på CI-centret på Gentofte Hospital eller Århus Universitetshospital. Den fortsatte sundhedsfaglige indsats består af løbende opfølgning på og tilpasning af høreteknologien. Formålet med indsatsen er at skabe hørelse og muliggøre udvikling af talesprogsfærdigheder så tidligt som muligt, samt sikre at hørelsen fortsat er optimal. Det sidste er en livslang indsats.

#### 4.1.2 Pædagogisk indsats

Den anden centrale del af rehabiliteringsindsatsen er en talehørepædagogisk indsats. Den er en forudsætning for optimalt udbytte af den sundhedsfaglige del af indsatsen, uanset hvilken form for høreteknologi der anvendes. Formålet er at stimulere barnets opmærksomhed på lyd og tale samt sikre, at den talesproglige udvikling forløber optimalt<sup>75,76,77,78,79,80,81,82,83,84</sup>. Indsatsen iværksættes straks efter, at høretabet er konstateret og kan være en langvarig indsats.

I starten af rehabiliteringsforløbet vil den talehørepædagogiske indsats typisk være særlig intensiv omkring daglige aktiviteter, der stimulerer barnets hørelse og talesprog og samtidig sikrer forældrenes og andre nærtstående familiemedlemmers tidlige kommunikation med barnet. Fokus ændres gradvist og retter sig efterhånden mod systematisk sprogstimulering af mere komplekse sproglige funktioner og derefter også mod undervisning i kommunikative færdigheder. For børn i skolealderen vil indsatsen kunne være særlig intensiv omkring fortsat stimulering i fonologisk opmærksomhed og ordforråd for derved at støtte tilegnelsen af læse- og skrivefærdigheder samt fremmedsprogsfærdigheder.

## 4. FAGLIG INDSATS

### 4.1.3 Delkomponenter i den talehørepædagogiske indsats

En talehørepædagogisk indsats tilbydes barnet i form af en målrettet plan for rehabilitering af barnets lydlig opmærksomhed og talesprog. Indsatsen består blandt andet af følgende centrale delkomponenter, der både retter sig mod barnet og barnets omgivelser:

- Involvering, undervisning og vejledning af resourcepersoner i barnets hverdag, særsomt forældrene og andre nærtstående familiemedlemmer. Forældrevejledning og -støtte inkluderer tre essentielle elementer: (1) information og rådgivning, (2) vejledning i at skabe optimale lytte- og læringsmiljøer og (3) undervisning af forældre i specifikke teknikker til lytte- og sprogstimulering<sup>85,86</sup>
- Stimulering af barnets særlige behov i forhold til integration af høresansen og udvikling af auditive processer<sup>87,88,89</sup>
- Stimulering af barnets særlige behov i forhold til udvikling af impressive, ekspressive og pragmatiske sprogfærdigheder<sup>90,91</sup>, herunder tidlig grundlæggelse af barnets senere læsekompetencer<sup>92,93,94</sup>
- Rådgivning om relevant anvendelse af høretekniske hjælpemidler
- Rådgivning om relevant anvendelse af kompenserende kommunikativ støtte
- Rådgivning om relevant tilpasning af lyd miljøet i barnets daglige omgivelser.

Den talehørepædagogiske indsats tilrettelægges, så der tages højde for barnets individuelle forudsætninger. Der skal ydermere være balance mellem fri leg, voksenstyret leg og undervisning. Endvidere tilrettelægges indsatsen under hensyntagen til familiens ressourcer og eventuelle behov for anden støtte.

### 4.1.4 Kommunikativ støtte

Iværksættelse af en indsats inden for kommunikativ støtte koordineres med den talehørepædagogiske indsats. Indsatsen beror således på tværfaglig vurdering, hvor den talehørepædagogiske eksper-

tise inddrages for med udgangspunkt i det enkelte barn at vurdere relevansen af kommunikativ støtte, samt hvilken støttetype der vil være velegnet.

Inden for målgruppen kan der være stor spredning i talesprogligt udbytte, men mange kan opnå lytte- og talesprogsfærdigheder i samme tempo som jævnaldrende med normal hørelse<sup>95</sup>. Sen eller langsom taleudvikling er ikke indikation på, at der bør skiftes tilgang i rehabilitering af barnets kommunikation og sprog<sup>96</sup>.

Den talehørepædagogiske indsats skal være monitorerende, undersøgende og helhedsorienteret i sin grundforståelse. Det vil sige, at såfremt den talehørepædagogiske indsats ikke leder til den forventelige progression i taleudvikling, så adresseres dette straks. Der kan være behov for at intensivere indsatsen yderligere. I nogle tilfælde vil der være behov for en vurdering eller udredning med henblik på at afdække, om barnet kan have andre vanskeligheder af social, psykisk eller fysisk art, som kan influere på taleudviklingen og kræve ekstra støtte og yderligere ekspertise. Tilstedeværelsen af andre funktionsnedsættelser eller sociale problemstillinger er ikke en kontraindikation for en talehørepædagogisk tilgang<sup>97,98,99,100,101</sup>.

Et barn, der er udviklingshæmmet, vil have behov for støtte til kommunikation i form af Tegn Til Tale. Børn, som ikke selv kan tale (men måske høre og forstå), tilbydes kompenserende kommunikation i form af fx støttende tegn, Boardmaker og talemaskiner.

Børn, som ikke opnår at kunne høre talelyde med høreteknologi, tilbydes en tegnsproglig indsats.

### 4.1.5 Hørehjælpemidler

Hørehjælpemidler stilles til rådighed for børn og unge med høretab i både hjem, dagtilbud, skole og fritidsaktiviteter. Det er en indsats, der altid skal koordineres med den talehørepædagogiske indsats. Indsatser med hørehjælpemidler beror således på en tværfaglig vurdering, der inddrager både talehørepædagogisk og høreteknisk ekspertise for med udgangspunkt i det enkelte barn at vurdere

## 4. FAGLIG INDSATS

relevans af hørehjælpemidler, samt hvilken type der vil være velegnet

### 4.1.6 Familiecentreret indsats

Forældre og andre nærtstående familiemedlemmer deltager aktivt i den talehørepædagogiske indsats. Det vil sige, at indsatsen består af et program for vejledning og undervisning af forældre og andre nærtstående familiemedlemmer i, hvordan de løbende understøtter og sikrer progression i barnets talesproglige udvikling.

Den talehørepædagogiske indsats involverer således hele familien. Forældre, søskende, bedsteforældre og andre nærtstående anses for barnets primære lærere af talesprog, idet de er sammen med barnet i hverdagen. Forældre vil typisk være de primære ansvarlige i familien for samarbejdet med fagprofessionelle omkring den talehørepædagogiske indsats. Umiddelbart kan det synes som om, at det er audiologopæden, der træner barnet, men mere præcist er der tale om, at audiologopæden underviser forældrene i, hvordan de samarbejder med barnet og andre familiemedlemmer eller nærtstående om at stimulere lytning og tale i forbindelse med leg og hverdagsaktiviteter. Der er således tale om en indsats, som forudsætter, at især forældrene har mulighed for at deltage i læn-gerevarende vejlednings- og undervisningsforløb for sammen med barnet at kunne være de aktive aktører i rehabiliteringsforløbet.

I den tidlige indsats til små børn vil det være voksne, som undersøger og vurderer børnenes behov, men det er vigtigt, at der sker en reel inddragelse af det enkelte barn. Alle børn og unge skal uanset alder og udviklingstrin have mulighed for at gøre opmærksom på egne behov og blive lyttet til. Målsætningen bør være, at barnet/den unge ved deltagelse i alle aspekter af rehabiliteringsprocessen får reel mulighed for at tilegne sig nye handlekompetencer og opnå en øget mestring af eget liv samt at opleve, at 'projektet' er deres eget for derved at få styrket deres motivation for at arbejde videre med egen rehabilitering og undervisning.

Når barnet når skolealderen, vil indsatsen skulle kombineres med undervisning i skolen. Indsatsen tilrettelægges, så den ud over fortsat involvering af forældrene samarbejder direkte med barnet individuelt, i grupper eller i klasseværelset.

### 4.2 Systematisk opfølgning på progression med korte intervaller

Rehabiliteringsindsatsen i de enkelte tilfælde gennemføres med en høj grad af systematik med hensyn til målsætning, progressionsplan og resultatopfølgning med korte intervaller. Desuden skal indsatsen som nævnt være monitorerende, undersøgende og helhedsorienteret i sin grundforståelse.

Det gøres blandt andet ved, at der i samarbejde med forældrene og barnet/den unge løbende udarbejdes konkrete planer, som dels indeholder specifikke og præcise mål for barnets progression inden for tale, hørelse, sprog, kognition, kommunikation mv., dels indeholder specifikke teknikker til at facilitere denne progression.

Resultatopfølgning med korte intervaller anvendes til løbende justering og tilpasning af progressionsmålene til barnets behov med henblik på at opnå de resultater, der ønskes på kort og lang sigt. Herudover anvendes resultatopfølgningen til straks at iværksætte relevante udredningstiltag, såfremt den forventelige progression udebliver. I perioder kan det være relevant at foretage opfølgning af barnets progression meget ofte, fx ugentligt.

Generelt vil målsætningen for det enkelte barn være, at det inden skolealderen opnår en talesproglig og kommunikativ funktionsevne, der svarer til jævnaldrende med normal hørelse. Det er vigtigt med høje forventninger til målgruppens potentialer for sprog. Dog skal målsætningen altid sættes i forhold den udvikling, som kan forventes, når barnets individuelle baggrundsfaktorer tages i betragtning, herunder primært hørealder og kognitive forudsætninger.

## 4. FAGLIG INDSATS

### 4.3. Inklusion i talemiljøer

Inklusion af børn og unge med høretab i talesproglige miljøer udgør en væsentlig del af indsatsen til målgruppen. Det vil sige, at målgruppen som hovedregel inkluderes i almene dagtilbud og skoler.

Inklusion af børn og unge, som udelukkende anvender tegnsprog, i talemiljøer kan udgøre en særlig udfordring. Det skyldes dels hensynet til børnenes sproglige og personlige udvikling samt identitetsmæssige tilhørsforhold til andre børn og voksne, der anvender tegnsprog, dels det forhold, at tegnsprog er minoritetssprog, som kun meget få personer behersker, ikke mindst blandt pædagoger og lærere samt andre børn.

#### 4.3.1 Inklusion i dagtilbud

Inklusion af børn med høretab kan som hovedregel planlægges og tilrettelægges ud fra, at barnet kan deltage i alle aspekter og niveauer af pædagogiske aktiviteter.

Dagtilbuddets pædagogiske aktiviteter skal koordineres med den særlige talehørepædagogiske undervisning, der er iværksat i forbindelse med barnets rehabilitering.

For at understøtte barnets trivsel, udvikling og læring kan der ydes ekstra støtte. Støtten ydes i en kortere eller længere periode og er en supplerende ressource ud over den daglige understøttelse af barnet. Børn med høretab kan parallelt med den særlige talehørepædagogiske undervisning også have udbytte af at deltage i sproggrupper til børn med sprogvanskeligheder.

Børn, der har et støttebehov, som ikke alene kan dækkes inden for disse rammer, tilbydes et særligt dagtilbud.

Et barn med høretab kan blive hurtigere træt end andre børn. Barnet vil kunne have behov for i løbet af dagen at være i mindre grupper og rum eller at have kortere dage i dagtilbuddet.

#### Miljø

Støj har stor betydning for børnenes udtrætning

og muligheder for deltagelse i pædagogiske aktiviteter og leg med andre børn. Gode talevaner indendørs og inddragelse af teknikker til at minimere baggrundsstøj og rumklang i lokalerne er afgørende. I denne sammenhæng er det vigtigt, at alle børn så tidligt som muligt bliver bevidste om støj og bidrager til hensigtsmæssig kommunikation.

#### 4.3.2 Inklusion i grundskolen

Undervisning af elever med tidligt konstateret høretab kan som hovedregel planlægges og tilrettelægges ud fra, at eleven skal kunne deltage i alle aspekter og niveauer i den almene undervisning og opnå resultater svarende til elever med normal hørelse.

Undervisningen af eleven skal koordineres med den særlige talehørepædagogiske undervisning, der er iværksat i forbindelse med barnets rehabilitering.

#### Almen undervisning

For at understøtte elevens udvikling og læring i almenundervisningen kan der blandt andet anvendes undervisningsdifferentiering og undervisning på mindre hold. Der kan også anvendes tolærorordninger og undervisningsassistenter, som kan hjælpe den enkelte elev og klassen som helhed.

Elever, der har et støttebehov, som ikke alene kan dækkes ved brug af undervisningsdifferentiering og holddannelse, tilbydes supplerende undervisning eller anden faglig støtte.

Nødvendige undervisningsmidler skal stilles til rådighed for eleverne.

Hvis elevens behov ikke kan imødekommes inden for de nævnte rammer, skal eleven tilbydes specialundervisning. Den skal fortrinsvis gives som støtte i den almene undervisning i mindst 9 ugentlige timer.

#### Tilpasning af undervisningen

I forbindelse med tilpasning af undervisningen til elever med høretab kan der nævnes følgende generelle opmærksomhedspunkter:

## 4. FAGLIG INDSATS

- At eleven bliver bekendt med særligt fagsprog og specifikke faglige begreber af hensyn til elevens muligheder for at forberede sig til undervisningslektionen.
- At læreren har viden om, hvilke tilgængelighedsressourcer læreren kan trække på i undervisningen, fx støttelærere, speciallærere, audiologopæder, høretekniske hjælpemidler, tolk, sekretærhjælp mv.
- At læreren har viden om, hvordan læreren håndterer selve undervisningssituationen og strategier til at inkludere eleven i klasse- og skolefællesskabet med de andre elever og skolens personale.

### *Undervisningsmiljøet*

Støj har stor betydning for elevens muligheder for deltagelse i undervisningen. Gode talevaner i klasseværelset og inddragelse af teknikker til at minimere baggrundsstøj og rumklang i undervisningslokalerne er afgørende. I denne sammenhæng er det vigtigt, at alle elever i klassen er bevidste om og støtter op om hensigtsmæssige kommunikative strategier, så det ikke kun er lærerne og eleven med høretab, der varetager disse.

### *Undervisning af børn i tegnsprog*

Ifølge bekendtgørelse om folkeskolens undervisning i tegnsprog tilbydes undervisning i tegnsprog til de elever, der har et så omfattende høretab, at de uanset brug af tekniske hjælpemidler, herunder høreapparat og Cochlear Implantat, afskæres fra eller har meget store vanskeligheder med at opnå en sikker kommunikation ved hjælp af tale<sup>103</sup>.

Formålet med undervisningen i tegnsprog er at øge elevernes forståelse af og færdigheder i at bruge tegnsproget, så eleverne bliver i stand til at kommunikere med andre tegnsprogsbrugere og i situationer, hvor der er tolk til rådighed, med personer, der ikke kan tegnsprog. Eleverne skal desuden tilegne sig viden om tegnsprogets egenart og variation og dets betydning for døve og hørehæmmedes liv og virke.

### 4.3.3 Inklusion på ungdomsuddannelser

Anbefalinger vedrørende tilrettelæggelse og tilpasning af undervisningen og undervisningsmiljøet i forbindelse med almen undervisning i grundskolen gælder også for undervisningen på ungdomsuddannelser.

Ungdommens Uddannelsesvejledning og grundskolen har et særligt ansvar for at igangsætte en proces, der sikrer god overgang fra grundskole til ungdomsuddannelse. Det betyder blandt andet, at den enkelte elevs uddannelsesplan fungerer som et vigtigt redskab til overlevering af viden om, hvilken vejledning, støtte og hjælpemidler eleven tidligere har fået. Eleven, UU-vejlederen og grundskolen kan således i uddannelsesplanen videregive eventuelle overvejelser om behov for støtte i ungdomsuddannelsen. Uddannelsesstedet har derefter ansvar for, at eleven får den rette støtte til at gennemføre ungdomsuddannelsen.

### *Målgruppe i forandring*

De børn og unge med høretab, der i dag er mellem 0-18 år, er en særlig heterogen gruppe, fordi der siden 2005 er sket væsentlige ændringer i den audiologiske indsats. Indførelse af et hørescreenings-tilbud til alle nyfødte, tilbud om CI på begge ører, implantation før etårsalderen samt genoptræning betyder, at prognoserne for at opnå sikker kommunikation via tale er forbedret yderligere for de børn, der er født efter 2005. Det vil sige, at der frem til cirka 2020 vil være unge med høretab, som starter på en ungdomsuddannelse, der kan have særlige behov i forhold til de efterfølgende årgange.

De fleste børn og unge med høretab, der er født før 2005, har også høreapparat eller CI og er talesprogsbrugere. De kan dog i højere grad have behov for høretekniske hjælpemidler (FM-udstyr, teleslyngeanlæg el. lign.) og eventuelt skrivetolk. Typisk vil de ikke have været (fuldt) inkluderet i almene skoletilbud i samme omfang som de efterfølgende årgange. En lille gruppe vil være tegnsprogsbrugere og have behov for tegnsprogstolk i undervisningen.

## 4. FAGLIG INDSATS

Hvis eleven i grundskolen har modtaget undervisning i små specialundervisningsmiljøer, hvor undervisere og klassekammerater har kommunikeret på tegnsprog, vil ungdomsuddannelsen være det første møde med et undervisningsmiljø, hvor undervisningen på mange måder adskiller sig fra det, eleven har været vant til. Det er eksempelvis nyt for eleven at skulle modtage undervisning gennem tegnsprogstolk og nyt ikke at kunne kommunikere direkte med undervisere og kammerater, ligesom det er nyt at skulle indgå i et større undervisningsmiljø.

Tilrettelæggelse af undervisningen på ungdomsuddannelsen til disse elever kræver således en række særlige overvejelser med henblik på at sikre, at eleverne understøttes i at kunne fastholde et uddannelsesforløb. Det er derfor en god idé at søge information, råd og vejledning hos højt specialiserede tilbud eller vidensmiljøer med erfaring i undervisning af tegnsprogsbrugere samt andre vidensmiljøer på egen undervisningsinstitution eller eksternt på andre uddannelsessteder, hvor der er erfaring med inklusion af tegnsprogsbrugere.

### *Specialpædagogisk støtte*

På ungdomsuddannelsesinstitutionen vurderes det, om eleven skal tilbydes specialpædagogisk støtte. Eksempler på specialpædagogisk støtte til elever med høretab, som anvendes i forbindelse med den almindelige undervisning, er:

- Tegnsprogstolk
- Skrivetolk
- Sekretærhjælp
- Udredning af behovet for høretekniske hjælpemidler
- Høretekniske hjælpemidler
- It-startpakke for døve eller it-startpakke for hørehæmmede
- Studiestøttetimer
- Segregeret undervisning i sprogfag (fremmedsprogsundervisning kan ikke foregå via tegnsprogstolk, som oversætter alt kommunikation til dansk tegnsprog)
- Hørekonsulenttimer.

Uddannelsesstedet kan fx knytte en fast kontaktperson til elever, som er tegnsprogs- og tolkebrugere. Det kan eksempelvis dreje sig om studievejlederen eller en underviser.

Børn og unge, der er audiologisk behandlet med høreapparat eller CI, vil samtidig kunne profitere af læseindsatser rettet mod børn og unge med normal hørelse.

### *Undervisningsmiljøet*

Gruppearbejde kan være særligt udfordrende for elever, der bruger tegnsprog og tolk. Der kan være risiko for eksklusion fra de øvrige studerende. Det anbefales, at underviseren sammensætter grupper, som skal samarbejde i en given periode, således at eventuel usikkerhed og barrierer mellem tegnsprogsbrugeren og øvrige studerende nedbrydes.

### *Socialt miljø*

Tolkebestand gives kun til undervisning og ikke til støtte for kommunikationen i pauserne. Uddannelsesstedet kan tage initiativ til, at øvrige elever og undervisere får et kort kursus i tegnsprog. Endvidere kan eleverne opfordres til at bruge sms og sociale medier til at kommunikere i pauserne.

## 4.4 AVT (Auditory Verbal Therapy)

Det anbefales, at den talehørepædagogiske del af undervisningen tager udgangspunkt i AVT-metodens principper, retningslinjer og teknikker<sup>104,105,106</sup>.

AVT er en særlig metodisk ramme for undervisning af børn med høretab. Det er en metode til at undervise børnene i at lytte og tale ved hjælp af deres hørelse og konstante brug af høreapparater, CI mv. AVT bygger således på en talehørepædagogisk tilgang.

Metoden tager udgangspunkt i forældre (eller andre nærtstående) som de primære facilitatorer af barnets sproglige udvikling i hverdagen, hvorfor undervisning og vejledning af forældre i, hvordan de stimulerer barnets hørelse og tale, er en central del af indsatsen.



## 4. FAGLIG INDSATS

AVT er for førskolebørn (0-6-årige) og AVEd er for skolebørn og unge (7-18-årige). Begge metoder er målsættende undervisningsmetoder.

### 4.5 Faglige kompetencer

En talehørepædagogisk indsats på højt specialiseret niveau med udgangspunkt i AVT-metoden varetages af personer med:

- Uddannelse i audiologopædi på kandidatniveau eller PD i specialpædagogik med høremodul eller speciallæreruddannelse (før 2001) med høremodul

For at understøtte en øget kvalitet og effekt af indsatsen anbefales det, at kompetenceniveauet i den højt specialiserede indsats understøttes via den treårige efteruddannelse inden for AVT og/eller AVEd fra en certificeret udbyder af AVT-uddannelse<sup>107</sup>.

AVT-uddannelsen inkluderer et treårigt mentorforløb samt dokumentation for faglig opdatering på i alt 80 timer. Derudover skal der være dokumentation for 750 timer med direkte undervisning af familier og for 150 timer med vejledning til dagtilbud og skoler.

En tegnsproglig indsats forudsætter fagpersoner, som:

- Har en læreruddannelse og en specialpædagogisk diplomuddannelse
- Behersker tegnsprog på modersmålsniveau eller på flydende andetsprogsniveau.

Der er ingen uddannelsessteder i Danmark, der udbyder en formaliseret uddannelse/efteruddan-

nelse i tegnsprog for professionelle i enten pædagogiske tilbud eller undervisningstilbud.

En indsats med høretekniske hjælpemidler til målgruppen forudsætter fagpersoner med:

- Teknisk uddannelse, fx ingeniør med specialisering i høreteknologi

### 4.6 Faglig specialviden

En højt specialiseret rehabiliteringsindsats følger videns- og forskningsbaseret viden og anvender validerede metoder i det omfang, dette foreligger. Det vil sige:

- Aktuel viden om målgruppens udvikling og forhold, der påvirker denne udvikling, fx udvikling i høreteknologi
- Aktuel viden om validerede metoder til fremme af målgruppens auditive, talesproglige færdigheder, kommunikative kompetencer samt læse- og skrivefærdigheder hos målgruppen, herunder aktuel viden om sprogtilværelsens milepæle
- Aktuel viden om validerede metoder til udredning af særlige sproglige og kommunikative vanskeligheder hos børn og unge med tidligt konstateret høretab
- Aktuel viden om hørehjælpemidler og relevant anvendelse heraf
- Viden om nationale retningslinjer i det omfang, det findes
- Viden om sammenhængende og effektive borgerforløb under hensyntagen til hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.



## 5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE







## 5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

Den første del af kapitlet beskriver organiseringen af indsatsen i forhold til, hvilke aktører og faser der indgår i det samlede forløb. Det vil sige en beskrivelse af hvem, der gør hvad og hvornår. Derudover beskriver kapitlet samarbejde og koordinering. Det vil sige, hvordan forløbets aktører kan samarbejde og koordinere deres respektive indsatser til et samlet, helhedsorienteret forløb for det enkelte barn.

### 5.1 Organisering

Tilrettelæggelse af forløbet for børn og unge med tidligt konstateret høretab vil skulle dimensioneres efter, at en talehørepædagogisk indsats er hovedsporet for de fleste børn og unge i målgruppen.

Målgruppen har behov for en talehørepædagogisk rehabiliteringsindsats på højt specialiseret niveau, men har samtidig brug for indsatser på de underliggende specialiseringsniveauer:

- Generelle indsatser for at fremme børns udvikling, trivsel og selvstændighed, fx i forbindelse med dagtilbud og skole
- Målrettet indsats på specialiseret niveau
- Målrettet indsats på højt specialiseret niveau.

En organisering af indsatsen i form af få højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer, der leverer ydelser på tværs af kommuner og regioner, kan sikre tilstrækkelig volumen til at opretholde den nødvendige erfaring og ekspertise om målgruppen samt understøtte en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

#### 5.1.1 Organisering af tidlig indsats

En tidlig indsats er et væsentligt aspekt i forbindelse med rehabilitering af børn med høretab. En tidlig talehørepædagogisk indsats over for børn med høretab er et kommunalt ansvarsområde. Der er tale om en indsats på undervisningsområdet. Der kan også være tale om sociale indsatser, der efter behov understøtter den sundhedsfaglige og pædagogiske indsats samt sociale indsatser, der efter behov er målrettet hele familiens trivsel.

Kommunens ansvar og opgaver starter fra det øjeblik, at et barn har fået konstateret et høretab.

Det vil i praksis sige, når kommunens PPR-funktion har modtaget information fra sygehuset herom. Det er vigtigt, at informationen fra sygehuset modtages hurtigst muligt. Det vil sige før, barnet er endeligt audiologisk udredt og behandlet.

Den sundhedsfaglige del af indsatsen er et regionalt (sygehus) ansvarsområde. Den sundhedsfaglige indsats ligger uden for forløbsbeskrivelsens rammer, men beskrives, der hvor den grænser op til den pædagogiske indsats. Det er et kommunalt ansvarsområde at sørge for, at den talehørepædagogiske indsats og andre undervisningstilbud sættes i sammenhæng med den social- og sundhedsfaglige indsats, der iværksættes over for de samme børn i målgruppen.

#### 5.1.2 Rehabiliteringsindsats på specialiseret niveau

En talehørepædagogisk rehabiliteringsindsats på specialiseret niveau kan for eksempel være talehørepædagogisk undervisning i kortere perioder. Flere kommuner vil have behov for at samarbejde omkring denne type indsats, idet antallet af borgere i den enkelte kommune med dette behov er for lille til, at der kan opnås tilstrækkelig ekspertise og erfaring.

#### 5.1.3 Rehabiliteringsindsats på højt specialiseret niveau

En højt specialiseret talehørepædagogisk rehabiliteringsindsats kræver både specialiseret talehørepædagogisk viden og høj grad af tværfaglighed fra flere specialiserede fagpersoner, herunder fagpersoner med særlig viden inden for læsning, udredning af kognitivt betingede sprogsvækkigheder og hørehjælpemidler. De højt specialiserede fagpersoner inden for talehøreområdet har efter deres grunduddannelse tilegnet sig en talehørefaglig specialviden gennem efteruddannelse, kurser og praksiserfaring (jf. afsnittene Faglige kompetencer og Faglig Specialviden), som de løbende vedligeholder og videreudvikler. Herudover indgår de i et tvær- og talehørefagligt miljø.

Rehabiliteringsindsatsen på højt specialiseret niveau er målgruppespecifik og særligt tilrettelagt

## 5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

i forhold til børn og unge med tidligt konstateret høretab. Det betyder, at fagpersonerne i den højt specialiserede indsats primært beskæftiger sig med børn og unge i denne målgruppe.

Den højt specialiserede indsats er kendetegnet ved at gøre brug af faglige tilgange og metoder, der er særligt udviklet eller tilpasset børn og unge med tidligt konstateret høretab. Indsats på højt specialiseret niveau følger relevant forskningsbaseret viden og bidrager til fortsat udvikling af faglig kvalitet, praksis og metoder på alle specialiseringsniveauer. Ydermere forventes højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer at deltage i vidensudvikling eller forskning på området.

Den talehørepædagogiske rehabiliteringsindsats er et langvarigt forløb. Den vil typisk bestå af perioder med indsatser fra højt specialiserede tilbud eller vidensmiljøer og af andre perioder med en intensivning af indsatsen fra specialiseret niveau. Derimellem vil der være perioder med udelukkende almene indsatser.

Den helt tidlige talehørepædagogiske indsats, der retter sig mod systematisk og målrettet at stimulere barnets lydige opmærksomhed og talesprogstilignelse, er en højt specialiseret indsats. Denne indsats tager udgangspunkt i det enkelte barns behov, men vil typisk være relevant i cirka tre år efter, at høretabet er konstateret. Hyppigheden i konfrontationstimer mellem audiologopæd og barn/familie aftager i perioden.

Den videre indsats, som retter sig mod understøttelse af barnets fortsatte udvikling af fonologisk opmærksomhed, ordforråd (og derved senere læse- og skrivekompetencer) samt pragmatiske sprogfærdigheder (kommunikative kompetencer), er en intensiveret indsats på specialiseret niveau. Indsatsen tilrettelægges med udgangspunkt i det enkelte barn, men målsætningen bør så vidt muligt være, at de sproglige færdigheder og kommunikative kompetencer svarer til jævnaldrendes, inden barnet når normal skolealder. Hvis den iværksatte plan med progressions- og læringsmål for udvikling af barnets sprog og kommunikation ikke fører

til de forventelige resultater, indhentes der rådgivning og supervision fra et højt specialiseret tilbud eller vidensmiljø. Hvis den forventelige udvikling forsat udebliver, bør indsatsen videreføres af et højt specialiseret tilbud. Indsatsen kan være relevant at fortsætte efter skolestart.

Undervejs i det enkelte barns forløb fra 0-18 år vil der i øvrigt være perioder, hvor der indhentes rådgivning og supervision eller kortvarige indsatser fra højt specialiserede tilbud eller vidensmiljøer på det talehørepædagogiske område. Det kan fx være i forbindelse med særlig tilpasning af lyd miljøet i undervisningslokaler, indsats med hørehjælpemidler, og hvis der sker væsentlige ændringer i barnets hørestatus og i den anvendte høreteknologi.

Den højt specialiserede indsats kræver samarbejde i tværkommunale, regionale eller landsdækkende samarbejder, idet antallet af børn og unge, der har behov for denne type indsats, er begrænset.

### 5.2 Aktører og fagpersoner

Der indgår en række centrale aktører og fagpersoner i rehabiliterings- og undervisningsindsatsen til børn og unge med tidligt konstateret høretab.

#### 5.2.1 PPR

PPR har en afgørende rolle ved den primære kontakt og visitation (gate keeper) samt løbende i den talehørepædagogiske indsats. PPR fungerer under hele barnets forløb som tovholder. PPR igangsætter, at der efter behov bliver indhentet den nødvendige specialiserede rådgivning og udredning, fx i forbindelse med pædagogisk psykologiske vurderinger forud for visitation til særlige støtte- og undervisningstilbud.

Tovholderfunktionen betyder også, at PPR løbende informeres af de fagpersoner, som er involveret i indsatsen på sygehuset og særligt, når der er konstateret et høretab og senere, når høretabet er udredt, samt når behandling iværksættes. Hvis barnet er i ambulans auditiv genoptræning på sygehuset, koordinerer PPR i forhold til kommunalt iværksatte indsatser inden for det talehørepædagogiske

## 5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

område, eventuelt også til andre specialiserede tilbud og indsatser, hvis barnet har yderligere funktionsnedsættelser, samt til dagtilbud og skole.

Særlige opmærksomhedspunkter for PPR vil være tilfælde, hvor der i forløbene afdækkes tiltagende og fluktuerende høretab eller andre risikofaktorer, fx at den løbende opfølgning på barnets auditive, sproglige og kommunikative udbytte af indsatsen viser uventede resultater. PPR skal fra starten og løbende være opmærksom på, at den sundhedsfaglige indsats er et livslangt rehabiliteringsforløb, fx når der foretages en væsentlig justering/ændring af den audiologiske behandling. Det kan eksempelvis være, hvis høretabet forværres, og høreapparat ikke længere er tilstrækkeligt, og behandling med CI iværksættes.

Som hos andre børn og unge med funktionsnedsættelser gælder det også for målgruppen, at overgangsfaser, fx fra dagtilbud til skole, skoleskift, ændring af familiesituation, teenageårene, afslutning af skolegang og start af uddannelse/arbejde kræver særlig opmærksomhed og koordinering mellem de involverede aktører. Specifikke overgangsfaser vil i høj grad afhænge af den enkeltes forløb.

### Tovholderfunktionen indebærer:

- At sikre at der iværksættes en pædagogisk indsats, så snart der er modtaget information fra sygehuset om, at der er konstateret høretab
- At sikre koordinering af det samlede rehabiliteringsforløb på tværs af den sundhedsfaglige, socialfaglige og pædagogiske indsats
- At sikre koordinering mellem kommunens egne aktører i indsatsen
- At sikre koordinering mellem eksterne leverandører og kommunens egne aktører i indsatsen
- At vurdere barnets generelle udvikling og trivsel løbende
- At sikre relevant tværfaglig udredning ved behov

- At følge systematisk op på indsatsen
- At bidrage til fastholdelse af rehabiliteringsmål
- At sikre, at der sker en inddragelse og koordinering med forældrene
- At sikre, at indsatsen tilrettelægges med forældrene som aktive aktører

### 5.2.2 Audiologopæden

Audiologopæden er en central fagperson i den talehørepædagogiske indsats. Audiologopæder yder vejledning og undervisning til familier og børn/unge med tidligt konstateret høretab, som henvises fra barnets bopælskommune. De fungerer også som vejledere og undervisere af forældre og andre ressourcepersoner omkring barnet, herunder personale i dagtilbud og skole.

Audiologopæden indgår i et tværfaglig samarbejde med andre specialiserede fagpersoner på talehøreområdet, fx specialister i kommunikationshjælpe midler, og på tilgrænsende områder, fx læsning.

Audiologopæder kan være ansat i et af kommunens egne tilbud, såfremt det har et fagmiljø med den nødvendige ekspertise, men de fleste kommuner vil på grund af målgruppens lille volumen skulle hente ekspertisen udefra.

### Audiologopæden har ansvar for:

- At afdækningen af barnets sproglige og kommunikative færdigheder drøftes med de øvrige fagpersoner i det specialiserede tvær- og talehørefaglige vidensmiljø
- At der udarbejdes fælles sproglige og kommunikative mål for det enkelte barn
- At der udarbejdes en plan med kortsigtede og langsigtede trænings- og læringsmål i samarbejde med barnets forældre
- At udføre talehørepædagogisk træning og undervisning med høj grad af forældreinvolvering

## 5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

- At koordinere den talehørepædagogiske indsats
- At det fælles sproglige og kommunikative arbejde med barn og forældre løbende evalueres
- At følge evidens- og forskningsbaseret viden og anvende validerede metoder i det omfang, det foreligger
- Løbende at vedligeholde og videreudvikle egne kompetencer og specialviden.

### 5.2.3 Dagtilbudslederen

Dagtilbudslederen er ansvarlig for at sikre barnets trivsel og kommunikative udvikling, mens barnet er indskrevet i dagtilbuddet.

Dagtilbudslederen er ansvarlig for at indstille barnet til pædagogisk psykologisk vurdering, hvis barnet eller forældrene synes at have et behov for støtte.

Endvidere skal dagtilbudslederen sikre, at der udpeges en tovholder for barnets hørehjælpemidler, så det sikres, at der er viden om konkret brug af hjælpemidlerne, plan for hvornår og hvordan de anvendes, samt at de virker og er til rådighed for barnet, dér hvor de pædagogiske aktiviteter foregår.

#### Dagtilbudslederen har ansvar for:

- Det kommunikative samspil mellem barnet og de andre børn i dagtilbuddets sociale fællesskaber
- At indstille til en pædagogisk psykologisk vurdering efter samråd med forældrene, hvis der behov for støtte til barnets trivsel og kommunikative interaktion med de andre børn.
- At planlægningen omkring de pædagogiske aktiviteter foregår i et tværfagligt samarbejde mellem dagtilbud, audiologopæd samt specialist i hørehjælpemidler efter samråd med forældrene

- Dagtilbuddets indretning med fokus på lydmiljø
- Sprogvurdering af 3-årige inden skolestart og i børnehaveklasse
- De pædagogisk læreplaner ved overgang til børnehave/skole.

### 5.2.4 Skolelederen

Skolelederen er ansvarlig for elevens trivsel, kommunikative udvikling og læring i skolen. Skolelederen sikrer, at skolens indsats koordineres med forældre, eleven og PPR for at støtte elevens udvikling.

Skolelederen træffer på baggrund af en pædagogisk psykologisk vurdering beslutning om at tilbyde støtte, hvis eleven vurderes at have behov herfor. Hvis barnet er tegnsprogligt, træffer skolelederen ligeledes på baggrund af pædagogisk psykologisk vurdering beslutning om undervisning på tegnsprog.

Skolelederen sikrer, at undervisningen foregår i et tværfagligt samarbejde mellem skole/lærer, audiologopæd samt specialist i hørehjælpemidler efter samråd med forældre og eleven. Dette sker med henblik på at få prioriteret og indarbejdet tilpasninger af undervisningen, der muliggør elevens kommunikative deltagelse i undervisningen og imødekommer elevens særlige behov i forhold til udvikling af lytte-, sprog-, læse- og skrivefærdigheder.

Desuden sikrer skolelederen, at der tilrettelægges en relevant undervisning i den almindelige klasse, fx ved at inddrage relevante ressourcepersoner som inklusionsvejledere eller personer med specialpædagogiske undervisningskompetencer i forhold til børn med høretab.

Endvidere sikrer skolelederen, at der udpeges en tovholder for elevens hørehjælpemidler, så det sikres, at der inddrages viden om konkret brug af hjælpemidlerne, hvornår og hvordan de anvendes, samt at de virker og er til rådighed for eleven, dér hvor undervisningen foregår.

## 5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

Ydermere sikrer skolelederen en tilpasning af forældresamarbejdet i klassen. Det vil blandt andet sige, i hvilket omfang klassens forældre skal informeres og hvordan, samt hvilke informationer andre forældre bør have i forbindelse med sociale aktiviteter udenfor undervisningen.

Skolelederen bør endvidere sikre, at der sættes ekstra tid af til udvidet skole/hjemsamarbejde.

### Skolelederen har ansvar for at sikre:

- At der indhentes en pædagogisk psykologisk vurdering efter samråd med forældre, hvis han/hun efter en faglig vurdering når frem til, at der er behov
- At der i planlægningen af undervisningen indgår følgende opmærksomhedspunkter:
  - ◆ Det kommunikative samspil mellem eleven og andre medlemmer af skolens fællesskab
  - ◆ De pædagogiske læreplaner ved overgang fra dagtilbud/børnehaveklasse til skole
  - ◆ Elevplaner ved overgange til mere læse- og skrivefag, herunder matematik, samt fremmedsprogsundervisning
  - ◆ Trivsels- og adfærdspolitik
  - ◆ Udvidet skole/hjemsamarbejde
  - ◆ Valg og brug af undervisningsmaterialer, fx i forhold til audiovisuelle materialer
  - ◆ Skolens fysiske rammer er indrettet eller kan indrettes med fokus på lydmiljø (undervisningslokale, gymnastiksal, kantine m.m.)
  - ◆ Tilrettelæggelse af særlige skoleaktiviteter og fritidsmiljøer ift. lydmiljø og inklusion (SFO, ekskursioner, projektuger, idrætsdage, frikvarter og lign.)
- At træffe beslutning om, at der skal tilbydes specialundervisning, når et fyldestgørende undervisningstilbud ikke kan gives inden for de almene rammer
- At skolen sammen med Ungdommens Uddannelsesvejledning medvirker til at sikre en god overgang fra grundskole til ungdomsuddannelse.

### 5.2.5 Ungdomsuddannelsesinstitutionens leder

Lederen af ungdomsuddannelsesstedet er ansvarlig for at sikre elevens trivsel, læring og relevant støtte til at gennemføre den ungdomsuddannelse, som eleven er optaget på.

Lederen sikrer, at undervisningen foregår i et tværfagligt samarbejde mellem ungdomsuddannelsesinstitution/underviser og eventuelt døve-/hørekon-sulent efter samråd med den unge og eventuelt forældre. Dette gøres med henblik på at få priorite-ret og indarbejdet tilpasninger, der muliggør ele-vens kommunikative deltagelse i undervisningen og uddannelsesstedets sociale fællesskaber.

Lederen sikrer, at elevens støttebehov vurderes løbende og at ændringer iværksættes ved behov.

Det anbefales, at lederen sikrer, at der bliver truffet beslutning om, hvorvidt tegnsprogs-/tolkebrugeren har brug for at få tilknyttet en fast kontaktperson.

### 5.2.6 Øvrige kommunale faggrupper

Derudover har kommunen en række fagpersoner, der i form af mere generelle indsatser er med til at sikre barnets/den unges generelle udvikling og trivsel, og som inddrages i forløbet. Det drejer sig først og fremmest om pædagoger, lærere, under-visningsassistenter, inklusionsvejledere og øvrige personalegrupper i dag-, fritids- og klubtilbud eller skole, men det vil også kunne være sundhedsple-jersker, familievejledere, psykologer, socialrådgive-re og UU-vejledere.

### 5.2.7 Højt specialiserede undervisningstilbud på tegnsprog

Specialundervisning på tegnsprog er et højt specialiseret undervisningstilbud, som kræver lærere, der behersker tegnsprog enten på modersmålsniveau eller flydende som andetsprog. Der er i dag så få børn, der vokser op med tegnsprog, at grundlaget for at organisere et skoletilbud, der er specialiseret i tegnsprogsundervisning i umiddelbar nærhed af det enkelte barns og dets families bopæl, til stadig-hed minimeres.

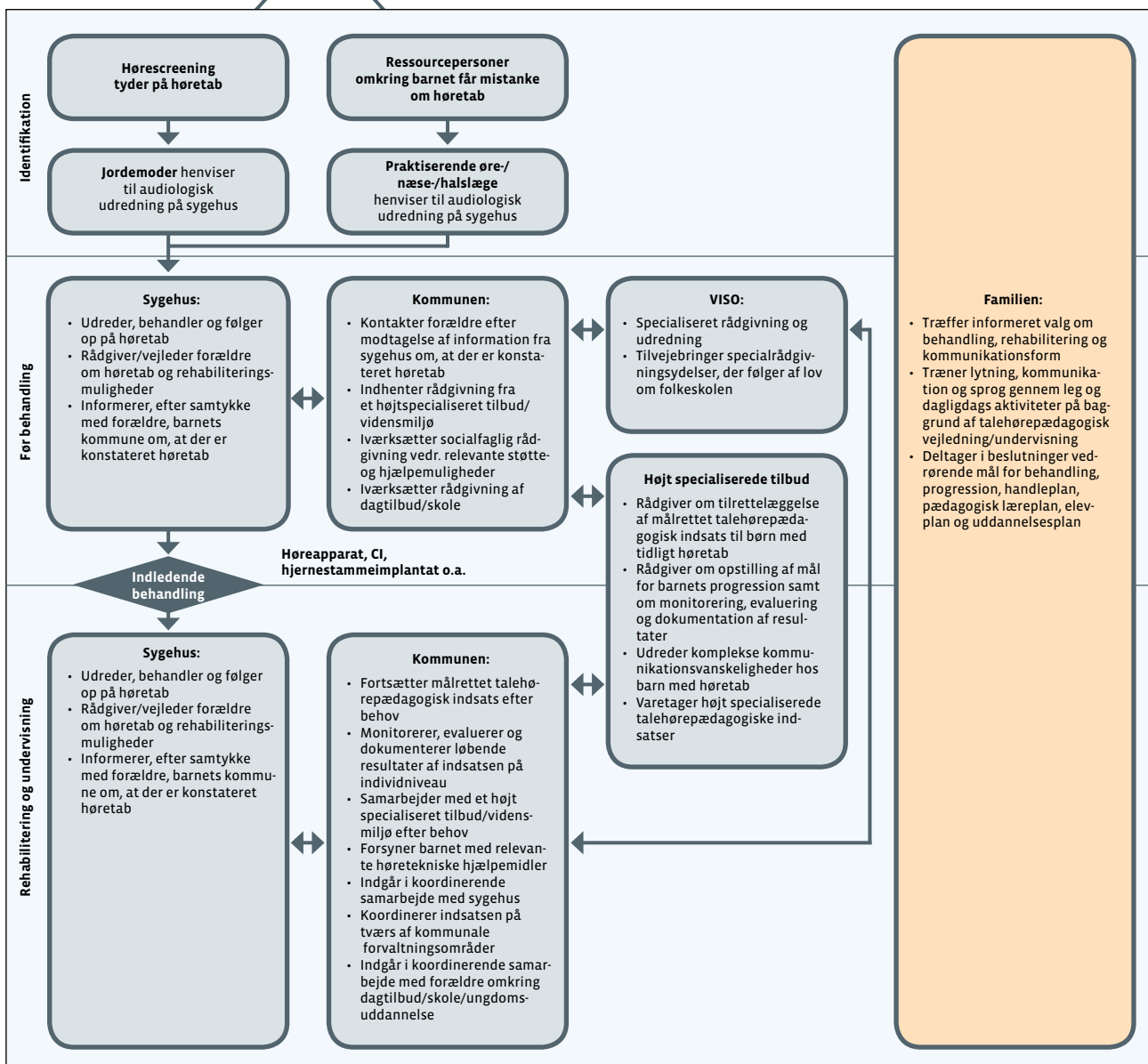
## 5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

### 5.2.8 VISO

Kommuner og regioner har adgang til gratis specialiseret rådgivning og udredning i forhold til målgruppen gennem VISO i Socialstyrelsen, når kommunen ikke har den nødvendige ekspertise. VISO har samtidigt ansvar for at tilvejebringe de specialrådgivningsydelser mv. til børn og unge med tidligt konstateret høretab, der følger af lov om folkesko-

len og lov om specialundervisning for voksne, som tidligere var objektivt finansieret og hørte under de lands- og landsdelsdækkende tilbud.

Figuren nedenfor illustrerer hovedsporet i den talehørepædagogiske indsats, som omfatter de fleste børn og unge i målgruppen.





## 5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

### 5.3 Samarbejde og koordinering

Den enkelte kommune har ansvar for at koordinere indsatsen til børn og unge i målgruppen, så der er sammenhæng mellem de indsatser, der iværksættes efter forskellige lovgivninger.

#### 5.3.1 Koordinering af vidensudvikling

VISO i Socialstyrelsen har ansvar for at koordinere vidensudviklingen i de indsatser, der følger af lov om folkeskolen, og som tidligere var objektivt finansieret og hørte under de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud, herunder bestemte områder af materialeproduktion om den mest specialiserede indsats på området.

#### 5.3.2 Koordinering mellem kommune og sygehus

Koordinering og samarbejde mellem sygehus og kommune fortsætter gennem hele rehabiliteringsforløbet. Sygehus og kommune overleverer og koordinerer indsatsen kontinuerligt gennem hele forløbet.

Det er kommunens opgave at sikre, at øvrige indsatser til barnet/den unge og familien understøtter den sundhedsfaglige del af indsatsen. Foruden den talehørepædagogiske indsats kan det også være i form af sociale foranstaltninger, der understøtter forældres og/eller andre nærtstående deltagelse i møder, tilstedeværelse under indlæggelse, genoptræning og opfølgning på sygehus, fx tabt arbejdsfortjeneste.

#### 5.3.3 Koordinering internt i kommunen

Kommunens koordineringsfunktion vil desuden omfatte, at både den sundhedsfaglige og pædago-

giske indsats' rehabiliteringsmål implementeres i koordinerende handleplaner, pædagogiske læreplaner, elevplaner og uddannelsesplaner. Dertil kommer koordinering med sociale indsatser, som iværksættes for at understøtte familiens aktive deltagelse i rehabiliteringsindsatsen samt ved tilstedeværelse af komplekse funktionsnedsættelser eller sociale problemstillinger hos barnet og i familien.

#### 5.3.4 Samarbejde med eksterne leverandører

Et samarbejde med eksterne leverandører kan enten være knyttet til den konkrete opgaveløsning eller i form af supervision. Eksterne leverandører vil kunne indgå i samarbejde med kommunens tovholder og tilbyde ydelser, rådgivning, vidensdeling og kompetenceudvikling lokalt i kommunen, fx til PPR, dagtilbud eller skole.

Hvis indsatsen vurderes bedst varetaget som ét samlet og helhedsorienteret tilbud, herunder et specialskoletilbud, vil der i valg af tilbud skulle tages hensyn til, at der kan tilbydes et målsættende, tværfagligt forløb, hvor højt specialiserede kompetencer inden for det specialpædagogiske område – hvad enten det er talehørepædagogisk eller tegnsprogligt – er centrale i samtlige aktiviteter, som tilbuddet omfatter. Det vil derfor være en forudsætning, at tilbuddet enten har et talehørepædagogisk eller tegnsprogligt fagmiljø, og at der arbejdes med vidensudvikling, vidensdeling og supervision.



## 6. EFFEKT







## 6. EFFEKT

Forløbsbeskrivelsen som helhed bygger på aktuel viden, hvorved den bidrager til et styrket vidensbaseret grundlag for virkningsfulde og sammenhængende forløb for børn og unge med tidligt konstateret høretab.

Dette afsnit fremhæver de områder, hvor effektstudier viser, at indsatserne har effekt på individniveau, og dermed hvilke effekter man kan forvente af en højt specialiseret indsats til målgruppen. Afsnittet beskriver effekter på et aggregeret niveau, hvilket betyder, at der på individniveau kan forekomme udsving i den konkrete virkning. Nogle børn og unge vil således profitere mere af indsatserne end andre.

Effektstudier vil i denne sammenhæng som udgangspunkt sige, at studierne tager højde for andre faktorer, der kan have indflydelse på indsatsens årsags-virkningskæde. Systematiske forskningsoversigter, randomiserede, kontrollerede forsøg og andre eksperimentelle studier med kontrolgruppe betragtes som effektstudier. I forhold til børn og unge med tidligt konstateret høretab er det vanskeligt at udføre eksperimentelle studier med kontrolgruppe, blandt andet af etiske årsager. I det omfang der ikke findes studier med sådanne forskningsdesign, inddrages derfor andre typer af studier, som på nuværende tidspunkt bedst belyser indsatsernes effekt.

Generelt foreligger der flest effektstudier af de sundhedsfaglige indsatser, mens der er færre effektstudier på social- og undervisningsområdet. Tilsvarende foreligger der flest effektstudier af indsatserne til børn i alderen 0-3 år. Der er således behov for at iværksætte yderligere vidensopsamling, vidensudvikling og dokumentation af indsatsernes effekt på aggregeret niveau. Løbende, systematisk monitorering og evaluering af den sproglige progression på individniveau i den faglige praksis kan understøtte en sådan vidensudvikling samt bidrage til kvalitetssikring af indsatserne.

Afsnittet afsluttes med en vurdering af, hvilke gevinster en realisering af forløbsbeskrivelsen må formodes at afstedkomme.

### 6.1 Tidlig indsats

Effektstudier viser, at en tidlig tværfaglig indsats er afgørende for et virkningsfuldt forløb for målgruppen<sup>108,109,110,111,112,113,114</sup>. Den tidlige indsats består af følgende centrale komponenter:

- Tidlig opsporing ved hørescreening
- Tidlig audiologisk behandling
- Tidlig opfølgning med en familiecentreret talehørepædagogisk indsats.

Tidlig opsporing ved hørescreening og tidlig audiologisk behandling foregår på sundhedsområdet og er centrale for barnets rehabiliteringspotentialer og for indsatsen på undervisningsområdet. Tidlig opfølgning med en familiecentreret talehørepædagogisk indsats foregår på undervisningsområdet. En tidlig indsats over for børn med tidligt konstateret høretab kan skabe tilstrækkelig hørelse til, at udvikling af talesprog, der nærmer sig sprognormen for jævnaldrende, er mulig inden skolestart. Studier viser, at børn med høretab, som modtager en tidlig indsats, kan opnå et sprogligt niveau, der, når de når 3-4 års alderen, svarer til eller næsten svarer til jævnaldrende med normal hørelse<sup>115,116,117</sup>. En tidlig indsats er dog ingen garanti for, at alle forløb er ensartede og med samme effekt.

Effektstudier viser, at jo tidligere barnet har haft adgang til høreapparat og CI, desto bedre kan dets resultater forventes at blive<sup>118,119</sup>. Det understøttes også af neurologisk teori og forskning i sanseintegration og sprogtilegnelse.

En central forudsætning for de positive resultater, der er opnået ved brug af disse høreteknologier, er, at det enkelte barn og dets familie samtidigt har modtaget talehørepædagogisk vejledning og undervisning. Børn, der sammen med forældre og/eller andre nærtstående indgår i tidlige og målrettede vejlednings- og undervisningsprogrammer, opnår de bedste resultater i sprogforståelse og ordforråd<sup>120,121,122,123,124</sup>.

Effekten af audiologisk behandling påvirkes samtidig af, om barnet har andre funktionsnedsættel-

## 6. EFFEKT

ser, fx kognitive funktionsnedsættelser, som kan betyde, at barnet generelt får en langsommere sprogudvikling. Dette er imidlertid afhængigt af karakteren og omfanget af de øvrige funktionsnedsættelser.

### 6.2 Effekt af talehørepædagogisk indsats

Som tidligere nævnt udgør tale-/høretilgangen hovedsporet i indsatsen til børn og unge med tidligt konstateret høretab. Effekten af AVT-metoden på talesprogsudviklingen er underbygget af internationale studier og regnes for en effektiv undervisningsmetode i forhold til at sikre målgruppen hørelse, sprog, læring og kommunikation<sup>125,126,127,128,129</sup>. Reviews påpeger imidlertid, at der er brug for yderligere effektstudier for at styrke vidensgrundlaget for AVT, herunder sammenlignende effektstudier mellem AVT og andre metoder<sup>130</sup>.

Ud over ovenstående er metoderne i de pædagogiske indsatser til målgruppen generelt ikke tilstrækkeligt systematisk beskrevet med hensyn til de underliggende antagelser og kernekomponenter, herunder veldefinerede beskrivelser af procedurer, aktiviteter, redskaber m.m. Det gør det vanskeligt at undersøge og sammenligne effekterne af forskellige metoder. Her adskiller AVT sig fra andre metoder ved at være en målsættende faglig ramme for indsatsen med klart definerede principper, specifikke procedurer og faciliteringsteknikker til lytte- og sprogstimulering samt dokumentation af resultater.

Det anbefales, at de pædagogiske indsatser fremadrettet udvikles og beskrives systematisk med henblik på at styrke det evidensbaserede grundlag for indsatsernes effekter, herunder effekter i forhold til skoleresultater, uddannelsesniveau, beskæftigelse mv.

### 6.3 Kernekomponenter i et virkningsfuldt indsatsforløb

På tværs af forskningen kan der udpeges en række kernekomponenter, der generelt er fremmende for

et sammenhængende, helhedsorienteret og virkningsfuldt indsatsforløb til målgruppen:

- Tværfagligt samarbejde forudsætter, at der mellem aktørerne er en fælles forståelsesramme og terminologi.
- De involverede faggrupper planlægger, prioriterer, vurderer og justerer indsatsen i et tværfagligt samarbejde og arbejder mod fælles beskrevne mål – i tæt samarbejde med barnet/den unge og forældrene/nærtstående.
- Der udarbejdes en skriftlig handleplan, som revideres løbende i samarbejde med barnet og forældrene. Planen udarbejdes på baggrund af målene for rehabiliteringen, og målene formuleres, så de er specifikke, målbare, opnåelige, realistiske og tidsbestemte. Planen skal fungere som et fælles arbejdsredskab for involverede fagpersoner samt for barnet/den unge og forældrene/nærtstående.
- Indsatserne tilrettelægges, så de er opgave- og aktivitetsorienterede og gentagelige.
- Der foretages en systematisk monitorering, analyse og dokumentation af børnenes resultater undervejs i hele forløbet.
- De involverede fagpersoner har foruden de rette specialiserede kompetencer også kompetencer inden for tværfagligt samarbejde.
- Der anvendes validerede metoder, tilgange og værktøjer i det omfang, de findes, er relevante og tilgængelige.
- Indsatsen planlægges og integreres systematisk i alle barnets daglige gøremål og omfatter alle vågne timer.
- Alle indsatser tilrettelægges med opmærksomhed på barnets/familiens ønsker, behov, motivation og kapacitet.
- Barnets og familiens netværk og civilsamfundets ressourcer inddrages i indsatsen, herunder samarbejde med relevante brugerorganisationer.
- Alle indsatser iværksættes uden unødige forsinkelse, da forsinkelser mindsker forudsætningerne for, at barnet udnytter sit fulde potentiale.
- Der stilles høje forventninger til barnet og familien.

## 6. EFFEKT

### 6.4 Potentielle gevinster ved forløbsbeskrivelsen

Socialstyrelsen vurderer, at forløbsbeskrivelsen vil medføre en række positive gevinster for kommunerne på såvel kort som lang sigt (se bilag 2).

Antagelsen er, at forløbsbeskrivelsen vil medføre positive gevinster på forskellige områder, for så vidt den implementeres fuldt ud i praksis. Kommunerne vil kunne høste:

- *Borgerrettede gevinster*; det vil sige styrke forudsætningerne for, at målgruppen udvikler alderssvarende, faglige færdigheder.
- *Faglige gevinster*; det vil sige styrke udbredelsen og anvendelsen af virkningsfulde indsatser og metoder.
- *Organisatoriske gevinster*; det vil sige optimere ressourceudnyttelse og effektiv opgaveløsning på tværs af sektorer, organisatoriske skel og fagligheder.
- *Samfundsmæssige gevinster*; det vil sige skabe bedre muligheder for, at børn og unge med høretab og deres familier kan klare sig selv, få en lettere dagligdag og øget livskvalitet.



## 7. ANVENDELSE AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBESKRIVELSE





## 7. ANVENDELSE AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBESKRIVELSEN

For at forløbsbeskrivelsen får en positiv effekt på den samlede indsats over for børn og unge med tidligt konstateret høretab, er det afgørende, at den følges af en aktiv, systematisk implementeringsindsats. Den maksimale anvendelsesgrad opnås ved implementeringsindsatser på såvel nationalt som lokalt niveau. Det nationale niveau varetages af Socialstyrelsen og har primært fokus på formidling og løbende faglig udvikling af forløbsbeskrivelsen, mens kommunerne må have fokus på at konkretisere og omsætte forløbsbeskrivelsen i forhold til den lokale tilrettelæggelse af indsatserne.

Som det nævnes ovenfor, forventes det ikke, at hver enkelt kommune råder over højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer til målgruppen, idet det forudsættes, at den enkelte kommune relativt sjældent møder et barn i forløbsbeskrivelsens målgruppe. Men den enkelte kommune har ansvaret for at inddrage højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer og herudfra sammensætte et helhedsorienteret og sammenhængende forløb på tværs af specialiseringsniveauer og organisatoriske skel.

Dette stiller særlige krav til implementeringen af forløbsbeskrivelsen. Den enkelte kommune skal derfor være bekendt med forløbsbeskrivelsen og herudfra være i stand til at tilrettelægge en højt specialiseret indsats i de tilfælde, hvor kommunen møder et barn med tidligt konstateret høretab.

### 7.1 Tværkommunal implementeringsplan

Én af de væsentligste forudsætninger for en vellykket anvendelse af forløbsbeskrivelsen er, at der udarbejdes nationale og lokale implementeringsplaner. På nationalt plan har Socialstyrelsen udviklet en implementeringsplan med inddragelse af forløbsbeskrivelsens arbejdsgruppe og referencegruppe. Lokalt vil det være den enkelte kommune, som har drifts-, forsynings- og myndighedsansvaret, og dermed også ansvaret for at bidrage til at tilrettelægge og iværksætte et kommunalt implementeringsarbejde. Idet forløbsbeskrivelsen er vejledende, er det dog den enkelte kommunes

beslutning, hvorvidt forløbsbeskrivelsen eller dele heraf skal omsættes til lokal praksis.

Den nationale implementeringsplan indeholder blandt andet følgende aktiviteter:

- Formidling via hjemmesider, nyhedsbreve m.m.
- Dialogmøder med kommunerne
- Regionale temadage
- Opfølgning på forløbsbeskrivelsens indhold og anvendelse.

I kraft af at den samlede indsats over for børn og unge med tidligt konstateret høretab involverer højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer og går på tværs af sektorer, organisationer og fagligheder, forudsætter implementeringen af forløbsbeskrivelsen et tværkommunalt og -sektorielt samarbejde.

For at kunne opretholde en tilbudsstruktur, der kan levere indsatser på et højt specialiseret niveau, anbefales det, at kommunerne i fællesskab samarbejder om at implementere forløbsbeskrivelsen.

Tilsvarende anbefales det, at kommuner og sygehuse samarbejder om implementeringen, idet forløbet i høj grad indeholder indsatser, som går på tværs af undervisnings- og sundhedsområdet. Implementeringen forudsætter yderligere samarbejde på både ledelses- og medarbejderniveau.

På ledelsesniveau handler det om at sikre strategiske alliancer, samarbejdsaftaler og organisatoriske forudsætninger, som understøtter samarbejde på tværs af stat, regioner og kommuner. Det kan blandt andet ske gennem de regionale ramme- og sundhedsaftaler, samt lokalt aftalte koordineringsprocedurer, vidensdelings- og kommunikationssystemer. Heri ligger blandt andet, at implementeringen af forløbsbeskrivelsen koordineres med udmøntningen af Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark.

På medarbejderniveau handler det om at tilvejebringe faglige samarbejdsflader og -fora, hvorigennem det sikres, at forløbsbeskrivelsen imple-

## 7. ANVENDELSE AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBESKRIVELSEN

menteres på en måde, som styrker koordinering og vidensbaseret indsats. Heri ligger, at relevante medarbejdere har de faglige kompetencer og forudsætninger, som er nødvendige for at kunne tilrettelægge en helhedsorienteret og koordineret faglig indsats, der opleves som sammenhængende og koordineret set fra barnets og familiens perspektiv.

### 7.2 Evaluering af forløbsbeskrivelsens anvendelse

Som led i den nationale implementeringsplan vil Socialstyrelsen følge op på forløbsbeskrivelsens

anvendelse 1-2 år efter udgivelsen. Evalueringen kan bidrage til at styrke brugen af forløbsbeskrivelser på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde og understøtte fortsat praksisudvikling til gavn for borgerne.

Forløbsbeskrivelsen revideres senest med udgangen af 2017.



## 8. BILAG





## 8. BILAG

### 8.1 Bilag 1: Om forløbsbeskrivelsen

#### Hvad er en forløbsbeskrivelse?

En forløbsbeskrivelse er en overordnet beskrivelse af et samlet og koordineret forløb på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. En forløbsbeskrivelse indeholder aktuel viden om hvilke virkningsfulde indsatser, der er centrale for målgruppen, herunder hvilke faglige kompetencer der er relevante at inddrage på forskellige tidspunkter i borgerens samlede forløb.

En forløbsbeskrivelse udarbejdes, når:

- Socialstyrelsen har tilstrækkelig sikker viden om de højt specialiserede indsatser på området. Det vil sige, når der i videst muligt omfang er tale om at:
  - ♦ Målgruppen er afgrænset og veldefineret
  - ♦ Indsatserne er fagligt bæredygtige og bygger på velbeskrevne tilgange og metoder
  - ♦ Indsatserne kan implementeres i en dansk praksis
  - ♦ Indsatserne har en dokumenteret positiv effekt
- Socialstyrelsen konstaterer, at der er behov for en særlig koordineret indsats over for målgruppen
- Socialstyrelsen forventer, at forløbsbeskrivelsen har en positiv effekt på indsatsen over for målgruppen.

Forløbsbeskrivelsen er målrettet kommunale ledere på afdelings- og forvaltningschefsniveau med ansvar for planlægning, tilrettelæggelse og implementering af indsatsen. Ydermere kan faglige ledere bruge forløbsbeskrivelsen til at understøtte tilrettelæggelsen af de faglige ydelser, ligesom den kan have interesse for borgere og pårørende.

Forløbsbeskrivelsen er et vigtigt støtteredskab ved visitation af borgere med særligt komplekse behov. Dog kan forløbsbeskrivelsen ikke stå alene, da den ikke er tilstrækkelig detaljeret til at tage højde for individuelle variationer i den enkelte borgers behov og til at fungere som en egentlig retningslinje for visitation.

Forløbsbeskrivelsen forpligter ikke den enkelte kommune i forhold til visitation og fastsættelse af serviceniveauer eller organisering af opgaven mellem kommuner og regioner. Forløbsbeskrivelsen ændrer ikke ved, at den konkrete indsats skal tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger samt i samarbejde med denne.

#### Forløbsbeskrivelsens udarbejdelse

Af lovgrundlaget for den nationale koordinationsstruktur følger, at forløbsbeskrivelsen skal udarbejdes af en faglig arbejdsgruppe bestående af Socialstyrelsen og KL samt med deltagelse fra Undervisningsministeriet, når forløbsbeskrivelserne har betydning for området for den mest specialiserede specialundervisning. Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner kan inddrages, hvis forløbet for borgeren indeholder indsatser, som går på tværs af social- og sundhedsområdet.

Følgende personer har indgået i arbejdsgruppen:

- Hanne Bertelsen, Kommunernes Landsforening
- Line Knudsen/Rinze van der Goot, Undervisningsministeriet
- Bente Møller, Sundhedsstyrelsen
- Anette Thiesen, Danske Regioner (Center for Høretab, Region Syddanmark)
- Lisbeth Riiskjær, Greve Kommune
- Karen Beyer, Aarhus Kommune
- Kitt Boel, Gribskov Kommune (pr. 1/1 2015 Egedal Kommune)
- Lars Søbye, Center for Døvblindhed og Høretab
- Minna Sandahl, Vestdansk CI Center/Aarhus Universitetshospital
- Hanne Langeland, Socialstyrelsen
- Stine Weiersøe Villadsen, Socialstyrelsen
- Randi Lykou, Socialstyrelsen
- Line Skovbjerg, Socialstyrelsen
- Iben Sand Olesen, Socialstyrelsen
- Morten Kurth, Socialstyrelsen

Arbejdsgruppen har inddraget relevante organisationer, herunder bruger- og interessegruppers erfaringer, i udarbejdelsen af forløbsbeskrivelsen. Nedenstående organisationer har indgået i en refe-



## 8. BILAG

rencegruppe, som har fungeret som dialogforum i forhold til arbejdet i arbejdsgruppen:

- Børnekliniken
- Danske Døves Landsforbund
- Decibel
- Foreningen af tale-hørelærere i Folkeskolen
- Høreforeningen
- Pædagogiske Psykologers Forening
- Socialpædagogerne
- UU Danmark
- Vestdansk CI Center, Aarhus Universitetshospital
- Østdansk CI Center, Gentofte Hospital
- Foreningen Danske Døvblinde
- Danske Døvblindfødtes Forening.

Forløbsbeskrivelsen er endvidere drøftet i det faglige råd for den nationale koordinationsstruktur. Det faglige råd rådgiver Socialstyrelsen i forhold til aktiviteter forbundet med den nationale koordinationsstruktur og består af repræsentanter fra:

- Socialstyrelsen
- Undervisningsministeriet
- Beskæftigelsesministeriet
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Kommunernes Landsforening
- Danske Regioner
- SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- Ekspertter på det specialiserede socialområde (udpeget af Socialstyrelsen efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
- Ekspertter på det specialiserede specialundervisningsområde (udpeget af Socialstyrelsen og Undervisningsministeriet efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd).

Forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i perioden august 2014 til april 2015.

## 8. BILAG

### 8.2 Bilag 2: Gevinster ved anvendelse af forløbsbeskrivelsen

Input	Gevinstområder	Gevinster på kort sigt	Gevinster på længere sigt	Gevinster på langt sigt
<b>Forløbsbeskrivelse for børn og unge med tidligt konstateret høretab</b>	Borgerrettede gevinster for børn 0-6 år	Styrkede færdigheder i at identificere lyde, skelne mellem forskellige lyde og knytte mening til lyde	Styrkede færdigheder i forhold til ordforråd, ordgenkendelse, bogstav- og lydgenkendelse mv.	Alderssvarende færdigheder i forhold til tale og sorgbearbejdning ved skolestart
	Borgerrettede gevinster for børn og unge 7-15 år	Styrkede færdigheder i læsning og skrivning	Styrkede færdigheder i forhold til faglige færdigheder generelt	Alderssvarende færdigheder ved start på ungdoms-/erhvervsuddannelse eller beskæftigelse
	Faglige gevinster	Overblik over indsatser til målgruppen og indsigt i aktuel viden	Styrket faglighed og systematisk vidensopbygning lokalt og nationalt	Mere virkningsfulde indsatser og metoder
	Organisatoriske gevinster	Overblik over indsatser til målgruppen og indsigt i aktuel viden	Øget samarbejde og styrket koordinering med relevante aktører	Optimeret ressourceudnyttelse og effektiv opgaveløsning på tværs af sektorer, organisatoriske skel og fagligheder
	Samfundsmæssige gevinster			Bedre muligheder for at børn/unge og deres familier kan klare sig selv, få en lettere dagligdag og øget livskvalitet

## 8. BILAG

### 8.3 Bilag 3: Lovgrundlag for forløbsbeskrivelsens faglige indsatser

#### Undervisningsområdet

Bekendtgørelse om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen, BEK nr. 999 af 15/09/2014

Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand, BEK nr. 693 af 20/06/2014

Bekendtgørelse om folkeskolens undervisning i tegnsprog, BEK nr. 686 af 20/06/2014

Bekendtgørelse om særlige tilskud til specialpædagogisk bistand ved ungdomsuddannelser m.v., BEK nr. 1377 af 09/12/2013.

#### Socialområdet

Bekendtgørelse om hjælp til børn og unge, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for hjælp eller særlig støtte, BEK nr 1130 af 27/09/2010

Bekendtgørelse om familievejlederordningen efter lov om social service § 11 BEK nr 583 af 23/06/2009

Bekendtgørelse om den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation - VISO - i Socialstyrelsen, BEK nr. 817 af 27/06/2014

Bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven, BEK nr. 1432 af 23-12-2012

Bekendtgørelse om tilskud til pasning af børn med handicap eller langvarig sygdom, BEK nr. 32 af 21/01/2015.

#### Dagtilbudsområdet

Bekendtgørelse om dag-, fritids- og klubtilbud m.v. til børn og unge, BEK nr. 868 af 24/06/2011.



## 9. REFERENCER





## 9. REFERENCER

- 1 Økonomi- og Indenrigsministeriet (2013). *Evaluering af kommunalreformen*.
- 2 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*.
- 3 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Sprogtilegnelse i teori og praksis* (www.sprogpakken.dk)
- 4 Bylander, H. & Krogh, T.K. (2014). *Sprogets milepæle – Hvornår skal vi være bekymrede for et barns sproglige udvikling?* Dafolo.
- 5 Socialstyrelsen (2015). www.socialebegreber.dk
- 6 Socialstyrelsen (2015). www.socialebegreber.dk
- 7 Tranebjærg, L., Rendtorff, N.D. og Brøndum-Nielsen, K. (2014). *Genomet og syns- og høresansen*. Ugeskrift for Læger. Vol. 176, 23.
- 8 Fortnum, H. M., Summerfield, A. Q., Marshall, D. H., Davis, A. C. and Bamford, J. M. (2001). *Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom and implications for universal neonatal hearing screening: questionnaire based ascertainment study*. British Medical Journal, Vol. 323, 7312.
- 9 Parving, A., Hauch, A-M. og Christensen, B. (2003). *Høretab hos børn – epidemiologi, identification og årsager gennem 30 år*. Ugeskrift for læger. Vol. 165, 6.
- 10 Tranebjærg, L., Rendtorff, N.D. og Brøndum-Nielsen, K. (2014). *Genomet og syns- og høresansen*. Ugeskrift for Læger. Vol. 176, 23.
- 11 Tranebjærg, L. (2014) *Forskning i arvelig hørenedsættelse*. www.bispebjerghospital.dk
- 12 Parving, A., Hauch, A-M. og Christensen, B. (2003). *Høretab hos børn – epidemiologi, identification og årsager gennem 30 år*. Ugeskrift for læger. Vol. 165, 6.
- 13 Sundhedsstyrelsen (2010). *Opfølgende Evaluering Af Den Neonatale Hørescreeningsindsats*
- 14 Mailkorrespondance med Lone Percy-Smith, CI-center Øst d. 1.9.2014.
- 15 Sundhedsstyrelsen (2012). *Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark – udredning, operation, efterbehandling og monitorering*.
- 16 Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (2013). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart.
- 17 Dammeyer, J. (2010). *Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard of hearing children*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. Vol. 15, 1.
- 18 Spencer, P. & Marchark, M (2010). *Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing students*. New York: Oxford University Press.
- 19 Dammeyer, J. (2010). *Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard of hearing children*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. Vol. 15, 1.
- 20 Bengtsson, S., Larsen, L.B. og Sommer, M.L. (2014). *Døvfødte børn og deres livsbetingelser*. SFI- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 21 Percy-Smith, L., Jensen, J.H., Cayé-Thomassen, P., Thomsen, J., Gudman, M. and Lopez, A.G. (2008). *Factors that affect the social well-being of children with cochlear implants*. Cochlear Implants International. Vol. 9, 4.
- 22 Dammeyer, J. (2010). *Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard of hearing children*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. Vol. 15, 1.
- 23 Dammeyer m.fl. (2010). *Ikke høre, ikke se -*. Psykolog Nyt. Vol. 16
- 24 Mitchell, R. E., & Karchmer, M. A. (2004). *Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States*. Sign Language Studies, Vol. 4, 2.
- 25 Sanggaard, K.M. (2007). *Genetiske årsager til autosomal dominant hørenedsættelse i 10 familier*. Ugeskrift for Læger. Vol. 169, 40.
- 26 Bengtsson, S., Larsen, L.B. og Sommer, M.L. (2014). *Døvfødte børn og deres livsbetingelser*. SFI- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 27 Ibid.
- 28 Ibid.
- 29 Ibid.
- 30 World Health Organization (2007). *International classification of functioning, disability and health: children & youth version: ICF-CY*.
- 31 Agerholm, H. (2013). *Sanser og stimulering af det præmature barn*. IN Brix, K.R og Christiansen, M. (red.) *Bogen om det præmature barn*. E-bog.
- 32 Kral, A. (2013). *Auditory critical periods: a review from a system's perspective*. Neuroscience. Vol. 247.
- 33 Sharma, A., Nash, A.A and Dorman, M. (2009). *Cortical development, plasticity and re-organization in children with cochlear implants*. Journal of Communication Disorders. Vol. 42, 4.
- 34 Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (2013). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart.
- 35 Madell, J.R. & Flexer, C. (2008). *Pediatric audiology: diagnosis, technology and management*. Thieme, New York.
- 36 Ching, T.Y.C. (2013). *Optimizing Listening Potential through Acoustic Amplification*. IN Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (Eds.). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart.
- 37 Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (2013). *Audition as the Basis for Spoken Communication* IN Fitzpatrick, E.M. &

## 9. REFERENCER

- Doucet, S.P. (Eds.). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart.
- 38 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Sprogtilegnelse i teori og praksis* (www.sprogpakken.dk)
- 39 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Teorier om sprogtilegnelse* (www.sprogpakken.dk)
- 40 Ganek, H., Robbins, A. M. and Niparko, J. (2012). *Language Outcomes After Cochlear Implantation*. Otolaryngologic Clinics of North America. Vol. 45.
- 41 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Teorier om sprogtilegnelse* (www.sprogpakken.dk)
- 42 Flexer, C. (2011). *Cochlear implants and neuroplasticity: linking auditory exposure and practice*. Cochlear Implants International. Vol. 12, suppl. 1.
- 43 Cardon, G., Campbell, J. and Sharma, A. (2012). *Plasticity in the Developing Auditory Cortex: Evidence from Children with Sensorineural Hearing Loss and Auditory Neuropathy Spectrum Disorder*. Journal of the American Academy of Audiology. Vol. 23, 6.
- 44 Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (2013). *Audition as the Basis for Spoken Communication* IN Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (Eds.). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart.
- 45 Percy-Smith L., Busch G.W., Sandahl, M., Nissen L. et al. (2013). *Language understanding and vocabulary of early cochlear implanted children*. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, Vol. 77, 2.
- 46 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Sprogtilegnelse i teori og praksis* (www.sprogpakken.dk)
- 47 Flexer, C. & Madell, J.R. (2008). *Why is Hearing Important in Children?* IN Madell, J.R. & Flexer, C. (Eds.). *Pediatric audiology: diagnosis, technology and management*. Thieme, New York.
- 48 Kral, A. (2013). *Auditory critical periods: a review from system's perspective*. Neuroscience. Vol. 247.
- 49 Ganek, H., Robbins, A. M. and Niparko, J. (2012). *Language Outcomes After Cochlear Implantation*. Otolaryngologic Clinics of North America. Vol. 45
- 50 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Teorier om sprogtilegnelse* (www.sprogpakken.dk)
- 51 Ibid.
- 52 Ibid.
- 53 Bylander, H. & Krogh, T.K. (2014). *Sprogets milepæle – Hvornår skal vi være bekymrede for et barns sproglige udvikling?* Dafolo.
- 54 Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (2013). *Literacy, Listening, and Spoken Language* IN Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (Eds.). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart.
- 55 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Teorier om sprogtilegnelse* (www.sprogpakken.dk)
- 56 Dammeyer, J. (2010). *Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard of hearing children*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. Vol. 15, 1.
- 57 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Teorier om sprogtilegnelse* (www.sprogpakken.dk)
- 58 Ibid.
- 59 Percy-Smith, L., Cayé-Thomasen, P., Breinegaard, N. and Jensen, J.H. (2010). *Parental mode of communication is essential for speech and language outcomes in cochlear implanted children*. Acta Otolaryngology, Vol. 130.
- 60 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Teorier om sprogtilegnelse* (www.sprogpakken.dk)
- 61 Ibid.
- 62 Spencer, P & Marchark, M (2010). *Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing students*. New York: Oxford University Press.
- 63 Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011). *Tosprogede børn i dagtilbud* (www.sprogpakken.dk)
- 64 www.sproget.dk – 'Tegnsprog'.
- 65 Institut for Menneskerettigheder (in press). *Børn med høretab og døve børn*.
- 66 Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (2013). *Audition as the Basis for Spoken Communication* IN Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (Eds.). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart.
- 67 Flexer, C. (1999). *Facilitating hearing and listening in young children*. Cengage Learning, Inc.
- 68 Watson, L.M., Hardie, T., Archbold, S.M. and Wheeler, A. (2008). *Parent's Views on Changing Communication After Cochlear Implantation*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Vol. 13, 1.
- 69 Yoshinaga-Itano, C. (2014). *Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. Vol. 19, 2.
- 70 De Raeve, L. & Lichtert, G. (2012). *Changing Trends within the Population of Children Who Are Deaf or Hard of Hearing in Flanders (Belgium): Effects of 12 years of Universal Newborn Hearing Screening, Early Intervention, and Early Cochlear Implantation*. Volta Review, Vol. 112, 2.
- 71 Fulcher, A., Purcell, A.A., Baker, E. and Munro, N. (2012). *Listen up: Children with early identified hearing loss achieve age-appropriate speech/language outcomes by 3 years-of-age*. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. Vol. 76.
- 72 Wie, O.B. (2010). *Language development in children after receiving bilateral cochlear implants between 5*

## 9. REFERENCER

- and 18 months. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 74.
- 73 Anmyr, L. (2014). *Life circumstances of children and adolescents after cochlear implantation*. Karolinska Institutet, Stockholm.
- 74 Geers, A.E. & Sedey, A.L. (2011). *Language and Verbal Reasoning Skills in Adolescents with 10 or More years of Cochlear Implant Experience*. *Ear and Hearing*. Vol. 32, suppl. 1.
- 75 Chermak, G., Bellis, T. and Musiek, F. (2007). *Neurobiology, cognitive science and intervention*. In Chermak, G. & Musiek, F (Eds.), *Handbook of (central) auditory processing disorder: Vol. 2. Comprehensive intervention* (pp. 3-28). San Diego, CA: Plural Publishing.
- 76 Cole, E., & Flexer, C. (2007). *Children with hearing loss: Developing listening and talking birth to six*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- 77 Dettman, S., Wall, E., Constantinescu, G. and Dowell, D. (2013). *Communication Outcomes for Groups of Children Using Cochlear Implants Enrolled in Auditory-Verbal, Aural-Oral, and Bilingual-Bicultural Early Intervention Programs*. *Otology & Neurotology*.
- 78 Dornan, D., Hickson, L., Murdoch, B. and Houston, T. (2007). *Outcomes of an Auditory-Verbal program for children with hearing loss: A comparative study with a matched group of children with typical hearing*. *The Volta Review*. Vol. 107.
- 79 Dornan, D., Hickson, L., Murdoch, B. and Houston, T. (2009). *Longitudinal study of speech and language for children with hearing loss in Auditory-Verbal Therapy programs*. *The Volta Review*. Vol. 109.
- 80 Fulcher, A., Purcell, A.A., Baker, E. and Munro, N. (2012). *Listen up: Children with early identified hearing loss achieve age-appropriate speech/language outcomes by 3 years-of-age*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 76.
- 81 Fulcher, A., Baker, E., Purcell, A. and Munro, N. (2014). *Typical consonant cluster acquisition in auditory-verbal children with early-identified severe/profound hearing loss*. *International Journal of Speech-Language Pathology*. Vol. 16, 1.
- 82 Hogan, S., Stoke, J., White, C., Tyszkiewicz, E. and Woolgar, A. (2008). *An evaluation of AVT using rate of early language development as an outcome measure*. *Deafness and Education International*. Vol. 10, 3.
- 83 Rhoades, E.A., & Chisolm, T.H. (2000). *Global language progress with an Auditory-Verbal approach for children who are deaf and hard of hearing*. *The Volta Review*. Vol. 102.
- 84 Wilkins, M., & Ertmer, D. (2002). *Introducing young children who are deaf or hard of hearing to spoken language: Child's Voice, an Oral School*. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. Vol. 33, 3.
- 85 Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (2013). *Creating Optimal Listening and Learning Environments in the First Years* IN Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (Eds.). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart
- 86 Haven, A & Rødsgaard-Mathiesen, V. (2007). *Auditory Verbal Therapy*. *Dansk Audiologopædi*, Vol. 1.
- 87 Sundhedsstyrelsen (2012). *Bilag 4 – Auditive processer*. IN *Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark – udredning, operation, efterbehandling og monitorering*.
- 88 Ling, D. (2002). *Speech and the Hearing-Impaired Child: Theory and Practice*. Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.
- 89 Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (2013). *Audition as the Basis for Spoken Communication* IN Fitzpatrick, E.M. & Doucet, S.P. (Eds.). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart.
- 90 Spencer, P.E. & Marsharck M. (2010). *Language Development, Languages, and Language Systems* IN Spencer, P & Marchark, M (Eds.) *Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing students*. New York: Oxford University Press.
- 91 Spencer, P.E. & Marsharck M. (2010). *Cognition, Perception, and Learning Strategies* IN Spencer, P & Marchark, M (Eds.) *Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing students*. New York: Oxford University Press.
- 92 Spencer, P.E. & Marsharck M. (2010). *Acquisition and Development of Literacy Skills* IN Spencer, P & Marchark, M (Eds.) *Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing students*. New York: Oxford University Press.
- 93 Doucet, S.P and Fitzpatrick, E.M. (2013). *Literacy, Listening, and Spoken Language*. IN Fitzpatrick, E.M. and Doucet, S.P. (Eds.). *Pediatric Audiologic Rehabilitation - From Infancy to Adolescence*. Thieme, New York – Stuttgart.
- 94 Lederberg, A.R, Miller, E.M, Easterbrooks, S.R. and Connor, C.M (2014). *Foundations for literacy: An early literacy intervention for deaf and hard-of-hearing children*. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. Vol. 19, 4.
- 95 Ganek, H., Robbins, A.M. and Niparko, J. (2012). *Language Outcomes After Cochlear Implantation*. *Otolaryngologic Clinics of North America*. Vol. 45.
- 96 Robbins, A.M. (2005). *Clinical Red Flags for Slow Progress in Children with Cochlear Implants*. *Loud & Clear Newsletter*, Issue 1. Valencia, CA: Advanced Bionics Corporation
- 97 Cruz, I., Vicaria, Y., Wang, N-Y., Niparko, J., Quittner A.L. and The CDaCI Investigative Team (2012). *Language and Behavioral Outcomes in Children with Developmental Disabilities Using Cochlear Implants*. *Otology & Neurotology*. Vol. 33, 5.



## 9. REFERENCER

- 98 Palmieri, M., Berrettini, S., Forli, F., Trevisi, P., Genovese, E., Chilosi, A.M., Arslan, E. and Martini, A. (2012). *Evaluating benefits of cochlear implantation in deaf children with additional disabilities*. *Ear and Hearing*, Vol. 33, 6.
- 99 Wiley, S., Meinzen-Derr, J., Grether, S., Choo, D.I. and Hughes, M.L.(2012). *Longitudinal functional performance among children with cochlear implants and disabilities: a prospective study using the Pediatric Evaluation of Disability Inventory*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 76, 5.
- 100 Meinzen-Derr, J., Wiley, S., Grether, S. and Choo, D.I.(2010). *Language performance in children with cochlear implants and additional disabilities*. *Laryngoscope*. Vol.120, 2.
- 101 Eze, N., Ofo, E., Jiang, D. and O'Connor, A.F.(2013). *Systematic review of cochlear implantation in children with developmental disability*. *Otology & Neurotology*. Vol. 34, 8.
- 102 Fulcher, A., Purcell, A.A., Baker, E. and Munro, N. (2012). *Listen up: Children with early identified hearing loss achieve age-appropriate speech/language outcomes by 3 years-of-age*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 76.
- 103 Undervisningsministeriet (2014). Bekendtgørelse nr. 686 af 20. juni 2014 om folkeskolens undervisning i tegnsprog.
- 104 Sundhedsstyrelsen (2012). *Bilag 3 – AVT principper i den initiale ambulante auditive efterbehandling*. IN Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark – udredning, operation, efterbehandling og monitorering.
- 105 Sundhedsstyrelsen (2012). *Bilag 5 – Teknikker til brug i den initiale ambulante auditive efterbehandling*. IN Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark – udredning, operation, efterbehandling og monitorering.
- 106 Haven, A & Rødsgaard-Mathiesen, V. (2007). *Auditory Verbal Therapy*. *Dansk Audiologopædi*, Vol. 1.
- 107 The AG Bell Academy for Listening and Spoken Language: Get Certified. <http://www.listeningandspokenlanguage.org/>
- 108 Gardner, H. (2014). *Collaborative working between pediatric speech and language therapy and ENT colleagues: what is good practice?* *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*. Vol. 22, 3.
- 109 Lim, L.H. (2008). *A multidisciplinary approach to pediatric hearing loss: programme at the centre for hearing intervention and language development, National University Hospital, Singapore*. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*. Vol. 37, suppl. 12.
- 110 Yoshinaga-Itano, C. (2003). *From Screening to Early Identification and Intervention: Discovering Predictors to Successful Outcomes for Children With Significant Hearing Loss*. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. Vol. 8, 1.
- 111 Geers, A.E. (2006). *Factors influencing spoken language outcomes in children following early cochlear implantation*. *Advances in Otorhinolaryngology*. Vol. 64.
- 112 Ali, W. & O'Connell, R. (2007). *The effectiveness of early cochlear implantation for infants and young children with hearing loss*. *New Zealand Health Technology Assessment Technical Brief*. Vol. 6, 5.
- 113 Percy-Smith L., Busch G.W., Sandahl, M., Nissen L. et al. (2013). *Language understanding and vocabulary of early cochlear implanted children*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 77, 2.
- 114 Kumar, S. et al. (2008). *A Systematic Review of the Literature on Early Intervention for Children with a Permanent Hearing Loss*. Technical report produced for Queensland Health, Brisbane, Australia.
- 115 Fulcher, A., Purcell, A.A., Baker, E. and Munro, N. (2012). *Listen up: Children with early identified hearing loss achieve age-appropriate speech/language outcomes by 3 years-of-age*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 76.
- 116 Wie, O.B. (2010). *Language development in children after receiving bilateral cochlear implants between 5 and 18 months*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 74.
- 117 Percy-Smith L., Busch G.W., Sandahl, M., Nissen L. et al. (2013). *Language understanding and vocabulary of early cochlear implanted children*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 77, 2.
- 118 Dillon, H., Cowan, R. and Ching, T.Y. (2013). *Longitudinal Outcomes of Children with Hearing Impairment (LOCHI)*. *International Journal of Audiology*. Vol. 52, suppl. 2.
- 119 Ching, T.Y. (paper). *Longitudinal Outcomes of Children with Hearing Impairment (LOCHI) – summary of preliminary findings* IN <http://outcomes.nal.gov.au/>
- 120 Holzinger, D., Fellingner, J. and Beitel, C. (2011). *Early onset of family centred intervention predicts language outcomes in children with hearing loss*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 75, 2.
- 121 Yanbay, E., Hickson, L., Scarini, N., Constantinescu, G. and Dettman, S. (2014). *Language outcomes for children with cochlear implants enrolled in different communication programs*. *Cochlear Implant International*. Vol. 15, 3.
- 122 Reichmuth, K., Embacher, A.J., Matulat, P., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., and Glanemann, R. (2013). *Responsive parenting intervention after identification of hearing loss by Universal Newborn Hearing Screening: the concept of the Muenster Parental Programme*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. Vol. 77, 12.



## 9. REFERENCER

- 123 Glanemann, R., Reichmuth, K., Matulat, P, and Am Zehnhoff-Dinnesen, A. (2013). *Muenster Parental Programme empowers parents in communicating with their infant with hearing loss*. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. Vol. 77, 12.
- 124 Percy-Smith, L., Cayé-Thomasen, P., Breinegaard, N. and Jensen, J.H. (2010). *Parental mode of communication is essential for speech and language outcomes in cochlear implanted children*. Acta Otolaryngology. Vol. 130.
- 125 Rhoades, E. (2006). *Research outcomes of Auditory-Verbal intervention: Is the approach justified?* Deafness & Education International. Vol. 8, 3.
- 126 Dornan, D., Hickson, L., Murdoch, B and Houston, T. (2009). *Speech and Language Outcomes for Children with Hearing Loss in Auditory-Verbal Therapy Programs: A Review of the Evidence*. Communicative Disorders Review. Vol. 2, 3-4.
- 127 Dornan, D. et al. (2010). *Is Auditory-Verbal Therapy Effective for Children with Hearing Loss?* The Volta Review. Vol. 110, 3.
- 128 Fitzpatrick, E., Dornan, D. and Goldberg, D.M. (2012). *Is Auditory-Verbal Practice an Effective Intervention Approach?* A. G. Bells Listening and Spoken Language Knowledge Center: <http://www.listeningandspoken-language.org>
- 129 Lew, J., Purcell, A.A., Doble, M. and Lim, L.H. (2014). *Hear here: children with hearing loss learn words by listening*. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. Vol. 78, 10.
- 130 Brennan-Jones, C.G., White, J., Rush, R.W and Law, J. (2014). *Auditory-verbal therapy for promoting spoken language development in children with permanent hearing impairments (Review)*. The Cochrane Collaboration.



SOCIALSTYRELSEN

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 18, 1.  
5000 Odense C  
Tlf: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)