

MASTEROPPGAVE

Barna som ikke “ville” snakke

Et kvalitativt intervjustudie om barn med selektiv mutisme i barnehagen

Dato: 18 mai 2022

Totalt antall sider: 139/145

SPD5003

Kandidatnummer:802/814

FORORD

Gjennom denne masteroppgaven har vi tilegnet ny og særdeles viktig kunnskap knyttet til diagnosen selektiv mutisme. Vi har særlig valgt å rette oppmerksomheten mot barn med selektiv mutisme i barnehagen. Oppgaven viser hvordan barnehagelærere møter disse barna, og hvilken kunnskap de har om diagnosen. Gjennom oppgaven ønsket vi å øke kunnskapen om selektiv mutisme, ikke bare for oss selv, men og for de som leser oppgaven. Vi håper oppgaven kan være med på å løfte behovet for økt kunnskap om barn med selektiv mutisme, både for det generelle hjelpeapparatet, men spesielt for de som arbeider innad i barnehagene.

Vi ønsker først og fremst å takke vår veileder, som har vært tilgjengelig, tydelig, og engasjert, med konkret veiledning og gode tilbakemeldinger gjennom hele oppgaven. Hen har vist engasjement for oss som studenter, og løftet oss frem for å kunne nå vårt fulle potensial, og fortalt om deres møte med barn med selektiv mutisme.

Vi er og svært takknemlig overfor våre intervjupersoner, som har takket ja til å være del av denne oppgaven. De har gitt oss innblikk i deres kunnskap, synspunkter og praksiser. Deres bidrag har vært enormt viktig for kvaliteten i oppgaven.

Takk til familie og venner som har støttet oss i denne prosessen, og for hjelp med korrektur og gjennomlesing.

Til sist ønsker vi å takke hverandre, som ikke bare har vært til støtte for hverandre gjennom denne masteroppgaven, men gjennom hele studieløpet, hvor vi har reflektert og diskutert ulike problemstillinger. Vi har holdt hverandre oppdatert, og motivert hverandre til å fullføre løpet. Samarbeidet har vært helt uvurderlig.

Takk!

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	II
INNHALDSFORTEGNELSE	III
SAMMENDRAG	VI
1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR TEMAVALG	2
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	7
1.3 BEGREPSAVKLARING	8
2. TEORI	10
2.1 HVA ER SELEKTIV MUTISME?	10
2.1.1 KJENNETEGN OG UTVIKLING	11
2.1.2 ICD-11 OG DSM-5	12
2.1.3 HISTORISKE PERSPEKTIVER	15
2.1.4 PROGNOSE	16
2.2 RISIKOFAKTORER OG KOMORBIDITET	17
2.2.1 ETIOLOGIEN OG OPPRETTTHOLDENDE FAKTORER	18
2.2.2 ANGST, SOSIAL- OG SPESIFIKK FOBI	20
2.2.3 TRAUMER	22
2.2.4 FAMILJERE-FORHOLD	23
2.2.5 UTAGERENDE OG OPPOSISJONELL ATFERD	23
2.2.6 UTVIKLINGSFORSTYRRELSE	24
2.2.7 FLERSPRÅKLIGE BARN	25
2.3 TILTAK I BARNEHAGEN	26
2.3.1 TILRETTELEGGING	27
2.3.2 TIDLIG INNSATS	29
2.3.3 TILKNYTNING OG TRYGG BASE	31
2.3.3 KOMMUNIKASJON OG SPRÅK	33
2.3.4 BARNEHAGELÆRERENS ROLLE	36
2.3.5 SAMARBEID MED FORELDRE OG ANDRE PROFESJONELLE	37
3. METODE	40

3.1 VITENSKAPSTEORETISKE REFLEKSJONER	40
3.2 KVALITATIV METODE	43
3.2.1 KVALITATIV INTERVJU	44
3.2.2 DET SEMISTRUKTURERTE INTERVJU	46
3.3 UTVELGELSE AV INFORMANTER	49
3.4 INTERVJU GJENNOMFØRING	51
3.5 TRANSKRIBERING OG ANALYSE AV DATA	53
3.6 GYLDIGHET OG PÅLITELIGHET	56
3.7 ETISKE OVERVEIELSER	58
3.8 METODEKRITIKK	59
4.0 RESULTAT	62
4.1 TILRETTELEGGING OG TILTAK	62
4.1.1 TRYGGHET	63
4.1.2 SMÅ GRUPPER OG VENNSKAP	65
4.1.3 DEFOKUSERT KOMMUNIKASJON	69
4.1.4 KUNNSKAP OG KOMPETANSE	72
4.1.5 AVDEKKING	74
4.2 SAMARBEID	78
4.2.1 FORELDRESAMARBEID	78
4.2.2 SAMARBEID MED SPESIALPEDAGOG, PPT OG BUP	81
4.2.3 SAMARBEID INNAD I BARNEHAGEN	84
4.3 UTFORDRINGER OG HOLDNINGER	85
5.0 DISKUSJON	88
5.1 HVILKE ERFARINGER HAR BARNEHAGELÆRERNE OM ULIKE TILTAK?	88
5.1.1 TRYGGHET SOM TILTAK	90
5.1.2 SMÅ GRUPPER OG VENNSKAPETS ROLLE	92
5.1.3 DEFOKUSERT KOMMUNIKASJON SOM METODE	98
5.1.4 KUNNSKAPSLØFT OG KOMPETANSE SOM TILTAK	101
5.1.5 TIDLIG AVDEKKING SOM FOREBYGGENDE EFFEKT	102
5.2 HVILKE SAMARBEID ER VIKTIG FOR Å FREMME TILRETTELEGGING?	112
5.2.1 SAMARBEIDSKULTUR INNAD I BARNEHAGEN OG ANSVARSOMRÅDER	112
5.2.2 FORELDRESAMARBEID FOR HELHETLIG OPPFØLGING	116
5.2.3 OPPFØLGING FRA PPT, BUP OG SPESIALPEDAGOG	118
5.3 HOLDNINGERS PÅVIRKNING AV OPPFØLGING OG TILRETTELEGGING?	120

6.0 OPPSUMMERING	126
6.1 KRITISKE VURDERINGER	130
6.2 ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING	131
LITTERATURLISTE	133
VEDLEGG 1.	142
VEDLEGG 2.	145
VEDLEGG 3.	147

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven er knyttet til temaet selektiv mutisme i barnehagen. Formålet med oppgaven er å gi innblikk i diagnosen, og hvordan man kan tilrettelegge for barn med diagnosen i barnehagen. Den viser til viktigheten av kompetanse i barnehagen, for å kunne avdekke og forebygge integrering av taushet hos barn med sårbarhet for å utvikle diagnosen. Oppgaven peker også til viktigheten av kunnskap hos det øvrige hjelpeapparatet.

På bakgrunn av problemstillingen «*Hvordan kan barnehagelærere i barnehagen tilrettelegge for barn med selektiv mutisme?*» har vi valgt å inkludere teori som belyser, definerer og utdyper forskjellig forståelse av diagnosen. For å gi oppgaven en helhetlig forståelse av synet på diagnosen har vi valgt å inkludere historiske perspektiver. Historiske perspektiver gir en beskrivelse av hvordan definisjonen av diagnosen har endret seg med tiden, ettersom man har forsket og utviklet mer kunnskap om selektiv mutisme. Som grunnteori har vi valgt å inkludere Bowlby (2005) og Habermas (1984) for å belyse oppgaven.

For å kunne tilnærme oss et svar på problemstillingen har vi valgt kvalitative forskningsintervju som metode, hvor vi har intervjuet tre pedagogiske ledere/barnehagelærere, fra ulike barnehager i ulike kommuner. Gjennom metoden har vi fått lytte til barnehagelærernes tanker og holdninger, og fått et innblikk i deres barnehagehverdag. Resultatene viste til ulike erfaringer knyttet til barnehagelærerens møte med barn med selektiv mutisme, og til store forskjeller på hvilke tiltak som kom barnet til gode. Intervjupersonene hadde stort fokus på viktigheten av å skape en følelse av trygghet i barnehagen for barn som ikke mestrer å snakke i utrygge og ukjente situasjoner. En hovedkonklusjon i oppgaven er viktigheten av kunnskap om diagnosen, og hvordan man møter barna på en sensitiv og skånsom måte.

1. INNLEDNING

Innledningsvis vil vi begrunne valg av tema for masteroppgaven: *Hvordan kan barnehagelærere i barnehagen tilrettelegge for barn med selektiv mutisme?* I masteroppgaven vil mye av tematikken rundt selektiv mutisme være relevant for skole, men vi velger å fokusere kun på barnehagefeltet. Vi vil i masteroppgaven vektlegge barn i barnehagen som forstår språket, som ikke har en spesifikk språkvanske eller noen påviste avvik på taleorganet som kan hindre barnet i å produsere verbalt språk. Selektiv mutisme viser til at tilstanden ikke er knyttet til at barnet bevisst velger å være taust, men opplever at det ikke har noe annet valg. Begrunnelsen for valget om å skrive om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehage er forankret i fire perspektiver: *samfunnsperspektiv, systemperspektiv, forskningsperspektiv og vår personlige motivasjon for masteroppgaven.*

Det må vere noko gale med meg, tenkjer Tyra. Noko eg ikkje ser sjølv. Kanskje eg luktar annerleis? Kanskje eg har ein rar rygg? Kanskje eg sender frå meg ei slags stråling som dei andre ikkje likar? Eller kanskje det bare er det at eg er så lei meg? At eg aldri veit kva eg skal seie når dei andre snakkar og ler (Torvund & Kanstad Johnsen, 2011, s. 42).

Gjennom studiet i tilpasset opplæring har vi har dannet oss en oppriktig bekymring for barn som Tyra, som har selektiv mutisme i barnehagen. Vi er selv barnehagelærere, og har begge opplevd å ha liten kompetanse om hvordan både avdekke og tilrettelegge for barn med selektiv mutisme i barnehagen. Problemstillingen vil være viktig for å kunne rette søkelyset mot de «usynlige barna», og utfordringer de opplever i møte med barnehagehverdagen.

1.1 BAKGRUNN FOR TEMAVALG

I dette underkapitlet vil vi se nærmere på de fire hovedprinsippene som ledet oss frem til valg av tema. Vi vil begrunne valg av tema gjennom fire ulike perspektiver: *samfunnsperspektiv, systemperspektiv, forskningsperspektiv og personlig motivasjon.*

En hovedforutsetning vi har sett nærmere på tilknyttet et overordnet *samfunnsperspektiv* er behovet for at mennesker skal kunne tilpasse seg innad i et samfunn. For mennesket er det viktig å inneha språkkompetanse, og evnen til å kunne kommunisere med andre mennesker. I et barnehageperspektiv skjer utviklingen for barn gjennom et samspill mellom voksen-barn og barn-barn relasjon. Det verbale språket vurderes som viktig i all pedagogisk virksomhet. Barnehagen skal gi alle barn varierte og positive erfaringer ved å benytte språket som et kommunikasjonsmiddel for tenkning, og som uttrykk for sine egne tanker og følelser (Utdanningsdirektoratet, 2017). Å evne å kommunisere med personalet og andre barn i barnehagen er en forutsetning for å kunne ha en god utvikling av sosial kompetanse. Kommunikasjon med andre vil gi barnet en mulighet til å oppnå en god skolegang, en mulighet til å oppnå høyere utdanning og kunne være aktiv i arbeidslivet.

Omdal (2016) påpeker at i barnehagealder skjer den grunnleggende utviklingen av språk, kommunikasjon og tale. Omdal (2016) mener det er avgjørende at omgivelsene rundt barnet oppfatter og bekrefter det barnet selv opplever og uttrykker, for at barnet skal fortsette å uttrykke seg. En annen viktig faktor som Omdal (2016) påpeker, er at gjennom språket får barnet uttrykket sin identitet, tanker og følelser. Selektiv mutisme er ifølge Omdal (2016) en tilstand der barnet ikke snakker til bestemte personer. Ofte er det lærere eller fremmede i sosiale situasjoner der det er forventet at barnet skal snakke, som for eksempel i barnehagen eller skolen. For et barn som har selektiv mutisme er det å kommunisere med andre/ukjente mennesker en utfordring. Selektiv mutisme kan få en direkte innvirkning på hvordan barnet utvikler seg sosialt, kognitivt og emosjonelt. Det kan tenkes at uten tilrettelegging for barnet, kan diagnosen selektiv mutisme gi alvorlige konsekvenser for barnets videre utvikling av sosial kompetanse, kognitive utvikling og emosjonelle utviklingen. Lundahl (2017) støtter dette ved å vise til at tilstanden kan gi alvorlige ringvirkninger både sosialt og faglig.

Dersom en ubehandlet selektiv mutisme følger barnet inn i voksenlivet, kan det få uheldige konsekvenser, hevder Johnson & Wintgens (2016). Disse konsekvensene kan være at den voksne sliter med lav selvtillit, lider av sosial angst og/eller depresjon, presterer dårligere enn forventet, har dårlige sosiale kommunikasjonsevner og man kan oppleve generell misnøye fra andre voksne. Blant de som ble henvist til Johnson & Wintgens (2016) i midten eller slutten av tenårene, har alle en eller flere av disse problemene: skolevegring, selvskading, SAD (seasonal affective disorder), sosial tilbaketrekning fra nærmeste familie, eller depresjon.

Valg av tema styrt av et *systemperspektiv*. Vi har sett nærmere på om det finnes årsaker knyttet til de offentlige føringene som gjør at tause eller stille barn ikke blir ivaretatt eller oppdaget tidlig nok. Ifølge Barnehageloven § 31. *Rett til spesialpedagogisk hjelp* har barn som er under opplæringspliktig alder en rett til å få spesialpedagogisk hjelp dersom de har særlig behov for det. Formålet er å gi barn tidlig hjelp og støtte i utvikling og læring av språklige og sosiale ferdigheter. I 2020 fikk 9300 barn spesialpedagogisk hjelp i barnehagen, noe som tilsvarer 3,4% av alle barnehagebarn i Norge. De siste fem årene har det vært en svak, men jevn øking i tallet på barn som får spesialpedagogisk hjelp. I gjennomsnitt har barna vedtak om 591 årstimer med spesialpedagogisk hjelp. Disse timene er fordelt på pedagoger og assistenter, der det er noe flere timer til pedagoger enn det er til assistenter (Utdanningsdirektoratet, 2021).

Ifølge Omdal (2016) hevder hen at barn med selektiv mutisme er avhengig av å bli tett fulgt opp av et kvalifisert spesialpedagogisk personal for at barna skal kunne nærme seg kravene til kommunikasjon som står i læreplanen i skolen. Barn med selektiv mutisme vil ikke få et tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet. Det kan tenkes at det samme vil gjelde barn i barnehagealder. I barnehagen vil barna ha et behov for et kvalifisert spesialpedagogisk fagpersonell for å kunne ha et tilfredsstillende utbytte av det allmennpedagogiske tilbudet barnehagen skal gi. Ser vi på tallene fra utdanningsdirektoratet er ikke det en selvfølge.

Videre sier Omdal (2016) at læreren må justere organiseringen av barnegruppen slik at miljøet kan tilpasses det tause barnets forutsetninger og behov. Barnehagelæreren kan tilrettelegge hverdagen til et barn med selektiv mutisme gjennom å være bevisst og reflektere over hvordan barnegruppen er organisert, og hvordan man som barnehagelærere kan tilpasse miljøet. Organiseringen bør være nøye gjennomtenkt, slik at man kan sikre barnets inkludering med de andre barna (Omdal, 2016). Det vil være lite funksjonelt om barnet med selektiv mutisme og spesialpedagogen blir et eget team ved siden av de andre barna. Det øvrige personalet bør ikke tenke at barnet får sine behov dekket av spesialpedagogen, fordi det ikke vil hjelpe barnet om det bare snakker med en voksen i nærmiljøet. Det vil være viktig å ha en spesifikk plan for å generalisere tale til flere personer, og i ulike situasjoner (Omdal, 2016). Det påpekes videre av Lundahl (2017) at det er en utfordring å få hjelpetiltak til barn med selektiv mutisme. Det vises til at barn med selektiv mutisme får tilfeldige hjelpetiltak i barnehage og skole. Det som i tillegg

kommer frem som en utfordring er at selektiv mutisme ofte misforstås, og at tanken om at tausheten er et aktivt valg av barnet fremdeles henger igjen fra den elektive diagnosen. Ser man til § 31 i Barnehageloven henviser den til at barnehagen skal sørge for at barn som har behov for ekstra støtte, tidlig skal få den sosiale, pedagogiske eller fysiske tilretteleggingen som er nødvendig for å kunne gi det enkelte barnet et inkluderende og likeverdig tilbud.

Lundahl m. fl, (2012) sier at deres erfaring er at personalet i barnehage og skole ser de tause/stille barna, men de ansatte opplever en stor usikkerhet i forhold til hvordan de best kan være til hjelp og hvordan de skal kommunisere med tause barn. Videre sier Lundahl m. fl, (2012) at det er viktig at pedagogisk-psykologisk tjeneste videre betegnet som PPT vektlegger de barna som er tause og stille. Det er viktig at PPT bistår med hjelp i en tidlig fase, både i sin generelle veiledningspraksis og sine etablerte samarbeidsfora. Ut fra erfaringene som Lundahl m. fl, (2012) og Lundahl (2017) har observert, ser man at barnehagelærere har lite erfaring med hvordan man tilrettelegger/håndterer et taust/stille barn. Det kan se ut som at kompetansen blant de pedagogiske ansatte ikke er noe som har blitt prioritert og at den er mangelfull. Bjørnsrud & Nilsen (2020) sier at begrepet tidlig innsats som kommer fra St.meld. nr 16 (2006) kan anvendes på to måter. Tidlig innsats handler om innsats på et tidlig stadie i barnets liv, og det handler om tidlig inngripen når problemene oppstår eller skal avdekkes. Det beskrives videre at det handler om å oppdage barn som ikke har en tilfredsstillende læringsutvikling, og raskt avdekke utfordringen for å tidlig kunne sette inn tiltak.

Forskningsperspektivet er det tredje perspektivet som ledet oss frem til valg av tema. Forskningsperspektivet skal si noe om hvorfor det er viktig for oss å se nærmere på den gjeldende problemstillingen. Ved å se tilbake på samfunns og systemperspektiv kan det tenkes at det er et behov for å styrke kompetansen rundt diagnosen selektiv mutisme i Norge. Kompetanse kan bidra til at barnehagelærere lettere kan avdekke barn med en unormal taushet og at barnehagelæreren/spesialpedagogen kan starte tilretteleggingen så tidlig som mulig. Det finnes fellestrekk ved uttalelser fra Lundahl (2017), Ørbeck (2008) og Omdal (2016) som hver for seg poengterer at det finnes for lite forskning på barn med selektiv mutisme, dette gjelder både nasjonalt og internasjonalt. Det kan tenkes at behovet for forskning knyttet til barnehagelærerens praksis og tilrettelegging for barn med selektiv mutisme er behøvelig i samfunnet. Kovac & Furr (2019) påpeker i sin studie den unike rollen barnehagelæreren har i

å kunne hjelpe til med å identifisere selektiv mutisme. Det kreves tidlig anerkjennelse og behandling av selektiv mutisme for at man skal ha en effekt på prognosen. Derfor mener Kovac & Furr (2019) at det er viktig for lærere å forstå forskjellen mellom sjenert atferd og symptomer på selektiv mutisme. Det kreves kompetanse for å kunne identifisere selektiv mutisme. Vi ser at barnehagelærerens rolle er viktig for barn med selektiv mutisme, og for å få en effekt på prognosen kreves det tidlig anerkjennelse og behandling.

Det har ikke blitt forsket på forekomsten av selektiv mutisme i Norge, men det beregnes at tilstanden er lav ut fra de få studiene som har blitt gjort i tilknytning av diagnosen (Omdal, 2016). Det er avdekket en høyere forekomst av selektiv mutisme i skolebaserte utvalg enn i klinisk baserte utvalg, på bakgrunn av at noen barn ikke blir henvist videre til spesialhelsetjenesten (Standart & Le Couteur, 2003). Dette mener Omdal (2016) kan tale for store mørketall når det gjelder selektiv mutisme. Forekomsten som fremkom av et studie gjort i USA viste at 16 av 2256 barn i barnehagealder og opp til 2. klasse, møtte kriteriene til diagnosen. Denne studien la frem selektiv mutisme som mer utbredt enn hva som er antatt. De hevder videre at tilstanden er underrapportert på bakgrunn av profesjonelles mangel på kunnskap og erfaring med selektiv mutisme (Bergman m. fl, 2002). Selv om det er lav forekomst av diagnosen sammenlignet med andre diagnoser, er det likevel viktig med kompetanse på diagnosen, da konsekvensene av mangel på kunnskap kan utvikle seg til å bli alvorlig. Det kan med dette tenkes at det er behov for en mer detaljert forskning på forekomsten av selektiv mutisme og hvilken kunnskap de som jobber med barn har om diagnosen, som i vårt tilfelle er barnehagelæreren. For at barnehagelæreren skal kunne tilrettelegge, må disse barna først bli oppdaget. Ifølge Kovac & Furr (2019) har barnehagelæreren en unik posisjon til å kunne gjøre det, så lenge kjennskap og kunnskap om selektiv mutisme er kjent for dem.

Personlig motivasjon er fjerde perspektivet som har påvirket valget av masteroppgave. Vi er begge utdannet barnehagelærere, med ulik yrkeserfaring. Vi møtte fellestrekk hos hverandre i det vi gikk i gang med å velge ut tema for masteroppgaven. Vi ønsket å gå inn i et tema vi hadde lite kunnskap om, og vi så for oss hvilke barn vi ville være usikre i møte med. For hvordan kan man egentlig tilrettelegge på en best mulig måte for disse barna, og møte de på en måte som ikke er hemmende eller skadelig for deres utvikling? Hensikten med oppgaven sett fra et barnehagefaglig perspektiv er å kunne utvide våre kunnskaper om selve diagnosen. Gjennom

denne masteroppgaven har vi fått kunnskap og informasjon om hvordan vi kan arbeide med kommunikasjon, tilknytning, inkludering og skape mestringfølelse for barn som faller utenfor det sosiale samspillet i barnehagen. Ved å besvare problemstillingen, vil vi få økt kunnskap om arbeidet innad i barnehagen, og dermed ha et bedre grunnlag for utøvelse av barnehagelærerrollen. Vi håper at kunnskapen og datamaterialet fra undersøkelsen vil kunne brukes til å øke kunnskapen i den pedagogiske praksisen i barnehager.

1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Formålet og hensikten med masteroppgaven er å kunne gi innsikt og forhåpentligvis økt kunnskap, om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen. I denne masteroppgaven har vi sett på hvordan vi best kan avgrense undersøkelsesområdet. Dette innebærer at vi har avgrensninger innenfor tema, for å kunne komme nærmest mulig et konkret svar på problemstillingen. Før vi ble enige om en avgrensning, var PPT og annet personal i barnehagen inkludert i problemstillingen. Ved å konkretisere problemstillingen til å hovedsakelig gjelde barnehagelærere, har vi satt rammer for hvem vi skulle intervju og innhente data fra. Hadde vi inkludert flere yrkesgrupper ville det blitt vanskelig å konkludere rundt fellestrekk og ulikheter. Vi var usikre på om vi ønsket å se nærmere på kartlegging og utredning av diagnosen, men valgte å konsentrere oss om arbeidet innad i barnehagen, og avgrenset derfor med å se til tilrettelegging.

Med avgrensningene har vi opplevd at problemstillingen har blitt enda mer spennende. Dette kan være fordi vi har et smalere undersøkelsesområdet enn først antatt. Avgrensningen vi har satt har gjort det mulig for oss å gå mer inn i dybden i tematikken. Vi følte at med en stor og omfattende problemstilling, fikk vi bare overfladisk innsikt av tematikken. Derfor tok vi valget om å avgrense masteroppgaven til barnehagelærere.

Vi ønsket i denne masteroppgaven å undersøke barnehagelæreres kunnskap om selektiv mutisme, og hvordan de møter barn med denne diagnosen i barnehagen. I oppgaven undret vi oss over kunnskapen og erfaringene til barnehagelærerne, og holdningene til diagnosen. Dette ønsket vi å avdekke gjennom å belyse oppgaven ved å formulere problemstillingen slik: «*Hvordan tilrettelegger barnehagelærere for barn med selektiv mutisme?*»

For å konkretisere problemstillingen har vi valgt å sette søkelys på tre forskerspørsmål:

1. Hvilke tiltak er barnehagelærere kjent med som kan tilrettelegge/tilpasse for barn med selektiv mutisme?
2. Hvordan samarbeider barnehagelærere med andre voksne rundt barnet (foreldre/PPT og andre instanser)?
3. Hvilke utfordringer og holdninger opplever barnehagelærere i møte med tilrettelegging for med barn med selektiv mutisme?

1.3 BEGREPSAVKLARING

Formålet med masteroppgaven er å undersøke tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehage. Det er flere begreper som kommer til å bli benyttet i masteroppgaven, men tre begreper er særlige sentrale; *barnehagelærer*, *tilrettelegging* og *selektiv mutisme*. I denne delen av oppgaven vil vi vise til definisjonen av hva disse begrepene innebærer.

Barnehagelærer/ pedagogisk leder

Definisjonen beskrevet av Bø & Helle (2002, s. 27) viser til at «*barnehagelærer er tidligere betegnelse på kandidat utdannet ved egen institusjon eller avdeling for utdanning av barnehagelærere*». Barnehagelærer og pedagogisk leder har ansvaret for å iverksette og lede det pedagogiske arbeidet i barnehagen, dette er i tråd med godt faglig skjønn. Som pedagogisk leder skal man veilede og sørge for at barnehageloven og rammeplanen blir oppfylt gjennom det pedagogiske arbeidet. Den pedagogiske lederen er den som leder arbeidet med planlegging, gjennomføring, dokumentasjon, vurdering og utvikling av arbeidet i barnegruppen eller innenfor de områdene hen er satt til å lede (Utdanningsdirektoratet, 2017)

I stillingsbeskrivelsen viser Utdanningsdirektoratet (2021) til at barnehagelærere bruker sin faglige, pedagogiske og etiske kompetanse for å legge til rette for at det enkelte barnet og barnegruppen er trygg. En barnehagelærer skal se barns individuelle styrker og behov, og sørge for at barn opplever mestringfølelse. Man skal legge til rette for at barna møter utfordringer som bidrar til deres allsidige utvikling, og man skal være bevisst barnegruppas betydning for barnas egen hverdag i barnehagen. Yrket var tidligere kjent som førskolelærer.

Tilrettelegging

Tilrettelegging handler om tiltak som bidrar for å gjøre det enklere å utføre aktiviteter. Et barn kan ha behov for ulike typer tilrettelegging, for eksempel funksjonell tilrettelegging, fysisk tilrettelegging, individuell tilrettelegging, taktil tilrettelegging, individuell tilrettelegging og lignende (Tuntland, 2011).

Tilrettelegging i barnehagen skal bidra til at alle barn skal kunne gå i barnehagen, nyttiggjøre seg av barnehagetilbudet og få likeverdige aktivitets- og utviklingsmuligheter. Dersom barn ikke kan få tilstrekkelig tilrettelegging innenfor det ordinære barnehagetilbudet, har kommunen ansvar for å tilrettelegge tilstrekkelig. Tilrettelegging kan være endring av bygg for å møte barnets behov, det kan være ekstra bemanning, opplæring av ansatte eller andre nødvendige tiltak. Hva barnet har behov for må kartlegges i de individuelle tilfellene. Situasjonen barnet er i må vurderes, og i hvilken grad barnet kan gjøre nytte av tiltaket. Tilretteleggende tiltak skal være hensiktsmessig, og imøtekomme behovene barnet har (Utdanningsdirektoratet, 2021).

Selektiv mutisme

Selektiv mutisme er ifølge Omdal (2016) en tilstand der barnet ikke snakker til bestemte personer eller i bestemte situasjoner. Tausheten kommer til syne i sosiale situasjoner der det er forventet at barnet skal snakke, som ofte er i barnehage eller skole. Barnet mestrer å snakke i kjente situasjoner som ofte er til foreldre eller søsken hjemme. Det blir gjerne brukt nonverbal kommunikasjon som nikk, gester eller risting på hodet, men det kan også opptre fravær av nonverbal kommunikasjon i sammenhenger der man ville ansett det som normalt. Tidligere har man skilt mellom elektiv og selektiv mutisme. Det vil være relevant for oss å gå i dybden på hvordan, og hvorfor vi skiller mellom elektiv og selektiv mutisme, noe vi beskriver nærmere i kapittel 2.1.4. Kristensen (2019) sier at elektiv mutisme (ICD-10) og selektiv mutisme (DSM-5) er betegnelser på den samme tilstanden. Begrepet elektiv mutisme indikerer at barnet velger å ikke snakke, mens selektiv mutisme bare beskriver at tausheten forekommer i visse situasjoner. I masteroppgaven har vi tatt utgangspunkt i begrepet selektiv mutisme.

2. TEORI

I denne masteroppgaven om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme har vi valgt å dele oppgaven opp i hovedkategoriene: hva er selektiv mutisme, risikofaktorer og komorbiditet, samt tiltak i barnehagen. Masteroppgaven skal gi en grundig beskrivelse av hva selektiv mutisme er, utviklingen, og ulike definisjoner. I tillegg vil masteroppgaven gi et historisk tilbakeblikk for å kunne se hvordan synet og kunnskapen tilknyttet diagnosen har utviklet seg frem til i dag. Risikofaktorer og komorbiditet vil si noe om omfanget og tilleggsdiagnoser, som vil vise til hvor helhetlig og bredt barnehagelærere må jobbe i møte med diagnosen. Kategorien barnehagelærerens rolle vil vise til ansvarsområder, fremgangsmetoder, samt tydeliggjøre lovverk og forpliktelser.

2.1 HVA ER SELEKTIV MUTISME?

Mutisme kommer opprinnelig av det latinske ordet “*mutus*”, som betyr taushet eller stumhet. Begrepet “*selektiv*” kommer opprinnelig av ordet “*selection*”, som betyr å plukke ut eller utvelgelse. Denne type atferd skiller seg fra den type taushet man kan observere når barn møter fremmede eller befinner seg i ukjente situasjoner, ved at tausheten er konsekvent og oppstår ikke bare i enkelte situasjoner, men er til stede over tid. Selektiv mutisme kan oppstå hos både barn og voksne, men i denne masteroppgaven vil vi konkret se nærmere på utfordringene for barnehagebarn med selektiv mutisme (Omdal, 2016).

Selektiv mutisme inkluderer ikke barn som ikke kan snakke av medisinske grunner, eller av andre grunner er totalt uten talespråk. Barn som har selektiv mutisme kan snakke, og forstår språket, men av ulike grunner er de ute av stand til å snakke i enkelte sammenhenger. Ofte er det slik at barna snakker hjemme, men snakker ikke i barnehagen eller i skolen. Det kan være slik at de klarer å snakke med tante, men ikke farmor og farfar. Noen barn klarer å støtte seg på andre barn og snakke gjennom dem, mens klarer ikke dette. Barn med selektiv mutisme benytter seg i enkelte tilfeller av non-verbal kommunikasjon, gjennom kroppsspråk, gester, nikk, peking og lignende, mens andre barn med selektiv mutisme utøver begrenset bruk av kroppsspråk (Omdal, 2016).

I spesifikke sosiale situasjoner der tale er forventet, er barn med selektiv mutisme konsekvent taus. Dette er situasjoner som ofte utspiller seg i barnehagen, og på skolen. Det kan oppstå situasjoner der barn med selektiv mutisme snakker, og situasjoner hvor de ikke snakker. Selektiv mutisme opptrer ulikt og er individuelt, og tausheten vil opptre ulikt hos ulike barn (Omdal, 2016). For et barn med selektiv mutisme kan det å starte eller fortsette en samtale være utfordrende. De kan være engstelige for å bryte sosiale regler eller være redde for å skuffe i en samtale med for eksempel foreldre eller barnehagen (Johnson & Wintgens, 2016).

2.1.1 KJENNETEGN OG UTVIKLING

Variasjonen på symptomer vil være stor blant barn med selektiv mutisme, og man kan gjerne ikke se tegn til symptomer før barnet begynner i barnehage eller skole. Hjemme møter barnet trygge nøkkelpersoner som barnet naturlig kan benytte seg av talespråket rundt, og kjernesymptom som taushet vil ikke være lett å oppdage for omsorgspersonene (Kristensen, 2005).

Omdal (2016) viser til at barnets tilstand som regel ikke blir oppdaget før det skjer en stor overgangssituasjon, som både oppstart i barnehage og skole kan være eksempler på. Studier viser til at barn kan vise tegn til selektiv mutisme så tidlig som i 2-3 årsalderen, men mange barn blir ikke henvist til hjelpeinstanser for utredning før de kommer i 7-8 årsalderen (Remschmidt m. fl, 2001). Sen henvisning kan forårsake at barnet opplever økt stress, ved at de til stadig må oppsøke steder og situasjoner som utløser mutismen. Barn kan ikke velge selv om de skal gå i barnehage eller skole, som er steder hvor det forventes at barnet bruker verbalspråket for å kommunisere. Forventningen om at du skal kunne svare oppleves som belastende for barna. Naturlig nok vil en sen henvisning forårsake at barnet får den hjelpen og støtten som er nødvendig mye senere, og det vil i større grad være vanskeligere å hjelpe barnet enn om man hadde satt inn tiltak i en tidligere fase. Omdal (2016) viser til at «*verdifulle måneder og år kan gå tapt*» hvis man ikke setter inn gode strategier og tilnæringsmåter for inkludering og ivaretagelse av barnets spesielle behov tidlig nok. Johnson & Wintgens (2013, s. 13) beskriver hvordan et barn har uttalt seg om hvordan det oppleves å ha selektiv mutisme, «*Derfor prøver jeg å unngå å snakke i situasjoner hvor jeg må snakke. Det er en stor lettelse for meg når jeg kan unngå det og ikke trenger å føle meg engstelig. Problemet er bare at jo mer jeg unngår å snakke, desto vanskeligere blir det å begynne med det*». Jo lengre barnet

oppretholder taushet knyttet til konkrete situasjoner, jo vanskeligere vil det være å oppløse tausheten.

Hvordan tilstanden utvikler seg er vanskelig å si noe konkret om, og det vil være individuelle variasjoner for når og hvor barnet er taust. For mange barn forblir de tause overfor alle situasjoner og personer utenom familien, mens for noen barn kan de støtte seg på andre barn som de kan snakke med, kanskje snakker de med bestemor eller en onkel utenom kjernefamilien. Tilstanden er derfor situasjon- og personavhengig (Anstendig, 1999). Noen barn mestrer å delta i sosiale situasjoner ved å benytte seg av nonverbal kommunikasjon, eller at det har verbal kommunikasjon sammen med andre barn (Kristensen, 2005).

Barn med selektiv mutisme ser ut til å ha noen fellestrekk. Det ser ut til at barna har visse karakteristiske trekk i temperament og adferd (Kristensen, 2000). Barn med selektiv mutisme har utfordringer knyttet til læring og etablering av vennskap i barnehagen og skolen. Kristensen (2005) viser til utfordringer knyttet til læring i skolen, men det er naturlig å tenke at i barnehagen vil en stor utfordring være begrensninger knyttet til barnets sosiale utvikling. Bergman m. fl. (2002) har bekreftet at det er nettopp de sosiale- og akademiske ferdighetene blir hemmet hos barn med selektiv mutisme. Det er forskjell i symptomer blant barn, og det er en klar variasjon i hvem barnet tiltrer seg til i de ulike situasjonene (Omdal, 2016). Tausheten er kjernesymptomet, og dette symptomet er merkbart utenfor kjernefamilien.

2.1.2 ICD-11 OG DSM-5

I diagnostiske prosesser handler det om å innhente informasjon om symptomer som gir tegn på hvilken diagnose individet kan vise tegn på. Slik er det når det gjelder selektiv mutisme og, men mye av diagnostiseringen handler om å utelukke andre diagnoser. Når man ser til selektiv mutisme skal man avdekke om det finnes andre årsaker til tausheten annet enn selektiv mutisme, disse årsakene må utelukkes før man kan sette en diagnose. Det er omdiskutert hvorvidt diagnosen kan betegnes som en barnepsykiatrisk tilstand.

Det internasjonale diagnosesystemet ICD-11 er diagnosesystemet helsevesenet benytter seg av i Norge og store deler av Europa. I mai 2019 godkjente Verdens helseorganisasjon (WHO) en ny versjon av ICD-kodeverket. I kapitlet om psykiske lidelser i ICD-11 kan man se store

endringer i retningslinjer for diagnostikk av personlighetsforstyrrelser. I ICD-11 har man gått bort fra kategoriene som ble brukt i ICD-10 (og DSM-5). Definisjonen på selektiv mutisme i ICD-11 viser til at tilstanden er preget av konsekvent selektivitet i å snakke. Dette innebærer at barnet viser tilstrekkelig språkkompetanse i spesifikke sosiale situasjoner, vanligvis hjemme, mens barnet ikke klarer å snakke i andre sosiale arenaer. Forstyrrelsen må vare i minst en måned, og være av en slik tilstrekkelig alvorlighetsgrad at det forstyrrer pedagogisk prestasjon eller sosial kommunikasjon. Unnlattelse av å snakke skyldes ikke mangel på kunnskap eller trøst i det talespråket som kreves (for eksempel hvis barnet snakker et annet språk i barnehagen/skolen enn hjemme).

Det amerikanske diagnosesystemet DSM-5 beskriver ulike tegn og symptomer på selektiv mutisme. Diagnosesystemet viser til at barnet vanligvis er snakkesalig hjemme med familien, men endrer sin tale til ord med en stavelse, og ytrer gester for å kommunisere. For å kunne sette en diagnose må helsepersonell vurdere om barnet kan snakke, eller om barnet blir stille i situasjoner hvor barnet ikke har kunnskap om noe det blir spurt om. En diagnose vil bli satt i de tilfeller hvor tilstanden forårsaker negativ innvirkning i barnehagen, skolen eller andre aktiviteter. Gjennom kartlegging knyttet til DSM- 5 (American Psychiatric Association, 2013) må det utelukkes andre lidelser, som for eksempel stamming eller mangel på verbal kommunikasjon under en psykotisk lidelse.

Tegn på selektiv mutisme:

- Barnet snakker hjemme.
- Tilstanden må være til stede i minst en måned.
- Tilstanden forårsaker negativ innvirkning i barnehagen, skolen eller andre aktiviteter.
- Barnet er ekstremt knyttet til foreldrene.
- Barnet er ekstremt sjenert.
- Barnet har ikke kontakt med andre individer (sosial isolasjon).
- Barnet har emosjonelle utbrudd

Lundahl m. fl, (2012) viser til at barn med unormal taushet tidligere ikke ble henvist til PPT eller barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk, heretter betegnet som BUP, før rundt 6-7 årsalderen. De viser da til at det gikk lang tid fra problemet oppsto, før det ble sendt en

henvisning til hjelpeapparat. Lundahl m. fl, (2012) beskriver endring på feltet, hvor man kan se at fagfolk og foreldre er blitt mer oppmerksom på diagnosen. Dette ser man ved at barn blir henvist i yngre alder til PPT eller BUP enn tidligere. Mange tar nå kontakt når barna er omkring 2-3 år, og retter spørsmål til PPT/ BUP om hvordan man kan legge til rette for en god utvikling videre. Dette viser til en endring i oppfattelsen av selektiv mutisme (Lundahl m. fl, 2012).

Ifølge Omdal (2016) er det ikke gjort noe konkret studie av hvor mange som har selektiv mutisme i Norge. Selektiv mutisme regnes som lavfrekvent på bakgrunn av studiene som er gjort av utbredelsen av diagnosen. Det regnes med at tilstanden rammer mindre enn 1 % av befolkningen (Steinhausen & Juzi, 1996). Her tyder det på at diagnosen er sjeldent, men samtidig kan det være store mørketall knyttet til at det ikke finnes konkrete undersøkelser. Den gjennomsnittlige alderen for symptomene på selektiv mutisme er rapportert til å være rundt 3 års alderen ifølge (Remschmidt m. fl, 2001). De siste årene har selektiv mutisme vært forsket på. I 2018 kom resultatene av en 5 års lang oppfølgingsstudie av barn som har mottatt behandling og oppfølging i barnehage/skole. Resultatene av forskningen ga gode prognoser for barn som mottok tidlig oppfølging (Ørbeck m. fl, 2018). Her får vi en indikasjon på hvor viktig det er med tidlig innsats slik at målrettede tiltak kan komme barnet til gode før tausheten blir av alvorlig karakter. Ifølge Lundahl m. fl, (2012) kan man se tidlig avdekking i sammenheng med St.meld nasjonal satsing på tidlig innsats og forebygging av problemutvikling. Man har gått fra å henvise barn fra 6-7 årsalderen, og til helt ned i 2-3 årsalderen. Det er blitt oppdaget høyere forekomst av selektiv mutisme i skoleutvalg enn i klinisk baserte utvalg, dette på bakgrunn av at noen av barna ikke blir henvist til spesialisthelsetjenesten (Standart & Le Couteur, 2003). Det kan være en indikasjon på at det finnes mørketall når det gjelder selektiv mutisme. Her er det usikker hva slags hjelp denne gruppen har fått i sitt miljø, om de ikke hadde blitt meldt videre til hjelpeapparatet (Omdal, 2016).

Bergman m. fl, (2002) gjennomførte et studie med en forekomst på 16 av 2256 (1 av 141) barn fra barnehage og til andre klasse fra et skoledistrikt i USA. I dette studiet ble det foreslått at selektiv mutisme er mer utbredt enn det man først har antatt. Her sier de at tilstanden mest sannsynlig er underrapportert på bakgrunn av de profesjonelles mangel på kunnskap og deres erfaring med selektiv mutisme (Omdal, 2016).

2.1.3 HISTORISKE PERSPEKTIVER

I 1877 ble «voluntær afasi» beskrevet av den tyske legen Adolf Kussmaul. Tilstanden beskrev de individene som frivillig valgte å ikke snakke selv om de inneha evnen til å snakke normalt (Steinhausen & Juzi, 1996). Da Kussmaul først nevnte denne tilstanden refererte han kun til voksne mennesker som gjorde aktive valg med å ikke snakke, for eksempel av religiøse grunner. Det var først i 1934 at den sveitsiske barnepsykiateren Moritz Tramer knyttet tilstanden til barn. Han beskrev barn som var tause i noen situasjoner, mens i andre situasjoner snakket normalt (Omdal, 2016).

I ICDs diagnosesystem var ikke diagnosen nevnt som selektiv før revideringen i 2019 til ICD-11. Før endringen var diagnosen kun betegnet som «elektiv mutisme». DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) var tidligere ute med å benytte betegnelsen selektiv mutisme. Begrunnelsen for at DSM-5 benyttet, og benytter betegnelsen selektiv mutisme er at man mente at betegnelsen elektiv kan gi feil inntrykk av tilstanden. Elektiv viser til at tausheten eller mutismen er et bevisst valg fra barnets side (Lundahl m. fl, 2012). I den nye versjonen av diagnosesystemet ICD-11 var elektiv mutisme erstattet av selektiv mutisme, som viser at det nylig har skjedd en endring i forhold til synet på diagnosen. Holden og Sällmann (2010) beskriver elektiv mutisme som en markert, følelsesmessig betinget begrensning av tale, der barnet snakker i noen sammenhenger, men ikke i andre. Barn og unge har vanligvis markerte personlighetstrekk som innebærer sosial angst, tilbaketrekning, motstand eller overfølsomhet. Her har vi beskrevet både selektiv og elektiv mutisme, der elektiv mutisme tilsier at barn og unge selv velger å ikke snakke, mens selektiv mutisme tilsier at tausheten fra barn og unge bare forekommer i noen situasjoner som vi har nevnt i begrepsavklaringen. Ifølge Ørbeck (2008) viser nyere forskning til at tilstanden selektiv mutisme er nært knyttet til sosial angst og det indikerer at tausheten fra barna ikke er viljestyrt.

2.1.4 PROGNOSE

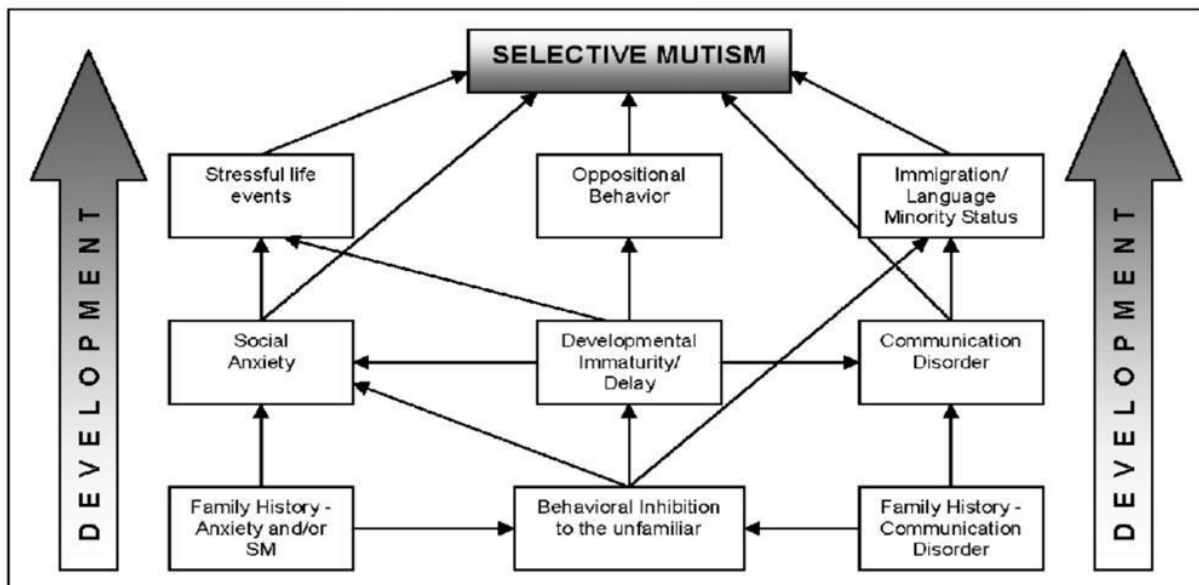
Det er vanskelig å si nøyaktig hvordan det går med barn som har selektiv mutisme i barne- og ungdomsalder. Det vi kanskje vet noe om, er at det er store individuelle forskjeller ved hvordan hvert enkelt individ klarer seg i voksen alder. Man kan kanskje se en naturlig endring for voksne siden man i større grad som voksen har mulighet til å kontrollere, eller unngå situasjoner som kan være vanskelig å snakke i. Lundahl m. fl, (2012, s. 12) viser til at *«de fleste har mindre problemer med hovedsymptomet; tausheten, men mange strever likevel fortsatt med sosial*

funksjon i voksen alder». McInnes og Manassis (2005) som hevder at prognosen er dårligere jo lengre tausheten har eksistert.

En eldre norsk oppfølgingsstudie ble gjennomført av Wergeland (1979). Studiet undersøkte 11 barn, som oppfylte kriteriene til diagnosen som den gang da ble kalt elektiv mutisme. Alle barna var innlagt på barnepsykiatrisk klinikk ved Universitetet i Oslo. I studien var det 7 jenter og 4 gutter, som ble fulgt opp mellom 8-18 år senere. Gruppen på 11 ble delt i to, hvorav 6 barn mottok ulike former for terapi en eller to ganger i uken. Det varierer hvor lenge behandlingene varte, alt fra 8 måneder til 3 år. Resultatene fra studiet hevder at barn som hadde gått gjennom behandling hadde flere utfordringer senere i livet, i motsetning til de barna som ikke hadde mottatt behandling. Man kan tenke seg flere ulike årsaker til konklusjonen, en forklaring kan være at barna i behandlingsgruppen hadde hatt tausheten lengre enn de barna som ikke fikk behandling. Mye har endret seg siden 1979, også behandlingsmetodene, og i dag ser vi at det er mest hensiktsmessig å gi barnet behandling i sitt naturlige miljø. Spesielt når vanskene og problemene handler om å ikke klare å kommunisere sosialt med andre barn og voksne i ulike situasjoner og settinger. I studiet foregikk behandlingen på barnepsykiatrisk klinikk ved Universitetet i Oslo. Wergeland (1979) understreket dermed allerede i 1979 viktigheten av tidlig innsats i barnehagen for å forebygge alvorlighetsgraden av selektiv mutisme.

I 2013 gjennomførte Ørbeck m. fl, (2013) en studie som viste at de yngre barna i studien profiterte bedre på intervensjon. Dette understreket, i likhet med Wergelands (1979) studie, viktigheten av tidlig innsats når det gjelder barn med selektiv mutisme. Remschmidt m. fl, (2001) gjennomførte en tysk oppfølgingsstudie av 45 barn i alderen 5-12 år, barna ble henvist i løpet av en periode på 15 år. Henvisningene ble gjort på bakgrunn av at de fylte kriteriene i henhold til diagnosesystemene ICD-10 og DSM-5. Barna ble fulgt opp gjennomsnittlig 12 år senere. Resultatene fra oppfølgingsstudien viste at 39% av de 45 utvalgte hadde blitt kvitt alle symptomene, 29% hadde utviklet seg betydelig og resten av utvalget hadde vist tegn til noe bedring. Hele 61% hadde enda utfordringer i hverdagen. Disse resultatene viser til at barna hadde mindre utfordringer, selv om mange enda hadde kommunikative vansker (Remschmidt m.fl, 2001).

2.2 RISIKOFAKTORER OG KOMORBIDITET



Figur 1: Cohan, Price og Stein, 2006, s. 352

Cohan m. fl, (2006, s. 352) viser i sin illustrasjon ulike årsaker til hvorfor et barn utvikler selektiv mutisme. Lundahl m. fl, (2012) viser til at det har vært ulike forklaringer på hvorfor barn utvikler selektiv mutisme. Tidligere har det vært fokusert på å forstå tausheten innenfor tilnærminger knyttet til psykodynamisk, familierapeutisk eller et atferds terapeutisk paradigme. Det er vanskelig å si noe nøyaktig om årsakssammenheng, hvor tilstandens helhet er preget av flere ulike faktorer. I enkelte studier ser man at tilstanden er et komplekst fenomen, og at flere barn sliter med ulike grader av utviklingsforstyrrelser, samt kommunikasjonsforstyrrelser (Steinhausen & Juzi, 1996). Kristensen (2002) fant i sin studie at barn med selektiv mutisme har utfordringer når det gjelder motoriske ferdigheter. Omdal (2016) hevder at motoriske ferdighetene reduseres eller under utvikles på grunn av at barnet føler på et så stort press på å prestere verbalt, og at de stivner til i kroppen av frykt. Tilbaketrukkethet, hemmet atferd og temperament er trekk som og er nært knyttet til tilstanden selektiv mutisme (Kristensen, 2005).

Selektiv mutisme blir sjelden diagnostisert før barnet har begynt i barnehage eller skole, og det er som nevnt tidligere ofte i disse store overgangssituasjonene man avdekker tausheten. Ulike studier har konkludert med at det er flere jenter enn gutter som har utfordringer med tilstanden selektiv mutisme (Black & Uhde, 1995; Steinhausen & Juzi, 1996). Selv om barnet ofte ikke

får en diagnose før nådd skolealder, kan symptomene til selektiv mutisme være til stede før barnet har begynt i barnehage eller skole (Kristensen, 2005). Selv om tausheten selv ikke har blitt oppdaget, kan andre symptomer på tilstanden ligge til grunn før selve hoved symptomet utløses i overgangssituasjoner. Anstendig (1999) har beskrevet symptomer og personlighetstrekk som går igjen hos barn med selektiv mutisme.

2.2.1 ETIOLOGIEN OG OPPRETHOLDENDE FAKTORER

Etiologien eller årsaksforholdene består sannsynligvis av flere faktorer. Fellestrekk hos barn med selektiv mutisme er at mange blir beskrevet som høysensitive, sta, sjenerte og mistenksomme. ICD-10 forbinder diagnosen med OCD/tvangslidelse. Barnet kan slite med tvangstanker eller ideer relatert til farer eller forbudte tanker som oppleves skremmende fordi de er meningsløse. Barnet kan bli redd for om tankene er realistiske eller ikke. Det er lett å tolke tause barn som fastlåse, da deres tause mønster konstant opprettholdes. I dag er man mer opptatt av å se nærmere på hvorvidt tausheten stammer fra sosial angst eller sosial fobi, hvor tausheten blir et symptom. Det man ser hos disse barna er skyhet og internaliserte atferdsproblemer (Omdal, 2016)

Kristensen og Torgersen (2002) fant en overensstemmelse mellom foreldres skyhet eller reserverthet og barn med selektiv mutisme. Studien til Kristensen og Torgersen (2002) viste at en tredjedel av foreldrene til barn med selektiv mutisme hadde sterk og markert skyhet eller reserverthet. Det finnes da en mulighet for at en genetisk komponent spiller inn i arveligheten for selektiv mutisme, eller at det kan handle om arv, oppdragelse eller modellering av barna.

Ko-morbiditet er en betegnelse for når flere tilstander opptrer på en gang. Ko-morbiditet opptrer hyppig hos barn med selektiv mutisme. Kristensen (2002) avdekket i sin studie med 54 barn, der det viste seg at i 93% av tilfellene der barna hadde selektiv mutisme, opptrådte det flere diagnoser samtidig. I hovedsak handlet dette om språkvansker, angsttilstander, utviklingsforstyrrelser, og motoriske vansker. DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) utelukker derimot selektiv mutisme om vanskene er tilknyttet språkvansker. I Steinhausen & Juzis (1996) studie rapporterer de at 85% av barna i studiet viste skyhet, 20% var deprimerte hvor adferd som opposisjonell, trassighet og aggressiv atferd var fremtredende,

33% visste at problemer med encopresis eller enuresis, søvn- og spiseforstyrrelser var nokså vanlig, mindre vanlig var tics eller symptomer på tvang.

Ut ifra ulike årsaksfaktorer oppstår det opprettholdende faktorer, som er med på å forsterke og opprettholde tausheten. Tausheten kan for mange barn oppleves som en beskyttelse fra den ytre omverdenen. Barn kan oppleve frykt for å miste seg selv til andre, ved å unngå å si noe gir man ikke andre muligheten til å bli vurdert eller å bli kritisert. Faren ved dette er at etter hvert som tiden går, kan tausheten bli integrert, og oppleves som en del av barnets personlighet og identitet. Lebrun (1990) viser til et utsagn fra et barn, som sier «Å snakke betyr å gi opp identiteten min». Barn med selektiv mutisme ser ut til å fastlåse seg i sine bestemmelser, og det vil oppleves som umulig å tenke andre løsninger enn å opprettholde tausheten. Kontroll er viktig for barn med selektiv mutisme, de blir ofte beskrevet som perfektjonister og er opptatt av å gjøre alt korrekt. Det er vanskelig å utfordre barnet på sin adferd, da barnet opplever at tausheten er den eneste måten kontrollen kan opprettholdes. Barn med selektiv mutisme opplever en sterk følelse av stress. Barnet blir plassert i situasjoner som naturlig krever at barnet skal snakke og kommunisere. Når barnet mestrer tausheten gjennom en dag fylt av stress, kan barnet ende med å opprette uheldige mestringsstrategier. Barnet opplever indre belønning for at tausheten har blitt opprettholdt.

2.2.2 ANGST, SOSIAL- OG SPESIFIKK FOBI

Engstelse og symptomer som er karakteristiske for sosial fobi sees hos barn med selektiv mutisme (Anstendig, 1999). For å unngå sosiale situasjoner vil det være naturlig at barn med selektiv mutisme og sosial fobi trekker seg tilbake (Yeganeh m. fl, 2003). Selektiv mutisme regnes som en sosial angstlidelse, som gir seg utslag i at barnet unngår sosial interaksjon ved å ikke snakke. Man anser at barnets angst er så omfattende at barnet opplever at hen ikke får til å snakke, tross at barnet kan snakke. For barnet oppleves ikke dette som et aktivt valg om å ikke snakke. Flere studier viser til en klar sammenheng mellom selektiv mutisme og sosial angst (Remschmidt m. fl, 2001).

Anstendig (1999) beskriver selektiv mutisme som en form for angstlidelse, hvor lidelsen kan være preget av ulike faktorer. ICD-11 beskriver sosial angstlidelse som preget av signifikant eller overdreven frykt, eller angst som konsekvent oppstår i en eller flere sosiale situasjoner.

Barnet er bekymret for at en vil handle på en måte, eller vise angstsymptomer, som vil bli negativt vurdert av andre. Relevante sosiale situasjoner unngås konsekvent eller utholdes med intens frykt eller angst. Symptomene vedvarer i minst flere måneder, og er tilstrekkelig alvorlig til å resultere i betydelig nød eller betydelig svekkelse i personlige, familiemessige, sosiale, utdanningsmessige, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder (ICD-11).

Det er viktig å se på sammenhengen mellom sosial angst og selektiv mutisme. Enkelte studier har funnet en korrelasjon mellom disse to tilstandene. Dummit m. fl. (1997) fant i sin studie av 50 barn, at alle barna hadde sosial fobi eller en unnvikende personlighetsforstyrrelse. Black & Uhde (1995) fant i sin studie at 97% av barna tilfredsstilte kriteriene for sosial fobi. I nyere studier som Omdal & Galloway (2008) oppdaget de ikke bevis for å forstå tausheten hos barn som et uttrykk for sosial angst. Pine & Klein (2009) beskriver sosial engstelse som en vedvarende frykt for sosial latterliggjøring og ydmykelse. Barnets atferd vil være preget av frykt og redsel for situasjoner som kan fremkalle angsten. Kristensen (2005) sier at barn med selektiv mutisme ikke nødvendigvis har problemer med å være i samspill med andre barn, og at forventningene til barnets verbale kommunikasjon skaper frykt og engstelse. Ukjente sosiale situasjoner kan fremme en frykt for å snakke, men det er ikke nødvendigvis slik at alle barn opplever sosial angst knyttet til sin selektive mutisme (Yeganeh m. fl, 2003). For å oppnå diagnosekriteriene i ICD-11 er unngåelsesatferden et kriterium, som kan føre til at barn sosialt isolerer seg.

Omdal & Galloway (2008) undersøkte sammenhengen mellom selektiv mutisme og sosial fobi. I undersøkelsen intervjuet de 16 voksne mennesker som alle hadde diagnosen som barn, men som var blitt symptomfrie. Fem barn med selektiv mutisme ble observert i skole og barnehage, og omsorgspersonene ble intervjuet. Resultatene viste til at barn med selektiv mutisme ikke hadde utpekende problemer med å delta i aktivt samspill med andre barn og voksne, så lenge de ikke trengte å uttrykke seg verbalt. Av de seks voksne som ble intervjuet, beskrev kun to av dem at de hadde kjent på sosial engstelse i barndommen. Omdal & Galloway (2008) konkluderer derfor med at det er manglende bevis for at selektiv mutisme er et symptom på sosial fobi. Omdal (2016) viser til at spesifikk fobi er frykt for en bestemt situasjon eller et objekt. For barn med selektiv mutisme er det fryktede objektet en aktivitet, da mener vi det å snakke, men bare til bestemte personer eller i bestemte situasjoner. Den verbale kommunikasjonen i sosiale situasjoner er vanskelig for barn å håndtere, og kan være knyttet til forventningene samfunnet stiller til barnet. Omdal & Galloway (2008) foreslår at det bør ses på

sammenhengen med diagnosen spesifikk talefobi, hvor både barna og de voksne fra studiet tilfredsstiller diagnosekriteriene for spesifikke fobier i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Spesifikk fobi gir ingen forklaring på hvorfor barn med selektiv mutisme snakker i noen situasjoner, men er tause i andre. Barn med selektiv mutisme snakker med nære kjerne personer, og man kan tenke seg at den sosiale fobien kommer til uttrykk ved opplevelse av utrygghet i møte med nye personer og situasjoner.

2.2.3 TRAUMER

Tidligere har traumer blitt ansett som en mulig risikofaktor for selektiv mutisme. Hayden (1980) viser i sin studie at 77% av utvalget med 68 barn, hadde opplevd en form for mishandling av alvorlig grad, og 30% av utvalget hadde blitt utsatt for seksuelt misbruk. Kriteriene til å delta i studien har blitt omdiskutert da de ikke stemmer overens med diagnosekriteriene for DSM- 5 (American Psychiatric Association, 2013) eller dagens ICD-11. Blant annet kunne tausheten ha vært til stede i minst en situasjon i løpet av åtte uker, som ikke kvalifiserer for diagnosen selektiv mutisme. Med bakgrunn i denne informasjonen kan man ikke konkludere med at det foreligger en signifikant sammenheng mellom traumer og selektiv mutisme.

Haydens (1980) studie er en eldre kilde, hvor man kan tenke seg at det ikke var et godt metodologisk gjennomført studie. Senere studier har hevdet at traumer ikke er assosiert med selektiv mutisme. Black & Uhde (1995) fant signifikante traumer hos 4 av 30 barn, men konkluderte med at resultatene ikke støttet teorien angående traumer som utløsende faktor for selektiv mutisme. De hevdet at det ikke var noen bevis på at det var en korrelasjon mellom traumene og utviklingen av tilstanden selektiv mutisme. Steinhausen & Juzi (1996) sitt studie viste til at av 100 barn hadde 31% av barna opplevd en form for stressende livshendelse før tausheten oppsto.

Omdal & Galloway (2007) intervjuet voksne som tidligere hadde hatt selektiv mutisme, hvor informantene fortalte at den selektive mutismen ble utløst av en hendelse i barndommen. Blant annet ble det nevnt vold, aggresjon, omsorgssvikt og overgrep i hjemmet. Dette støttes av Cohan m. fl, (2006) som fremhever “hverdags-traumer”, som mulig årsak til utviklingen av selektiv mutisme. “Hverdags-traumer” kan være overgangssituasjoner som barnehage-skole, høye stemmer, eller irrettesettelser av andre barn rundt dem (Cohan m. fl, 2006). Kristensen

(2002) viser til at disse hendelsene kan føles ubehagelig for barna, og ha en langvarig påvirkning på selv barn uten selektiv mutisme. Omdal (2016) viser videre at det gjennom tidene har vært lite søkelys på hvordan traumer kan være utløsningsfaktor for tausheten. Tausheten kan opptre som en forsvarsmekanisme som trer til for at barnet skal beskytte seg i møte med traume. Traumer kan være forsømmelse, stress og/eller overgrep.

2.2.4 FAMILIÆRE FORHOLD

Selektiv mutisme forekommer i alle sosiale lag (Steinhausen & Juzi, 1996). Omdal (2016) viser til at tidligere litteratur har funnet en høy andel psykiatriske forstyrrelser i familier hvor det finnes barn med selektiv mutisme. Av Black & Uhde (1995) har tilstanden blitt beskrevet som et familie fenomen, og man kan se at det foreligger en viss sårbarhet knyttet til overførbarheten av selektiv mutisme. Arv og miljø vil virke inn i barnets oppvekst, og man ser at en av tre foreldre til barn med selektiv mutisme har en markert reserverthet og sjenanse.

I Black & Uhdes (1995) eldre undersøkelse av 30 barn med selektiv mutisme, så man og nærmere på familiemedlemmene. Resultatene viste at 44% av omsorgspersonene hadde symptomer på sosial fobi, og 15% hadde tidligere hatt selektiv mutisme. Undersøkelsen viste og at 21% av søsknene hadde sosial fobi, og 19% hadde selektiv mutisme. Kristensen & Torgersen (2001) støttet denne informasjonen i sin studie hvor de sammenlignet omsorgspersonene til 54 barn med selektiv mutisme mot en kontrollgruppe med foreldre til barn som ikke var henvist på grunn av selektiv mutisme. Kontrollgruppen viste at 3,7 % av mødrene viste tegn til skyhet og sosial angst mot 38,9 % hos mødrene til barn med selektiv mutisme. Hos fedrene viste kontrollgruppen at 0,9% at de hadde tegn til skyhet og sosial angst mot 31,5% hos fedrene til barn med selektiv mutisme. Prosenten viser så stor forskjell mellom kontrollgruppen og omsorgspersonene til barn med selektiv mutisme, at man klart kan konkludere med at det finnes en tydelig sammenheng, og sårbarhet for å utvikle selektiv mutisme dersom dine foreldre har hatt diagnosen selektiv mutisme, sosial angst eller markert sjenanse.

2.2.5 UTAGERENDE OG OPPOSISJONELL ATFERD

Steinhausen & Juzi (1996) viser til at barn med selektiv mutisme har blitt karakterisert som sta, opposisjonell, engstelig og tilbaketrukket. Tausheten har medført frustrasjon hos personer som ikke forstår årsaken til tausheten, og det at det ikke er et aktivt valg hos barnet (Ørbeck, 2008). Yeganeh m. fl, (2006) sier at det er avdekket opposisjonell atferd hos et mindretall av barn med selektiv mutisme, og konkluderer med at det er relativt sjeldent satt i sammenheng med selektiv mutisme. Tausheten kan likevel oppfattes som opposisjonell atferd for den voksne i møte med barnet, om man igjen oppfatter tausheten som et aktivt valg hos barnet. Krohn m. fl, (1992) viser i sitt eldre studie høy forekomst av opposisjonell atferd hvor hele 90% av utvalget på 20 barn ble beskrevet som kontrollerende, negative og opposisjonelle i verbal og non-verbale situasjoner. Scott & Beidel (2011) viser til at det er en aktiv diskusjon vedrørende sammenhengen mellom selektiv mutisme og opposisjonell atferd, og at det ofte er i de situasjonene hvor barnet deltar verbalt at den opposisjonelle atferden kommer til syne. En mulig forklaring for at den opposisjonelle atferden kommer til syne kan være barnets sterke behov for kontroll på ulike situasjoner. Tausheten kommer ofte til uttrykk i situasjoner barnet opplever utrygghet, eller mangel på kontroll. I de situasjonene barnet er verbalt aktivt vil det være naturlig å oppleve at barnet har behov for å ha kontroll over disse situasjonene. Behov for kontroll kan vise seg som opposisjonell atferd. Omdal (2016) viser til at disse barna blir beskrevet som perfeksjonister, og opptatte av å gjøre alt korrekt.

2.2.6 UTVIKLINGSFORSTYRRELSER

I diagnosesystemet ICD-11 er utviklingsforstyrrelse årsak til at diagnosen selektiv mutisme ikke kan settes, likevel ser man en komorbiditet mellom selektiv mutisme og utviklingsforstyrrelse. Ørbeck (2008) hevdet at kjernesymptomet ved selektiv mutisme-tausheten kan medføre utviklingsforstyrrelser og lærevansker. Dette kan lett overses i barnets hverdag, og kan være vanskelig å fange opp grunnet tausheten. Studien til Kristensen (2000) viste at 68,5% av utvalget hadde en utviklingsforstyrrelse. Tausheten kan ta mye av fokuset som kan føre til at andre utfordringer ikke blir oppdaget. Spesifikke utviklingsforstyrrelser som språkvansker var mest utbredt (Kristensen, 2000).

Kristensen og Torgersen (2002) fant at halvparten av utvalget på 54 barn, viste tegn til kriteriene for kommunikasjonsforstyrrelser. Studiet viser at det var flere gutter enn jenter som hadde utfordringer med kommunikasjonsforstyrrelser. Dette støttes av Manassis m. fl, (2007) som fant

samme resultat i sin studie hvor de testet barnas ulike språkferdigheter. De sammenlignet tre ulike grupper med barn, en med selektiv mutisme, en med angstlidelser og en gruppe som bare var i samme aldersgruppe med de andre to gruppene. Alderen på gruppene var 6-10 år. Gruppen med barn som hadde selektiv mutisme kom dårligst ut i forhold til de to andre gruppene i studien.

I ICD-11 har spesifikke språkforstyrrelser blitt endret til utviklingsmessige språkforstyrrelser (DLD). Utviklingsmessig tale- eller språkforstyrrelser oppstår i løpet av utviklingsperioden, og kjennetegnes av vansker med å forstå eller produsere tale og språk. Eller med å bruke språk i kontekst for kommunikasjonsformål, som ligger utenfor grensene for normal variasjon som forventes for alder og nivå av intellektuell funksjon. De observerte tale- og språkproblemene kan ikke tilskrives regionale, sosiale eller kulturelle/etniske språkvariasjoner, og kan ikke kobles til anatomiske eller nevrologiske abnormiteter. Lundahl m. fl, (2012) hevder at barn kan ha både språkvanske og selektiv mutisme.

2.2.7 FLERSPRÅKLIGE BARN

Ørbeck (2008) viser til at tospråklighet kan være en sårbarhetsfaktor for utviklingen av selektiv mutisme. Kriteriene i DSM-5 tilsier at diagnosen selektiv mutisme ikke kan settes på barn som har en annen flerspråklig bakgrunn, og som ikke kommuniserer med andre i det nye landet. ICD-11 viser til at det er viktig at man tar kulturperspektivet i betraktning i møte med barn med flerkulturell bakgrunn. Enkelte kulturer har et høyt nivå av skambaserte følelser, og barn kan unngå å snakke om bestemte emner, eller i situasjoner som vil fremkalle skam for dem selv eller andre. Om dette er den normative kulturen rundt barnet, bør en ikke konkludere med diagnosen selektiv mutisme. ICD-11 viser til at innvandrerbarn som er ukjente eller ukomfortable med det offisielle språket i det nye landet, kan i en diskret periode nekte å snakke med fremmede i det nye miljøet. For innvandrer- og flerkulturelle barn kan overgangen mellom de to kulturene oppleves overveldende, og det i seg selv kan utløse taushet. ICD-11 viser til at selektiv mutisme ikke bør diagnostiseres i slike tilfeller. Toppelberg m. fl, (2005) viser til at kriteriene i diagnosemanualene har ført til at mange barn med flerspråklig bakgrunn blir ekskludert fra forskning angående selektiv mutisme.

Toppelberg m. fl, (2005) viser til at faktorer i miljøet rundt barnet kan utløse selektiv mutisme, spesielt hos barn som er sårbare. De viser til at manglende støtte i læringsprosessen når barn skal igang med å lære et nytt språk, fordommer mot barnets kulturelle og språklige bakgrunn, høye krav- både kognitive og lingvistiske som rettes mot barnet, kan være eksempler på utløsende faktorer for selektiv mutisme hos flerspråklige barn. Det er i disse tilfellene særdeles viktig med godt samarbeid mellom barnehage/skole og hjemmet, dersom dette samarbeidet svikter kan det være med på å utløse tilstanden. Studie fra 2003 viser en hyppigere forekomst av selektiv mutisme blant barn og unge med flerspråklig bakgrunn enn barn uten immigrant bakgrunn (Elizur & Perednik). Studier har vist at det er en sammenheng mellom flerspråklige barn og tilstanden selektiv mutisme. Studien viser at mange barn med selektiv mutisme har immigrant bakgrunn Toppelberg m. fl, (2005). Steinhausen & Juzi (1996) fant at 28% av 100 barn med selektiv mutisme var av immigrant bakgrunn. Elizur & Perednik (2003) støtter dette og viser også til en høyere forekomst av selektiv mutisme blant barn med immigrant bakgrunn. Resultatene fra deres studie viser til at 0.76% av barna som ble undersøkt hadde selektiv mutisme, og forekomsten av barn med selektiv mutisme med immigrant bakgrunn var 2,2%. Studien ble gjennomført i tråd med kriteriene fra DSM-5, hvor det var kvalitetssikret at barna hadde gått tilstrekkelig på skolen og man utelukket at tausheten var forårsaket av at barna ikke hadde tilstrekkelige språkferdigheter.

Toppelberg m. fl, (2005) viser til at å diagnostisere tospråklige barn med selektiv mutisme er mer krevende enn barn som ikke er tospråklig. Dette til tross for at forekomsten av barn med selektiv mutisme er høyere blant flerspråklige barn. Flerspråklige barn blir ofte oversett, og deres taushet forstås som en følge av at barnet ikke har tilstrekkelige kunnskaper om det nye språket (Ørbeck, 2008).

2.3 TILTAK I BARNEHAGEN

I dette kapittelet vil vi se nærmere på tiltak for å forebygge utviklingen av selektiv mutisme, og tiltak som skal støtte barnet mens man kartlegger og etter man har stadfestet diagnosen. Videre i underkapitlene vil vi se nærmere på viktigheten av tidlig innsats, kommunikasjon og språk, tilknytning og trygg base, og samarbeid med foreldre- og andre profesjonelle som spesialpedagoger og PPT. Disse kapitlene vil se på de viktigste tiltakene for å støtte barn med selektiv mutisme i barnehagen. Rammeplanen (2017, s. 11) viser til at "*barnehagen skal ha en*

helsefremmende og forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Barnas fysiske og psykiske helse skal fremmes i barnehagen. Barnehagen skal bidra til barnas trivsel, livsglede, mestring og følelse av egenverd og forebygge krenkelser og mobbing". Barnehageloven § 1 sitt formål viser til at barn skal få utvikle grunnleggende kunnskaper og ferdigheter. Barna har rett til medvirkning tilpasset alder og forutsetninger, det innebærer at barnehagen må sette inn særlige tiltak for at og barn med selektiv mutisme skal få medvirke i sin barnehagehverdag.

Retten til spesialpedagogisk hjelp er en individuell rett. Barnehageloven § 31 viser til at barn som ikke har begynt på skolen, og som oppfyller slike vilkår har krav på denne typen hjelp. Retten til spesialpedagogisk hjelp, må vurderes på et selvstendig grunnlag. Det skal da vurderes om barnet kan avhjelpest innenfor det ordinære barnehagetilbudet. PPT er de som skal utrede og ta standpunkt til om barnehagen barnet går i har nødvendige ressurser og kompetanse til å avhjelpe barnet. Dette vises til i §34 andre ledd bokstav c. Hjelpen kan knyttes til barnehage, sosiale og medisinske institusjoner, eller organiseres som eget tiltak. Hjelpen kan også gis av PPT eller andre sakkyndige. Det foreligger ikke krav til at barn som mottar spesialpedagogisk hjelp skal ha en individuell opplæringsplan, heretter betegnet som IOP, men det kan være med å tydeliggjøre arbeidet og formålet, med tiltak som skal igangsettes. Barnets behov for spesialpedagogisk hjelp i barnehagen skal ikke avvises fordi barnet ikke har en diagnose, eller på grunnlag av en diagnose (Utdanningsdirektoratet, 2022).

2.3.1 TILRETTELEGGING

Det har i de siste årene skjedd store endringer knyttet til diagnosen selektiv mutisme. Dette har ført til at vi i dag innehar god kunnskap for hvordan kunne tilrettelegge for de som har fått stadfestet diagnosen selektiv mutisme. PPT har utarbeidet en veileder for arbeidet med barn med selektiv mutisme, og viser til punkter for hvordan man best kan tilrettelegge:

- **Kommunikasjon på barnets nivå:** Benytt defokusert kommunikasjon, for å skape en komfortabel atmosfære rundt barnet. Det er viktig å ikke gjøre det for komfortabelt, og man må legge samtale-nivået slik at barnet har noe å strekke seg etter når barnet opplever miljøet som trygt. Man må tilrettelegge for at barna har enkle måter å si ifra på, og barna kan ha behov for støtte fra tegn eller lapper. Noen

trenger å kommunisere gjennom en venn, og det må aksepteres. For de yngste kan det hjelpe å stille spørsmål via leker.

- **Fast voksenkontakt:** For å kunne skape en god hverdag for barn med selektiv mutisme, er forutsigbarhet og trygghet to viktige elementer. En fast voksenkontakt som kjenner og forstår barnet, er nødvendig for å skape et trygt miljø som gir muligheter for god utvikling. Det er likevel viktig å utvide relasjonene til barnet gradvis, og trekke gradvis bort hjelpen når barnet mestrer selv. Det er viktig å unngå over-avhengighet av enkeltpersoner i miljøet. Dette er en balanse som barnas nærmeste må vurdere.
- **Faste rutiner:** Lag forutsigbare og faste rutiner, og gi beskjed om endringer. Barn med selektiv mutisme er ofte sårbare overfor endringer eller plutselige situasjoner. De trenger derfor at man legger opp gode, faste rutiner. Det er viktig at man bruker god tid på å forberede barnet på nye situasjoner, aktiviteter og hendelser. En visuell dagsplan med klokkeslett og bilder, vil gi barna en følelse av kontroll. Barn som har stor angst kan ha problemer med å få med seg hva som blir sagt i plenum, og vil ha behov for å få beskjeder presentert i små doser.
- **Tilpass til barnets mestringsnivå:** Reduser situasjoner som skaper engstelse hos barnet ved å tilpasse krav og forventninger til barnets kognitive ferdigheter. Vis tålmodighet og unngå å utsette barnet for press.
- **Små grupper:** Tilpass små grupper for lek, spill eller arbeidsoppgaver til faste tidspunkt. Hjem og barnehage må samarbeide tett, slik at man kan koble barnet på andre barn det har positiv relasjon til, også på fritiden. Dette er et viktig tiltak for å forebygge ensomhet og isolasjon. Det er viktig at barnet har mestringsarenaer utenfor hjemmet og barnehagen, og at barnet har nettverk og interesser man kan spille på for å hjelpe barnet.
- **Sosial lek og samhandling:** Oppmuntre barnet til sosial lek og samhandling med jevnaldrende. Det er viktig å være en god rollemodell og hjelpe barnet inn i leken. Legg opp til aktiviteter som ikke nødvendigvis krever verbale svar, og som alle barn i gruppen kan delta i. Man kan bruke ulike verktøy, sang- bevegelser o.l for å støtte leken. Humor er viktig, for å kunne ufarliggjøre situasjoner, og gjøre barn trygg på det å kunne feile (Lundahl m. fl, 2009).

Det er viktig å snakke med barnegruppen om det er et stort tema at barnet ikke snakker. Man må forklare barna at det ikke alltid er lett for alle å få til å snakke i ulike situasjoner, men at det

hjelper om barna er støttende, og ikke maser eller erter. Oppmuntre barna til å inkludere barnet, og støtt også barna på ulike måter man kan samarbeide og leke med barnet. Det er viktig at dette er positiv og oppmuntrende samtaler.

I stortingsmeldingen. 6 (2019-2020) om tidlig innsats sier regjeringen at barnehager og skoler i Norge skal gi alle barn like muligheter. Det skal være uavhengig av sosiale, kulturelle, språklig bakgrunn, kjønn og kognitive og fysiske forskjeller. For å få dette til kreves det et inkluderende felleskap og en tidlig innsats. Med stortingsmeldingen vil regjeringen legge til rette for at kompetansen kommer tett på barn og unge. Det tverrfaglige samarbeidet vil styrkes og det vil settes inn et varig kompetanseløft på det spesialpedagogiske feltet for ansatte i barnehager, skoler og PPT. Remschmidt m. fl, (2001) eldre studie viser til at den gjennomsnittlige alderen for at barnet viser symptomer på selektiv mutisme er rapportert til å være rundt 3 års alderen.

2.3.2 TIDLIG INNSATS

I denne delen av masteroppgaven ønsker vi å se nærmere på begrepet tidlig innsats. Det er relevant for vår masteroppgave fordi det handler om å avdekke en utfordring (tausheten) på et tidlig tidspunkt i barnets liv. Som vi har nevnt tidligere i masteroppgaven mener Johnson & Wintgens (2016) at en ubehandlet selektiv mutisme diagnose kan gi alvorlige konsekvenser inn i et voksent liv. Bjørnsrud & Nilsen (2020) påpeker at begrepet tidlig innsats kan anvendes på to ulike måter. For det første handler tidlig innsats om å komme inn i et tidlig tidspunkt i barnets liv, deriblant barnehagen og i de første skoleårene. For det andre handler det om å gjøre tidlig inngrep når problemet oppstår eller avdekkes, dette uavhengig av hvilket tidspunkt i skoleløpet eller livet barnet er. Innledningsvis fikk vi et innblikk i at antall barn som mottar spesialpedagogisk hjelp, har økt i barnehagene de siste årene. Det kan tenkes at det blir stadig flere barn som har behov for spesialpedagogisk tiltak og støtte i barnehagen, da det allmennpedagogiske tilbudet ikke er tilstrekkelig for det enkelte barn. I 2021 hadde barnehagene i Norge 268465 barn, noe som tilsvarer 93,4% av alle barn mellom 1-5 år i Norge (SSB, 2022). I 2020 var andelen barn som fikk ekstra ressurser til styrket tilbud for førskolebarn 22,7%. Statistikken sier ingenting om hvor mange barn utenom førskolebarna som mottok et styrket tilbud. Barna som får ekstra ressurser, inkluderer barn som får spesialpedagogisk hjelp etter barnehageloven § 19 a, og inkluderer minoritetsspråklige barn (SSB, 2020). Tidlig innsats

er på bakgrunn av dette relevant for oss å ha med. Da dette er beskrevet som en ressurs for barn som har behov for spesialpedagogisk hjelp.

St.meld (2019-2020) sier at tidlig innsats er et pedagogisk tilbud til barn i barnehagen og barn i skolen. Det å forebygge, eller eventuelt sette inn tiltak så tidlig som mulig når barn viser tegn til å ha utfordringer, er hovedmålet. Tiltakene varieres fra hvilket behov barnet har, hvor det blir satt inn i det ordinære tilbudet, til at det blir satt inn særskilte tiltak for det enkelte barnet. *“Det er et vanlig anslag at det til enhver tid er 15– 25 prosent av barn og unge som trenger særskilt tilrettelegging. Noen trenger særskilt tilrettelegging i en kort periode, andre trenger det varig eller over lengre tid. Det betyr at behov for tilrettelegging ikke er unntak, men noe som er helt vanlig” (Meld. St. 6, 2019-2020:12).*

Tidlig innsats handler ifølge Bjørnsrud & Nilsen (2020) om å stimulere og å legge til rette slik at alle barn får en tilfredsstillende læringsutvikling og støtte. Det kan tenkes at dette kan være med på å forebygge at det oppstår vansker hos barn. Det kan også tenkes at det kan være til hjelp for å oppdage barn som ikke har en god nok læringsutvikling i forhold til det allmennpedagogiske tilbudet. Man har da raskt mulighet til å sette inn hjelp, og få inn tiltak for barnet så tidlig som mulig.

Det er store utfordringer knyttet til tidlig avdekking av selektiv mutisme. Spesielt siden foreldre sjeldent er bekymret, for barnet benytter verbalspråket som vanlig hjemme. Et tydelig faresignal er at barnet snakker hjemme, men ikke i andre sosiale situasjoner utenfor hjemmet. For at man skal kunne sette diagnosen må tausheten ha vart over lengre tid. I praksis kan dette bety at barnet står i fare for å utvikle selektiv mutisme, før tausheten er avdekket. Det er viktig å være bevisst forskjellen mellom sjenerte barn, og barn som utvikler selektiv mutisme, sjenerte barn vil begynne å snakke smått, så snart de føler seg trygge, mens barn med selektiv mutisme vil holde på tausheten (Forening for selektiv mutisme, 2021).

Tidlig innsats er helt avgjørende for å tidlig kunne sette inn hjelpetiltak. Desto lengre diagnosen får være dominerende for barnets atferd, desto vanskeligere og lengre tid vil det ta før barnet opplever forbedring i tilstanden. Det kan tenkes at desto lengre barnet har symptomer på selektiv mutisme, jo mer integrert blir diagnosen. Et viktig og avgjørende element for avdekking er samarbeidet mellom hjem og barnehage.

2.3.3 TILKNYTNING OG TRYGG BASE

For barn er verden helt ny, alt skal utforskes og læres. I barnets første leveår går barnet gjennom flere tilknytningsprosesser, og barn har ofte flere nære tilknytningspersoner. Som oftest er det omsorgspersonene som er de nærmeste og den primære tilknytningen. Mellom barnet og de voksne som utøver den viktigste omsorgen utvikles det en tilknytning (Gulbrandsen, 2014). For mange barn, er barnehagen det første stedet de er uten at foreldre er tilstede. Dette kan oppleves utrygt og overveldende for noen barn, mens andre barn opplever det som mindre overveldende og de finner fornyet trygghet hos de ansatte i barnehagen, og kanskje og hos andre barn. Barnehagelærere har en viktig rolle i oppstart i barnehagen, men og i overgangen mellom småbarn og storbarn, og overgang fra barnehage til skole. Positive relasjoner mellom ansatte i barnehagen og barnet kan være en viktig beskyttelsesfaktor mot negativ utvikling, tross utrygge tilknytninger hjemmefra (Buyse m. fl, 2009). Barn tilbringer mye av tiden sin i barnehagen og de ansatte er viktige trygghetspersoner (Drugli, 2017).

Trygg tilknytning etableres når barnet gjentatte ganger opplever sensitiv omsorg fra omsorgspersoner. Dette innebærer at omsorgspersonene klarer å regulere barnets følelser i ulike situasjoner, og da og i krevende situasjoner. Ved trygge og sterke omsorgspersoner vil barnet kunne tørre å uttrykke følelser og behov (Drugli, 2017). Ved trøst fra en omsorgsperson vil barnet kunne roe seg (Broberg m. fl, 2014). Dette kan observeres gjennom at barnet søker trøst, nærhet og ber om hjelp. For at barnet skal oppleve en trygg tilknytning, må det erfare at den trygge omsorgspersonen beskytter og tar vare på dem, er tilgjengelig, forstår og trøster barnet ved behov (Killén, 2017).

Det vises til at det finnes 3 roller ansatte i barnehagen har: “oppdrager”, “pedagog” og “omsorgsgiver” (Martinsen & Nærland, 2009). Rollene veksles mellom hver dag, i ulike situasjoner, og i møte med ulike barn og deres behov. Disse rollene tydeliggjøres i rammeplanen (2017, s. 29) gjennom “*Barnehagen skal i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling*”. Bowlby (2005) viser til trygg base som en sentral faktor i tilknytningsprosessen. Trygg base

viser til at tilknytningsobjektet er en person som er varm, tilgjengelig, responsiv, lydhør og sensitiv. Dette er et menneske som gir barnet sterk opplevelse av trygghet. Barnet går da ut i verden og utforsker, og søker til den trygge basen for påfyll av kjærlighet, oppmerksomhet og trøst. Vi ser at selektiv mutisme i stor grad er utløsende i store overgangsfaser i livet. Det å begynne i barnehagen, og skilles fra sin trygge base vil naturlig nok oppleves skremmende, eller utfordrende for barn. Etter hvert som barnet utvikler seg kan de finne trygghet i andre voksne, de kan finne sin plass i barnehagen, og finne trygghet hos andre barn.

Som vi har vært innom tidligere kan det være at barn med selektiv mutisme snakker med enkelte barn i barnehagen, disse barna vil da spille en viktig rolle for å kunne øke tryggheten til barnet. At barnet skal kunne mestre å være trygt uten den trygge basen, forutsetter at barnet klarer å danne et indre bilde av omsorgspersonen, selv når omsorgspersonen er fraværende. Det ville være vanskelig å si noe helt konkret om hvordan dette oppleves for barn med selektiv mutisme. Man kan undre seg over om det kan være slik at barnet med selektiv mutisme ikke klarer å danne disse indre bildene, eller er at angsten oppleves som altoppslukende til at de indre bildene gir noen form for trygghet. For barn som klarer å være adskilt fra sin trygge base, vil det oppleves som om man utsetter påfyllet til omsorgsperson eller andre trygge baser er tilgjengelig.

2.3.2 KOMMUNIKASJON OG SPRÅK

Bateson (1955) viser til at vi kommuniserer på ulike plan samtidig; innhold-, følelses-, og relasjons siden. Ofte er vi mer opptatt av å tolke relasjonen mellom oss enn innholdet i selve kommunikasjonen. Fokuset på utviklingen og verdien av det verbale språket er sentralt i barnehagen, og har gjennom de siste tiårene fått et økende fokus på kartlegging og dokumentasjon. Gjennom barnehagehverdagen skal barn få varierte erfaringer med bruk av språket i kommunikasjon med andre voksne og barn. Den utviklingen som skjer med språket i førskolealder er grunnleggende for utvikling av språk, tale og kommunikasjon. Gjennom språket får barn muligheten til å uttrykke følelser, tanker, ideer og identitet.

Muntlige ferdigheter vurderes som særdeles viktig for videre livslang læring. Gjennom kommunikasjon lærer barn. Piaget (1959) mener at språket er et verktøy for kognisjon og tenking, og Rommetveit (1981) hevder at språket er det som gjør det mulig for mennesker å åpne seg og dele sine opplevelser med andre mennesker. Barn som unngår å snakke gir

mangelfullt uttrykk for følelser, ønsker og behov. Det vanskeliggjør det for andre rundt å tyde signaler og reagere adekvat overfor barnet, dette blir spesielt vanskelig for andre barn.

Metakommunikasjon er den kommunikasjonen som formidles nonverbalt gjennom stemmevolum, intonasjon, kroppsholdning, gester, blick og ansiktsmimikk. For barn med selektiv mutisme vil metakommunikasjonen være betraktelig påvirket av mutismen, og kroppsspråket vil for noen barn være svekket. Noen barn kan virke tilstivnet, og kommuniserer lite med kroppsspråk og mimikk, mens andre bruker kroppsspråket aktivt, hoster, kremter, snufser, ler eller lager dyrellyder for å kommunisere. Gjennom stemmebruk, blick og kroppsspråk, og styrken, klangen, hastigheten og intonasjonen i stemmen vår sier noe om hvem vi er. Barn som ikke snakker og som i liten grad bruker kroppsspråket vil bli vanskelig for andre å tyde og forstå. Det vil være vanskelig for både voksne og barn å få en fornemmelse av hvem barnet er uten at kommunikasjon er til stede (Omdal, 2016).

Teorien om den kommunikative handlingen av Jürgen Habermas (1984) er benyttet som teoretisk rammeverk for å kunne tolke og forstå kommunikasjon mellom voksne og barn. Habermas sier at en kommunikativ handling er preget av likeverd, åpenhet, gjensidighet og felles forståelse. Habermas (1984) teori skiller seg fra den rasjonalistiske tradisjon ved å plassere rasjonalitet i strukturer av mellommenneskelig språkvitenskapelig kommunikasjon, fremfor i strukturer som er bundet til samfunnet. Denne sosiale teorien understøtter bestrebelser på å oppnå menneskelig frigjøring, mens den beholder en moralsk ramme. Rammen hviler på en ide om at alle talehandlinger har et innebygget formål eller mål om å oppnå gjensidig forståelse, og at mennesket besitter nødvendig kommunikativ kompetanse for å oppnå gjensidig forståelse. Habermas (1984) mener at det felles språklige fundament må være tilstede for å oppnå dette.

Hvordan vil en felles kommunikativ forståelse fungere mellom voksne og barn som har selektiv mutisme? Ifølge Habermas (1984) er kommunikasjon ikke bare formidling av tanker og følelser, men også grunnlaget for interaksjon. Hvordan er det når barnet formidler lite gjennom kroppsspråket? For barnet som kommuniserer normalt hjemme, vil barnet kunne forstå hva den voksne formidler, men for den voksne vil det kunne være vanskelig å forstå barnet fullstendig. Det at barnet opplever å ikke bli møtt og forstått i barnehagen, kan få barnet til å føle på at barnehagen er en vanskelig plass å være, og øke angstfølelsen og vegring knyttet til barnehagen.

Kristensen (2005) sier at et viktig grunnprinsipp i møte med barn med selektiv mutisme er det hen beskriver som defokusert kommunikasjon. Hovedpoenget med defokusert kommunikasjon er å kunne redusere angsten og ubehaget som barn med selektiv mutisme kan oppleve i den sosiale situasjonen. Det har vist seg at defokusert kommunikasjon har vært nyttig i forhold til barn som er sosialt engstelige, dette til tross for at de ikke er tause.

Direkte øyekontakt med en voksen kan for et barn med selektiv mutisme oppleves som for intens, dette må de voksne rundt barnet være oppmerksomme på. Det kan for eksempel være hensiktsmessig å tenke over hvordan man plasserer seg i forhold til barnet. Det kan være fordelaktig å plassere seg på skrå overfor barnet, slik at man ikke sitter rett overfor barnet og dermed kan man unngå at barnet føler seg presset til å si noe (Omdal, 2016). En annen måte man kan utføre defokusert kommunikasjon på er å finne en felles aktivitet man kan utføre sammen, som tillater at man ikke har direkte fokus på selve barnet, det kan f. eks være å spille et spill sammen (Ørbeck & Kristensen, 2011). Andre arenaer som kan være aktuelle for å bruke defokusert kommunikasjon på er aktiviteter gjennom musikk, drama og forming (Omdal, 2016). Under slike rammer vil barnet ha en mulighet til å kunne uttrykke seg, og vise frem sin egen kreativitet, så lenge aktiviteten ikke er voksenstyrt i form av en spesifikk oppskrift eller en konkret mal. Omdal (2016) fremhever lek som en defokusert virksomhet, der alt skjer på likt. I leken der alt skjer på likt, kan barnet og den voksne legge seg selv til side, og heller være sammen på indre-motiverte premisser. Da kan omgivelsene bli ufarliggjort da det ikke er de "selv" som snakker. Omdal (2016) mener at gjennom aktiv bruk av lek og rollelek kan man øke kommunikasjonen til barn med selektiv mutisme. Henviser til sine egne observasjoner der bruk av humor kunne føre til at barnet glemte seg litt av og kommuniserte mer aktivt.

PPT har utarbeidet en veileder for arbeidet med barn med selektiv mutisme, og viser til fire kjerneprinsipper i defokusert kommunikasjon:

- **Reguler kontakt og kroppsspråk:** Ved å ha blikkontakten mer på aktiviteten en holder på med sammen, enn på selve barnet. Heller enn å sitte rett overfor barnet, kan man sitte ved siden av barnet.

- **Form og tema:** Benytt deg av åpne og undrende spørsmål som f. eks “jeg lurer på”, samtaleemnet bør handle om noe barnet interesserer seg for og ikke om barnet selv. Unngå å stille direkte spørsmål som “hva vil du”, “hva synes du”, da barn med selektiv mutisme ofte er redd for at hen skal si noe feil. Da kan det være lurt å at samtaleemnet er noe barnet er kjent med, som f. eks interesser, slik at de får en forsikring om at det ikke er noe problem om de sier noe feil.
- **Opprettholde “dialogen”:** Når den ene samtalepartner ikke bidrar til å opprettholde samtalen, kan samtalen i seg selv bli utfordrende. Det kan fort bli til at den voksne selv blir taus eller at man tar over hele samtalen, for å unngå dette kan man legge inn små pauser, for å gi barnet muligheten til å kunne respondere på en eller annen måte. Dersom man ikke får respons fra barnet, kan den voksne selv fortsette å snakke videre på en rolig måte.
- **Reguler reaksjon når barnet begynner å snakke:** Ikke vis for stor begeistring dersom barnet tør å si noe verbalt, man kan heller ta det som en selvfølge at barnet sa noe uventet eller ga en respons. Mange barn med selektiv mutisme er redde for nettopp det, å få for mye oppmerksomhet, og oppstyr rundt at det at de begynner å snakke (Lundahl m. fl, 2009, s. 16).

2.3.4 BARNEHAGELÆRERENS ROLLE

Eriksen (2001) viser til at kunnskap produseres og reproduseres innenfor et gitt fellesskap, som kan overføres mellom generasjoner. De første personene barna møter i barnehagen er barnehagelærere, som er der for å skape en forutsigbar og trygg hverdag for dem. Barnehagelærere skal sørge for at alle barn får muligheten til å utvikle seg individuelt. Rammeplanen (2017) viser til at barnehagen skal tilpasse det allmennpedagogiske tilbudet i henhold til barns behov og forutsetning. Noen barn kan ha behov for ekstra støtte i kortere eller lengre perioder. For å gi barn et inkluderende og likeverdig tilbud, skal barnehagen sørge for at barn som trenger ekstra støtte, tidlig får den sosiale, pedagogiske og/eller fysiske tilrettelegging som er nødvendig. Tilretteleggingen skal vurderes underveis, og justeres etter barnets behov og utvikling.

Som ansatt i barnehagen er det viktig å være reflektert og bevisst på valg knyttet til fagspråket. Andersen (2001, s. 73) beskriver at «Å utvikle et analytisk fagspråk krever mot og lyst til å

problematisere egne handlinger og handlingsmønstre, og til å utfordre egne, selvsagte orienteringer og vurderinger. Det forutsetter at tvil ikke blir sett på som en svakhet, men som en styrke». Rossholt & Askland (2012) viser til at et beskrivende kulturbegrep fanger opp verdier og normer innad i barnehagen. Verdier og normer blir likevel i liten grad analysert som former for kunnskap som er knyttet til maktforhold mellom mennesker innad i barnehagen. Inntil man er mer bevisst egen væremåte, holdninger og forventninger vil man i stor grad både ukritisk og bevisst ta dette med inn i møte med barn i barnehagen. Vi skal ikke møte barn ut fra våre forutsetninger, men barnas. Det krever at vi er bevisst og reflekterte ovenfor hvordan vår fremtreden kan påvirke barna. Begrepet dobbeltstandard viser beskriver «*Alle normer, regler og all praksis som vurderer, belønner eller straffer identisk atferd hos jenter og gutter forskjellig*» (Andersen, 1998, s. 56).

Som barnehagelærer vil man være en viktig aktør for å kunne forebygge, og avdekke selektiv mutisme. Symptomene til selektiv mutisme kommer som tidligere nevnt ofte til uttrykk i situasjoner utenfor hjemmet som barnehagen. Samarbeid med omsorgspersoner, avdekking, forebygging og tilrettelegging vil være viktige punkter barnehagelærer vil ha ansvar for. Inkludering i barnehagen handler om tilrettelegging for sosial deltakelse. Barnehagens innhold må formidles på en måte som gjør at barn kan delta ut fra sine behov og forutsetninger. Leken er barnehagens viktigste sosialiseringsarena. For noen barn kan tidlig innsats innebære at barnehagelærere og øvrig personell arbeider særlig målrettet og systematisk, over kortere eller lengre perioder, med å inkludere barn i meningsfulle fellesskap. (Utdanningsdirektoratet, 2017).

2.3.5 SAMARBEID MED FORELDRE OG ANDRE PROFESJONELLE

Barnehageloven (2005) viser til retten til spesialpedagogisk hjelp i §31. Her vises det til at barn har rett til spesialpedagogisk hjelp, dersom de har særlig behov for det, uavhengig om de går i barnehagen. Formålet er å gi barn tidlig hjelp og støtte i utviklingen og læring. Kommunene skal oppfylle retten til spesialpedagogisk hjelp for barn bosatt i kommunen. Før kommunen fatter vedtak om spesialpedagogisk hjelp, må det foreligge en sakkyndig vurdering. Vurderingen skal si noe om de særlige behovene barnet har, hvor det skal tas standpunkt til: a) om det foreligger sen utvikling og lærevansker hos barnet, b) realistiske mål for barnets utvikling og læring, c) om barnets behov kan avhjelpes innenfor det ordinære

barnehagetilbudet, d) hvilken type hjelp og organisering som vil bidra til barnets utvikling og læring, e) hvilket omfang av spesialpedagogisk hjelp som er nødvendig, og hvilken kompetanse de som gir hjelpen bør ha (Barnehageloven, 2005).

I henhold til Barnehageloven §5.6 har PPT to hovedoppgaver: 1) PPT er den instansen barnehagene skal henvende seg til når det er behov for støtte til kartlegging, utredning og vurdering av barns behov for spesialpedagogisk hjelp 2) PPT er den instansen barnehagen kan benytte når det gjelder systemrettet arbeidet innad i barnehagen for å øke kompetanse- og organisasjonsutvikling, for så å kunne tilrettelegge barnehagetilbudet for barn med særlige behov. Det sakkyndige arbeidet og spesialpedagogiske tiltak til PPT er del av det individrettede arbeidet, mens kompetanse- og organisasjonsutvikling betegnes som systemrettet arbeid.

Ifølge rammeplanen (Utdanningsdirektoratet, 2017) skal barnehagen ivareta barnas behov for lek og omsorg, samt fremme danning og læring som et grunnlag for allsidig utvikling. Barnehagen skal jobbe i et nært samarbeid og forståelse med foreldrene. Samarbeidet skal alltid ha barnets beste som mål. Det er av avgjørende betydning at hjemmet og barnehagen eller skolen jobber mot de samme målene, er samkjørt i tilnærmingen til barnet, og forstår problematikken så likt som mulig. Det er viktig for barnet at det opplever de samme reaksjonene fra alle de voksne rundt seg for å føle seg trygg. Rammeplanen (Utdanningsdirektoratet, 2017) viser til at i tilfeller hvor det er grunn til å tro at barnets behov ikke kan dekkes innenfor det allmennpedagogiske tilbudet, skal barnehagen opplyse omsorgspersonene om retten til å kreve sakkyndig vurdering, for å vurdere om barnet har behov for spesialpedagogisk hjelp. Som tidligere vist til i denne oppgaven, er samarbeid mellom barnehage og omsorgspersonene viktig for avdekking og forebygging av selektiv mutisme. Når foreldre ikke opplever barnet sitt slik som barnehagen beskriver barnet, er det viktig med stødige og sensitive barnehagelærere som kan gi trygg informasjon til omsorgspersonene.

Det å oppleve at barnet ditt skiller seg ut, strever eller har vansker som gjør at tiltak bør settes inn kan være sårt for omsorgspersoner. I en slik situasjon er det viktig at man i forkant har kartlagt godt, samt har gode eksempler og observasjoner å vise til for å kunne danne et helhetlig bilde av barnet. Det vil være viktig å innhente god informasjon fra omsorgspersonene. Viktigheten av å inkludere omsorgspersonene, og spille på lag vil komme barnet til gode. Det å jobbe mot et godt og tett samarbeid med hjemmet har i ulike situasjoner vist seg å være avgjørende for å oppnå et tilfredsstillende resultat i tilfeller der barn unngår å snakke utenfor

hjemmet. Å kunne starte kontaktetableringen mellom pedagogen og barnets hjem, før barnet eventuelt begynner i barnehagen eller skole, kan være en anbefalt tilnærming.

Barnehageloven § 32 viser til samarbeid med foreldre i henhold til spesialpedagogisk hjelp. Det vises til at før det utarbeides en sakkyndig vurdering, og det fattes vedtak skal det innhentes samtykke fra barnets foreldre. Tilbudet om spesialpedagogisk hjelp skal så langt som mulig utformes i samarbeid med barnet og barnets foreldre, og deres syn skal legges stor vekt på. Det skal en gang i året utarbeides en skriftlig oversikt over den spesialpedagogiske hjelpen barnet har fått, og en vurdering av utbyttet av tiltakene.

3. METODE

Målet med dette kapitlet er å presentere og redegjøre for vårt valg av metode. Vi skal belyse, og kritisk vurdere metoden som redskap. I tråd med problemstillingen skal metoden velges for å gi et best mulig svar på de utfordringene som både forskningsspørsmålene og problemstillingen peker på. Metode er det som forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe og/ eller etterprøve kunnskap. I møte med det vi ønsker å undersøke, vil metode fungere som et redskap for oss. Metoden setter retningslinjer for oss som studenter i det vi skal samle inn data. Det å være metodisk i en vitenskapelig forstand vil kreve at vi som studenter overholder intellektuell standard i vår argumentasjon. Det krever at vi som studenter er sannferdige og ærlige, samt systematiserer våre tanker (Dalland, 2019).

Vi vil videre beskrive våre vitenskapsteoretiske refleksjoner og vår kvalitative metode. Deretter vil vi beskrive hvordan vi gjennomførte våre intervju, deltagere og analyse av datamateriale.

3.1 VITENSKAPSTEORETISKE REFLEKSJONER

I dette underkapitlet vil vi beskrive prinsippene og perspektivene som har ledet vår masteroppgave. Vi undersøkt barnehagelærerens erfaring med tilrettelegging for barn med selektiv mutisme. Vi har valgt å posisjonere vår masteroppgave innen kvalitativ metode. Fra dette perspektivet har vi forsket på den sosiale virkeligheten. Den virkeligheten vil gi oss et innblikk i samhandlingen mellom mennesker, hvor vår hensikt er å få ny kunnskap om denne virkeligheten (Johannessen, m. fl, 2019). Den vitenskapsteoretiske forankringen vil ha betydning for hvordan vi som studenter og forskere søker informasjon. Dette danner utgangspunktet for vår forståelse (Thagaard, 2018). For å kunne besvare og belyse vår problemstilling på best mulig måte er vår masteroppgave forankret i hermeneutisk vitenskapsteori som ligger under kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2019). Vitenskapsteoriene representerer ulike opplevelser, og som vektlegger fortolkning, mening og betydning. Vår problemstilling etterspør barnehagelærerens holdninger, tanker, praksis, opplevelser og meninger om tilrettelegging. Det som er interessant i vår problemstilling og som anerkjennes i det human- og samfunnsvitenskapelige perspektiv, er det som framkommer blant mennesker, som barnehagelærerens tanker om hvordan tilrettelegge for barn med selektiv mutisme.

I kvalitative metoder finnes det ulike fortolkende retninger. Metodologisk posisjonerer vi vår masteroppgave innenfor den hermeneutiske tilnærming, fordi vi er opptatt av å kunne fortolke og beskrive barnehagelærerens synspunkt om essensen av tilrettelegging av barn med selektiv mutisme og hvordan barnehagelærere forstår selve fenomenet. Vi vil beskrive de grunnleggende prinsippene nærmere innen hermeneutisk tilnærming som er relevant for oss og vår gjennomføring av masteroppgaven. Hermeneutikk har sitt opphav i humanvitenskaplige studier av mennesket og menneskelige fenomener. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. I følge Thagaard (2018) tar hermeneutikken utgangspunkt i et fenomen som kan bli tolket opp til flere ulike nivåer og at man ser på delene i lys av en helhet. Vår masteroppgave er ikke kun preget av vår egen forforståelse i form av ulike litteratursøk, tolkninger eller studering av andres forskningsartikler og faglitteratur. Den er også preget av eventuelle erfaringer som vi selv har innenfor tematikken. Det vi selv har en forforståelse av har vært med på å prege vårt valg av hvilken metode vi har valgt, og hvordan vi har valgt å utføre den.

Vi har bevisst valgt å kun intervju pedagogiske ledere som selv har personlige erfaringer knyttet til barn med selektiv mutisme i barnehagen. Vi som forskere har tatt med og brukt vår forforståelse inn i vår intervjuguide, og under våre intervjuer (Grønmo, 2016). Dette forsterker vårt valg innenfor hermeneutikken, fordi man her kan tyde forskjellene mellom hermeneutikken og fenomenologien. For å få en ærlig og fordomsfri framstilling av det som skal bli forsket på, i vårt tilfelle tilrettelegging for barn med selektiv mutisme, vil fenomenologien prøve å legge til siden forforståelsen og erfaringene man sitter med. Mens i hermeneutikken som vi har posisjonert vår masteroppgave i, vil vi kunne bruke vår forforståelse på flere ulike nivåer. Der vi har fokus på å kunne betrakte oss som forskere og vår egen forforståelse, samt våre tolkninger. Det som kan forhindre oss i å forstå tekstens innhold er hvis vi som forskere velger å kun stole og tro på vår egen forforståelse av fenomenet. Det kan tenkes at det er en fordel å være to, da vi ikke har samme utgangspunkt eller like erfaringer, noe som gjør at vi ikke har den samme forforståelsen.

Når vi fortolket data som vi hadde samlet inn, og analyserte teksten, forsøkte vi å være bevisst på vår egen forforståelse for å kunne tilpasse den slik at teksten kan komme til sin rett. Vi må

kunne se for oss mulighetene for å kunne utvide vår egen forforståelse og fordommer, slik at vi kan få bredere innsikt i hva teksten uttrykker. Det kan tenkes at vi må være åpne og forberedt på at vi kan finne informasjon i datamaterialet som ikke kommer til å samsvare med vår egen forforståelse, som vil oppleves ulikt for oss begge. Som barnehagelærere har vi begge ulike erfaringer med barn som trenger tilrettelegging i barnehagehverdagen, og vi må aktivt gjøre vurderinger underveis av egne valg av handlinger. Det at vi begge er i kontakt med vår egen forforståelse, er og kommer til å være viktig for å kunne møte alle barn og foreldre i barnehagen på en hensiktsmessig og sensitiv måte.

Den hermeneutisk sirkel betegner at alt av tolkning består av kontinuerlige bevegelser mellom deler og helhet. Mellom det som blir fortolket og konteksten, og mellom vår forforståelse og det som blir fortolket (Nilssen, 2014). Den oppfattelsen vi da oppnår av delene, virker tilbake på forståelsen av helheten og motsatt. Dette vil være viktig for oss, både for å være bevisst i møte med intervjupersonene våre, men og i møte med oss selv og vår egen fortolking av sannheten. I følge Gadamer (referert i Nilssen, 2014) er den hermeneutiske regel det at vi må forstå helheten ut ifra delen og delen ut ifra helhet. Det kan sees på som et sirkelformet forhold i begge to tilfellene. Den forventningen vi møter helheten med, blir en forforståelse når delene som er bestemt av helheten, også selv bestemmer helheten. Et kriterium på rett forståelse er at alle delenes harmonerer med helheten.

Den hermeneutiske sirkel er sentral i hermeneutikken. Vi kan se på sirkelen som en slags pendling mellom en forforståelse, forståelse, del - og helhetsforståelse. For at vi skal kunne oppnå en helhetsforståelse, må vi kunne forstå og tolke gjennom ulike nivåer. Informasjon og kunnskap vil aldri være fullstendig, og vil alltid være bevegelig. Den vil bli fortolket fra fortolkerens perspektiv, og informasjonen vil bli fortolket ut fra den sammenheng og helheten den er innhentet fra. Informasjonen vi har innhentet i vår masteroppgave vil både være preget av vår bakgrunn, holdninger, oppfattelser, utdanning, de vi omgir oss med, samt de refleksjonene vi gjør som individ. Informasjonen vi har tilegnet oss er preget av tidspunktet vi innhentet informasjonen på. Faktorer som Covid-19 kan tenkes å ha vært med på å prege informasjonen, systemet, kommunen vi har innhentet informasjon fra, størrelsen på barnehagen, samt bakgrunnen til informantene. Her er det mange utslagsgivende faktorer som

vi har måttet redegjøre for gjennom arbeidet med analyse og refleksjon. Resultatene og sannhetene vi har avdekket vil alltid være nyansert.

Det kan tenkes at det vil vise seg å være flere fortolkninger av hvordan man kan/bør tilrettelegge for barn med selektiv mutisme, og at det ikke finnes en enkel sannhet i hvordan man skal tilrettelegge. Det vi bør være oppmerksomme på er vår egen forforståelse av hvordan barnehagelæreren tilrettelegger for barn med selektiv mutisme. Vi har begge våre egne sosiale, personlige, kulturelle og yrkeserfaringer vi må ta i betraktning, da dette kan influere vår fortolkning av intervjupersonens svar.

3.2 KVALITATIV METODE

Masteroppgaven vår plasseres innenfor det human- og samfunnsvitenskapelige ståstedet. I det samfunnsvitenskapelige skilles det mellom kvalitative og kvantitative forskningstradisjoner. På bakgrunn av hvilken kunnskap man søker etter, må man gjøre et valg i forhold til hvilken forskningstradisjon som skal brukes. I vår masteroppgave benytter vi oss av kvalitativ intervju som metode. Blant annet er forskjellen mellom kvalitativ og kvantitativ metode, at kvalitativ metode ofte sikter seg inn på en mindre gruppe av mennesker. Det kan sees i sammenheng med vår egen problemstilling, hvor vi benytter oss av kvalitativ metode, og intervjuer et fåtall mennesker. Ved å ta utgangspunkt i vår problemstilling for denne masteroppgaven ble det naturlig for oss å benytte oss av kvalitativ metode.

I den kvalitative forskningstradisjonen er målet å fange opp meninger og ulike opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Det som kjennetegner den kvalitative forskningstradisjonen, er at man får frem gjengivelsene av den kvalitative variasjonen på en god måte. Den lar oss gå i dybden, og man kan få mange opplysninger om få undersøkelsesenheter, og vi kan få frem det som er spesielt eller det som kan være avvikende. Intervju som metode er preget av fleksibilitet, uten at det er noen konkrete svaralternativer. Denne forskningstradisjonen skjer med en nærhet til feltet, datainnsamlingen skjer med en direkte kontakt, og den dataen som samles inn, har som mål å få frem sammenhenger, en helhet og å formidle en forståelse. Den lar oss som

forskere se fenomenet innenfra, og forholdet mellom oss som forskere og informanten er et jeg-du-forhold (Dalland, 2019).

Det vi søker etter i vår masteroppgave er beskrivelser av hvordan barnehagelærere kan tilrettelegge for barn med selektiv mutisme i barnehagen. Dette kan vi oppnå ved å benytte oss av den kvalitative forskningstradisjonen, slik at vi kommer nært innpå personer i den spesifikke målgruppen vi er interessert i å vite noe om. Hensikten her vil være å gjøre intervjuer der vi kan få fyldige beskrivelser. Slik kan vår problemstilling belyses fra flere ulike sider (Johannessen m. fl, 2019). Vi har derfor valgt å posisjonere vår masteroppgave innenfor kvalitativ forskningstradisjon, da vi vil forsøke å få grundige og detaljerte beskrivelser fra barnehagelærere om hvordan de kan tilrettelegge for barn med selektiv mutisme i barnehagen, samtidig som vi vil fortolke barnehagelærerens oppfatninger av de angitte teoretiske perspektiv.

3.2.1 KVALITATIV INTERVJU

I vår masteroppgave har vi valgt kvalitativt intervju som forskningsmetode, fordi vi ønsker å få tilgang til barnehagelærerens egne refleksjoner rundt tilrettelegging av barn med selektiv mutisme i barnehagen. Ifølge Kvale og Brinkmann (2019) er kvalitative forskningsintervju betegnet som en profesjonell samtale, hvor man kan innhente fordomsfrie beskrivelser av intervjupersonens erfaringer, meninger og oppfatninger om deres egen livsverden. Vi ser på intervju som et egnet redskap i vår masteroppgave. Ved å intervju barnehagelærere med forskjellig praksis, erfaringer og kulturell bakgrunn kan vi avdekke forskjeller i deres synspunkter og vi kan forstå betydningen av deres egne opplevelser.

Formålet ved å bruke et kvalitativt forskningsintervju, er å øke forståelsen fra ulike sider ved intervjupersonens perspektiv og dagligliv, fra informantens eget perspektiv. Dalland (2019) sier at forskningsintervju er en metode benyttet for å forsøke å forstå verden, sett fra intervjupersonens side. Intervjuet skjer i en samtale mellom to personer, og gjerne med et tema som opptar begge. Målet med en slik samtale er ikke bare å få frem ulike synspunkter om et spesifikt tema, men å skape mening og forståelse som igjen fører til kunnskap.

Strukturen i forskningsintervjuet er lik den dagligdagse samtalen, men et profesjonelt intervju innebærer en bestemt metode og spørreteknikk (Kvale & Brinkmann, 2019). Den dagligdagse samtalen, og det kvalitative forskningsintervjuet har punkter som gjør at de skiller seg fra hverandre. Det er intervjueren som sitter på den vitenskapelige kompetansen gjennom samtalen, intervjueren setter i gang og definerer situasjonen rundt, bestemmer tematikken, styrer tidsbruken, vinklingen av spørsmål og bestemmer hvilke svar som skal følges opp, samt er den som avslutter samtalen (Kvale & Brinkmann, 2019). Gjennom denne delen av masteroppgaven har vi forsøkt å være oss disse elementene bevisst, og forsøkt å redusere disse effektene slik at det ikke skulle bli et skjevt maktforhold mellom intervjuer og intervjuperson.

I vår masteroppgave vil dette være et godt redskap for oss, da vi vil kunne få avdekket forskjellene i informantenes synspunkter, og forstå betydningen av deres egne opplevelser ved å intervju flere barnehagelærere som naturlig nok vil ha ulike erfaringer med seg. Ifølge Kvale og Brinkmann (2019) er det flere forskere som har argumentert mot at intervju dataen ikke er pålitelig. Det er rettet skepsis mot at man ikke kan stole på den ensidige/ikke-pålitelige informasjonen som en troverdig kilde. Vår masteroppgave handler om å finne enkeltmenneskets, som barnehagelærernes erfaringer og refleksjoner. Dersom vi spør fem ulike barnehagelærere, vil det mest sannsynlig resultere i fem forskjellige svar. Det vil ikke være en, men fem ulike sannheter som snakker ut ifra seg selv og sin egen erfaring.

Gjennom vår masteroppgave ønsker vi å kvalitetssikre at alt av informasjon fra intervjupersonene ble registrert, samt måten den ble uttrykt på. På bakgrunn av det benyttet vi appen "diktafon" for å registrere det som ble sagt. Appen er godkjent av NSD og lydfilene ble lagret direkte i et nettskjema. I vår masteroppgave har vi hatt et ønske om å få frem nyanserte beskrivelser. Intervjupersonenes livsverden er viktig for empirien og for analysearbeidet vi utfører. Vi har forsøkt å føre intervjuene våre slik at ukjente elementer kunne bli utelatt, men samtidig gir intervjupersonene rom til å tenke fritt. På bakgrunn av dette kan det tenkes at det vil styrke vår masteroppgave å være delvis åpen i vår intervjuform. På bakgrunn av dette anser vi derfor semistrukturert forskningsintervju som den mest naturlige metoden å anvende i vår masteroppgave. Intervjupersonene har ikke fått innsikt i spørsmålene før selve intervjuet, da vi ikke ønsket at de skulle forberede seg og lete etter korrekte eller teoretiske svarene i forkant av intervjuet.

3.2.2 *DET SEMISTRUKTURERTE INTERVJU*

Et intervju kan klassifiseres som semistrukturert, strukturert og ustrukturert. I tråd med vår masteroppgave som har en kvalitativ metode og en hermeneutisk tilnærming, mener vi det mest nærliggende for oss er å anvende et semistrukturert intervju, referer til vedlegg nr. 2 - for å kunne oppnå en konklusjon av vår problemstilling. Det kan vi begrunne med at et semistrukturert intervju er verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema samtale. Det utføres med en intervjuguide som har bestemte temaer man skal igjennom, og det gir oss som forskere en mulighet til å kunne endre rekkefølgen av spørsmål, om vi ser behovet for det. Det tillater muligheten til å kunne stille gode oppfølgende spørsmål, som det kan bli behov for hvis vi føler at vi må gå i dybden på ulike synspunkter av det fenomenet vi undersøker (Kvale & Brinkmann, 2019).

Intervjuguiden ble utviklet i tråd med problemstillingen tilknyttet tilrettelegging i barnehagen og våre tre forskningsspørsmål: - Hvilke tiltak som kan tilrettelegge/tilpasse for barn med selektiv mutisme er barnehagelærere kjent med? - Hvordan samarbeider barnehagelærere med andre voksne rundt barnet (foreldre/PPT og andre instanser)? - Hvilke utfordringer og holdninger opplever barnehagelærere rundt tilrettelegging for barn med selektiv mutisme? Spørsmålene ble utarbeidet etter vi hadde en dyptgående forståelse av teori, forskning, og politiske føringer. Vi startet intervjurunden med innledende spørsmål som var vesentlig for å kunne danne oss et helhetlig bilde av intervjupersonen. Spørsmålene omhandlet bakgrunnsinformasjon, alder på intervjupersonen, utdanning og pedagogiske erfaringer. Denne informasjonen er viktig for å kunne sammenligne barnehagelærernes utgangspunkt, samt se til om det var ulikheter i barnets miljø som kunne påvirke utfallet av undersøkelsen. Dette gir oss et bedre utgangspunkt for å kunne forstå barnehagelærerens vurderinger, samt hvordan deres bakgrunn og kompetanse kunne påvirke intervjupersonens oppfatninger om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme. Vi tilstrebet at intervjuene var åpne, og at vi forholdt oss så passive som overhodet mulig for å ikke påvirke svarene til intervjupersonene. Vi måtte likevel virke interesserte og engasjert for å fremme gode refleksjoner og nyanser av intervjupersonens tanker om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme.

Kvale og Brinkmann (2019) sier at slike intervju ofte blir transkribert, hvor den skrevne teksten og lydopptaket til sammen utgjør materialet som senere blir brukt i meningsanalysen. Vi valgte å ha med oss et notatark, hvor vi noterte ned pauser, samt lyder som ble observert. Disse små detaljene kunne gi indikasjoner på at intervjupersonene var usikre, eller trengte tid på å formulere et svar. En del av både fordelene og utfordringene med å være to studenter i denne masteroppgaven er at vi vil ha ulike meninger, og ulik bakgrunn for tolkning av tekst. Dette er en utfordring fordi vi må drøfte og reflektere i større grad, men en fordel i det at oppgaven er grundig gjennomgått, og ulike synspunkter blir vurdert. Dette fordrer at vi begge er bevisst på å kunne havne i en situasjon hvor vi opplever å utvide vår egen forforståelse eller fordom, slik at vi på best mulig måte kan tolke teksten. Vi har et ansvar overfor hverandre å tilstrebe at vi ikke går oss fast i vår egen forforståelse, da det kan bli til hinder for oss når vi skal tolke innholdet i teksten.

Underveis i vår masteroppgave har vår intervjuguide og spørsmål fremtrådt etter hvert som vi har gjort dypdykk i både teori og forskning. Intervjuguiden inneholder spørsmål som vi har utarbeidet gjennom empirisk forskning, egen erfaring, politiske styringsdokumenter og teori som hovedsakelig dreier seg om tilrettelegging, samt selektiv mutisme. Johannessen m. fl, (2019) påpeker at en intervjuguide brukes under intervjuer som utføres ansikt til ansikt, samt at den kan brukes under gruppesamtaler. Gjennomføringen av våre intervjuer ble utført via teams, et virtuelt rom som gjorde det mulig å se informantene under intervjuene. Det er to hovedbegrunnelser for at intervjuene ble utført over teams fremfor et personlig intervju. For det første var covid-19 anbefalingen i tiden rundt intervjuene slik at man skulle holde avstand til andre, og ha færrest mulig nærkontakter. Den andre grunnen er at den geografiske avstanden mellom oss som intervjuere og informanter var altfor stor. Vi ville vært tvunget til å benytte oss av fly til flere ulike deler av landet dersom vi skulle gjennomført personlige intervju. Det ble derfor vanskelig for oss å gjennomføre fysiske intervju med våre informanter. Vi har tidligere erfaring med gjennomføring av intervju ved assistanse av skjerm, og har gjort oss noen refleksjoner over hvilke utfordringer og forandringer dette kunne medføre.

Vi fordelte intervjuene hvor en av oss gjennomførte selve intervjuet, mens den andre noterte stikkord knyttet til reaksjoner, stemmeleie, kroppsspråk og lignende. Den andre personen noterte oppfølgingsspørsmål, hvor vi ønsket en dypere forståelse, eller hvor informantene måtte

utdype mer. Vi ønsket å få til en intervjusituasjon som var åpen, vi ønsket spontane, levende og uforberedte svar fra intervjupersonene (Dalland, 2019). I forkant av intervjuene snakket vi sammen, og drøftet gjennom ulike utfordringer, og jamstilte oss på hvordan vi så for oss selve gjennomføringen.

Dalland (2019) påpeker videre viktigheten av å starte intervjusituasjonen med det som er faktaorientert, og spørsmål som er lett å besvare. Det er viktig å snakke seg “varm” og at man forsøker å opparbeide en tillit mellom oss som forskere og intervjupersonen. Vi begynte hvert intervju med å presentere oss som intervjuere, og gi et kort innblikk i hvordan intervjurunden skulle ta form. Vi påpekte at det ikke fantes noe korrekt svar, og at vi var ute etter deres tanker og refleksjoner rundt tematikken. Temaer som vi anså som viktig for oss, kunne oppleves som følsomt og krevende å svare på. Gjennom diktafon hadde vi muligheten til å kunne spille av intervjuene i etterkant flere ganger, slik at vi kunne trekke ut informasjon som var nyttig for vår masteroppgave. I etterkant har vi transkribert intervjuene i fulltekst, for å redusere muligheten for misforståelser. Det ga oss mulighet til å undersøke med intervjupersonene, selv om vi som forskere hadde oppfattet svarene riktig eller ei.

3.3 UTVELGELSE AV INFORMANTER

I kvalitative intervju er det å skulle velge ut hvem som skal være med i undersøkelsen en viktig prosess. I vår masteroppgave ønsket vi å komme nært personer av pedagogisk utdanning, som hadde konkrete erfaringer med barn med selektiv mutisme i barnehagen. Vi ønsket oss fyldige beskrivelser, slik at vår problemstilling kunne belyses fra ulike synspunkter (Johannessen m. fl, 2019).

I forhold til å kunne forstå hva et utvalg handler om, sett innenfor kvalitative undersøkelser, har vi valgt å ha med noen relevante ord fra Tjora (2017) knyttet til masteroppgaven. Det som er hovedregelen for et utvalg i kvalitative intervjustudier er at man velger intervjupersoner ut fra ulike grunner som vil kunne uttale seg om et aktuelt tema, på en reflektert måte. Slike utvalg kaller man for teoretiske eller strategiske. Det betyr at informantene ikke er tilfeldig utplukket

for å representere en populasjon, slik som det er i kvantitative surveyundersøkelser (Tjora, 2017).

Utvalget vårt ble naturlig avgrenset da problemstillingen vår spesifikt etterspør barnehagelærere. Intervjupersonene er mellom 30-50 år, og har ulik utdanning og yrkeserfaring. Felles for intervjupersonene er at de alle har erfaring fra å være barnehagelærer/pedagogisk leder på en avdeling hvor de har hatt ansvaret for barn med selektiv mutisme. Til sammen har de erfaring fra å jobbe med 4 barn med symptomer eller konstatert diagnose selektiv mutisme. Noen av tilfellene er lengre tilbake i tid, og vi må medregne at systemet rundt henvisning til PPT og BUP, og deres oppfølging har endret seg. Dette vil og gjelde for rutiner og kompetanse innad i barnehagene.

Vi valgte intervjupersoner som har jobbet/jobber som barnehagelærer/pedagogisk leder, ettersom de i sin profesjonskompetanse har ansvaret for å iverksette og lede det pedagogiske arbeidet i barnehagen. Barnehagelæreren skal sørge for at barnehageloven og rammeplanen blir oppfylt gjennom det pedagogiske arbeidet som vi har omtalt i kapittel 1.3. Det å velge ut barnehagelærere er et strategisk utvalg, og det viser til at vi velger noen grunnet en særskilt kunnskap eller erfaring de innehar. Dette for at vi ønsker å rette masteroppgaven mot et problemområde, og forsøker å svare best mulig på det.

Utvalget vårt ble som tidligere nevnt noe preget av covid-19 og retningslinjene som var. Vi skulle ha begrenset antall nærkontakter, og vi måtte holde en meters avstand til andre mennesker utenfor våre nærkontakter. Det førte til at utvalget ble avgrenset til intervju over teams på grunn av covid-19 retningslinjer, tidsmessige og økonomiske årsaker.

Barnehagen er en arena for lek, læring og sosialisering av barn. Møter man barn som har behov utenfor det allmennpedagogiske tilbudet barnehagen tilbyr, har man et ansvar for å henvise barna videre. I henhold til rammeplanen (2017) skal man ved mistanke til at barnets behov ikke kan dekkes innenfor det allmennpedagogiske tilbudet opplyse foreldrene om retten til å kreve sakkyndig vurdering av om barnet har behov for spesialpedagogisk hjelp. Dette kan innebære

en henvisning til PPT. Alle våre intervjupersoner har gjennomgått ulike utdannelsesløp, og har opplevd ulike erfaringer underveis, noe som gir oss et bredt spekter av informantenes mulige oppfatninger.

Vi satt to kriterier for våre informanter, de måtte ha kjennskap og erfaring om selektiv mutisme, og ha erfaringer med tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen. I vår masteroppgave har vi reflektert over at selektiv mutisme er en sjelden diagnose, og at det er en risiko for å møte noen som ikke har kjennskap til diagnosen, eller barn som har diagnosen. Vi etablerte et innlegg hvor vi etterlyste barnehagelærere som hadde de kriteriene vi var ute etter. Vi ble enige om hvor vi ønsket å publisere vår utlysning og hvilke forumer vi skulle henvende oss til. Vi endte opp med å publisere innlegget vårt på ulike spesialpedagogiske forum på facebook som oppfylte våre kriterier. Etter noen dager hadde vi fått svar fra flere interessante intervjupersoner. I samarbeid med hverandre ble vi enige om hvilke informanter vi ønsket å intervju.

Ved oppstart av intervjurunden oppdaget vi at flere av intervjupersonene kun hadde erfaringer med flerspråklige barn med selektiv mutisme. Vi anså dette som en utfordring da diagnosesystemet ICD-11 (2022) viser til at barn med innvandrerbakgrunn som er ukjente eller ukomfortable med språket i landet de har innvandret til, kan i en periode nekte å snakke med fremmede i det nye miljøet. Teorien viser til at det er uenighet hvorvidt man skal stadfeste diagnosen på barn med innvandrerbakgrunn og som er flerspråklig. ICD-11(2022) viser til at selektiv mutisme ikke bør diagnostiseres i slike tilfeller. Vi valgte derfor å ha en lik fordeling mellom intervjupersoner som hadde erfaring med barn som hadde norsk som morsmål, og barn som var flerspråklig. En kriteriebasert utvelgelse kan være med å bidra til å innhente mest mulig informasjon som er relevant i forhold til vår problemstilling (Johannessen m. fl, 2019). I denne masteren er det dermed to barna som har flerspråklig bakgrunn, mens to av barna ikke er flerspråklig.

3.4 INTERVJU GJENNOMFØRING

I denne masteroppgaven har vi måttet henvende oss til ukjente intervjupersoner, for å finne noen som hadde erfaring med barn med selektiv mutisme i barnehagen. Vi ser at dersom vi hadde sett på diagnosen generelt, og ikke begrenset oppgaven ved å tilknytte den alderen til barnehagebarn hadde vi hatt et større omfang for å komme i kontakt med erfarne mennesker. Vi valgte derfor å legge ut innlegg på spesialpedagogisk forum, hvor intervjupersonene kunne henvende seg til oss. På denne måten ivaretar vi deres anonymitet. Vi kom i kontakt med flere med erfaring, og måtte derfor gjøre et utvalg. Vi valgte å fordele det slik at vi fikk like mange erfaringer med tospråklige barn som enspråklige. Når vi hadde oppnådd kontakt med informantene, og fikk bekreftet deres ønske om deltakelse i vår masteroppgave, sendte vi en e-post til hver informant med en informasjons- og samtykkeerklæring. I e-posten la vi med generell informasjon om: informasjonsskrivet, deres rettigheter, personvern og anonymisering (se vedlegg 1.). Vi informerte om at vi hadde et ønske om at informantene skulle lese gjennom informasjonsskrivet, da samtykkeerklæringen var signert ble den sendt tilbake til oss, hvor vi oppbevarte den forsvarlig.

For å kunne etablere tillit og god kontakt med informantene, startet vi intervjuene med å presentere oss selv, presentere formålet med intervjuet vårt. Vi forsøkte sammen å oppnå en positiv, fortrolig og lett atmosfære for å engasjere barnehagelærerne til å fortelle oss ærlig og åpent om deres egne synspunkter. Vi presiserte før vi begynte med intervjuene at vi var interessert i deres personlige uttalelser, og personlige meninger om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme. Vi brukte lydopptak under intervjuene i form av appen diktafon, dette ble informantene opplyst om i samtykkeerklæringen som barnehagelærerne hadde skrevet under på i forkant av intervjuet. Vi begge lyttet aktiv under intervjuene, for å få mest mulig relevant datamateriale. Vi var oppmerksomme på f. eks ord som informanten gjentok flere ganger, og som vi tolket kunne være av stor viktighet for informanten. Den av oss som ikke intervjuet hadde ansvaret for å notere ned dette. Noen av spørsmålene våre vekket følelser i informantene våre, som kunne resultere i at det ble vanskelig å uttrykke seg, da var det viktig for oss som intervjuere å være tålmodig og at vi begge to var enige om at vi måtte tåle eventuelle pauser.

Vi hadde satt av maksimalt 60 minutter til hvert intervju. Vi informerte informantene om at vi tok lydopptak før vi startet selve intervjuet, dette selv om de allerede var informert om lydopptaket i informasjonsskrivet vi sendte til informantene på e-post. Det vi gjentok fra informasjonsskrivet var at dette var frivillig å delta på, og om de hadde behov for å kontakte oss etter intervjuet kunne de sende oss en e-post. Som nevnt tidligere gikk våre intervjuer over teams. Vi så alle informantene våre over dataskjermen, men vi så ikke hele kroppen til våre informanter, og fikk dermed ikke observert kroppsspråket optimalt. Av den grunn var vi ekstra oppmerksomme på hvilket tonefall informanten hadde, og hvordan flyten i samtalen var.

I avslutningsfasen ga vi intervjupersonen en anledning til å komme med utfyllende kommentarer, dersom det var noe de ville tilføye. Vi takket så intervjupersonen for at vedkommende stilte opp til intervjuet, da det ikke er en selvfølge å finne en kandidat med erfaringer om selektiv mutisme som ønsker å stille til intervju. Dermed er vi takknemlige for at de var villige til å stille opp.

3.5 TRANSKRIBERING OG ANALYSE AV DATA

I dette kapittelet skal vi se nærmere på transkribering og analyse av våre funn fra intervjuene. Ideelt sett sier Nilssen (2014) at transkriberingen bør gjøres så raskt som mulig etter endt intervju, og aller helst før neste intervju. I vår masteroppgave intervjuet vi tre personer, som til sammen har erfaringer med fire barn som har symptomer eller fastsatt diagnosen selektiv mutisme. På bakgrunn av tidsmessige årsaker, og hensyn til intervjupersonene, ble to av intervjuene våre gjennomført rett etter hverandre, noe som gjorde det vanskelig for oss å transkribere det første intervjuet før vi gjennomførte det andre intervjuet. Nilssen (2014) påpeker at det ikke bestandig man får transkribert det første intervjuet før det andre, og det kan være ulike årsaker til det. For å opprettholde minnet vårt av konteksten i intervjuene, ulike kroppsbevegelser og ulike ansiktsuttrykk i forhold til hva intervjupersonene sa, valgte vi å fordele ansvar, hvorav den ene intervjuet, og den andre observerte samt noterte reaksjoner og kroppsspråk. Det ble av den grunn slik at en av oss gjennomførte to intervju, mens den andre gjennomførte et intervju. Den som hadde ansvar for å observere noterte ned oppfølgingsspørsmål, samt observerte ulike kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk. Oppfølgingsspørsmålene ble naturlig nok ulike avhengig av hvilken informasjon som hadde

kommet frem gjennom intervjuene fra intervjupersonene. I etterkant av intervjuene drøftet vi våre tanker tilknyttet informasjonen som kom frem.

Transkribering prosessen ble raskt igangsatt etter at alle intervjuene var gjennomført. Vi ønsket å komme raskt i gang med prosessen for å ikke miste viktig informasjon i egen tolkning av hva som ble sagt av intervjupersonene. Vi har opplevd at noe av tematikken ikke ble sagt eksplisitt, men heller kom frem mellom linjene. Prosessen rundt transkribering krevde mye tid, men ga oss som forskere muligheten til å gjenoppleve intervjuene flere ganger. Det er essensielt at kvaliteten på lydopptakene er god, og at man tydelig kan få frem alle ord. Vi opplevde varierende kvalitet på opptakene, og at noen av intervjuene var vanskeligere å transkribere grunnet ulik dialekt og talehastighet. Vi kjente ikke intervjupersonene fra før, og vi kjente derfor ikke til alle ord og uttrykk som er bundet til deres dialekt og talemåte. Vi har ikke vurdert det slik at dette har svekket kvaliteten på budskapet til intervjupersonene. De to første intervjuene tok ca. 30 min, mens det siste intervjuet varte i 50 min. Siste intervjuperson hadde erfaring fra to barn med selektiv mutisme, og hadde derfor naturlig nok ytterligere informasjon å bidra med sammenlignet med hva de to første intervjupersonene hadde. De hadde alle utfyllende svar, men intervjuperson 3 hadde en del lengre svar.

Kvale og Brinkmann (2019) sier at hvis det er flere enn en som transkriberer intervjuene i en bestemt undersøkelse, må vi sørge for at vi bruker samme prosedyre for hvordan vi transkriberer. Hvis vi ikke hadde gjort det, ville det være vanskelig for oss å foreta språklige sammenligninger av intervjuene. Vi begge transkriberte intervjuene i sin helhet, og vi begge noterte ned alle pauser og alle lyder som «eeh» og «ehm» osv. Vi hadde reflektert sammen om at disse små detaljene kunne indikere at intervjupersonen var usikker, eller at intervjupersonen trengte tid for å formulere et bedre svar. Vi var begge enige om at dette kunne ha en innvirkning på vår fortolkning av innholdet. Noen av intervjuene våre inneholdt som tidligere nevnt dialektord fra intervjupersonene, som vi valgte å skrive om til bokmål for å forsterke påliteligheten. Vi reflekterte rundt viktigheten av at vi begge forholdt oss til lydfilen av opptaket, slik at vi var oppmerksomme på å beholde meningene til intervjupersonene i deres egne påstander.

Etter transkriberingen måtte vi gjøre en analyse av det ferdig transkriberte materialet vårt. Johannessen m. fl, (2019) sier at analysen består av å finne meningsfulle inndelinger på tvers av materialet. Det å inndele dataen tverrsnittbasert, betyr å lage et system for å indeksere datamengden. Indeksring betyr at man setter merkelapper på avsnitt som gjør det mulig for oss å identifisere og finne spesielle temaer i datamaterialet. Vi begynte rask med sortering av datamaterialet etter våre forskningsspørsmål som er representert i kapittel 1.2. Det var et omfattende arbeid å sortere all informasjon og datamaterialet vi hadde innhentet for å se etter sammenhenger, mønster, likheter og ulikheter.

Analyseprosessen er helhetlig i tråd med den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2003). Da vi begge var ferdige med transkriberingen av intervjuene, leste vi gjennom alle intervjuene som en helhet, dette for å kunne danne oss et helhetlig inntrykk av det datamaterialet som vi hadde samlet inn. Vi lyttet i tillegg til intervjuene, for å være helt sikre på at den informasjonen vi hentet ut stemte overens med lydopptaket. Neste steg ble å tematisere intervjuene, for å undersøke hvorvidt intervjupersonene hadde vært innom de nødvendige temaene og kategoriene, for å kunne gi svar på problemstillingen (Dalland, 2019).

I alle intervjuene ble den samme intervjuguiden brukt, slik at de samme spørsmålene ble stilt med utgangspunkt i våre forskningsspørsmål. Dette gjorde tematiseringen enklere, og vi kunne lage et system over de meningsbærende elementer som framsto i datamaterialet. Noen av de følgende meningsbærende elementene som framsto var: tilrettelegging, samarbeid med foreldre, samarbeid med andre profesjonelle, og holdninger til barn med selektiv mutisme. Johannessen m. fl, (2019) sier at man skal ha en systematisk gjennomgang av materialet og identifisere tekstelementene som gir oss kunnskap og informasjon om hovedkategoriene som har sitt feste i våre forskningsspørsmål. For å finne fellestrekk i barnehagelærerens oppfatninger leste vi intervjuene grundig og på skrå av hovedkategoriene som har sitt utgangspunkt i våre forskningsspørsmål. Vi markerte nøkkelsetninger og stikkord som gjentok seg underveis. Vi tok deretter utgangspunkt i stikkordene for så å kombinere dem inn under overordnede koder. Som et resultat av de overordnede kodene, satt vi igjen med underkategoriene som: trygghet, kunnskap, defokusert kommunikasjon, små grupper og vennskap som igjen er knyttet opp mot forskningsspørsmålene våre.

For å utvikle hovedkategorier i analyseprosessen drøftet vi ulike vinklinger mellom egne erfaringer, teori og datamaterialet. Sitater og viktig informasjon fra intervjupersonene ble trukket ut i et eget dokument, hvor de ulike sitatene var skilt med 1, 2, 3 slik at man kunne vite hvem som hadde gitt informasjonen. Med utgangspunkt i analyseprosessen og våre forskningsspørsmål lagde vi tre hovedkategorier av datamaterialet vårt: 1. Tilrettelegging for barn med selektiv mutisme, 2. Samarbeid med foreldre og andre profesjonelle og 3. Utfordringer og holdninger i møte med barn med selektiv mutisme. Dette gjorde at vi fikk et meningsinnhold som gjorde det mulig for oss å begynne å se etter funn i prosjektet vårt.

Vi vil bruke sitater fra intervjuene og beskrivelser av hovedbudskapet til informantene for å illustrere funnene våre. Vi har valgt å presentere dataene fra informantene sammen med tidligere nevnt teori i kapittel 2, for å gjennom analysen drøfte ulike sider av informasjonen som fremkommer.

3.6 GYLDIGHET OG PÅLITELIGHET

Dalland (2019) viser til definisjonen for validitet og reliabilitet, hvor validitet står for relevans og gyldighet, og reliabilitet betyr pålitelighet. Validitet handler om at det som måles og de data som innhentes må ha relevans og være gyldig for den problemstillingen som blir undersøkt.

Masteroppgaven vår avhenger i stor grad av hvor høy gyldighet og pålitelighet forskningsprosjektet vårt har. I vår oppgave har vi brukt gyldighet og pålitelighet i samsvar med den hermeneutiske tilnærming. Av den grunn har vi forsøkt å gjøre forskningsprosessen vår gjennomsigtig (Kvale & Brinkmann, 2019). For at vi skal kunne sikre gyldighet og pålitelighet har vi gjort rede for detaljene i de ulike fasene gjennom vår forskningsprosess. Dette har vi gjort ved å tydeliggjøre de ulike fasene vi har vært gjennom, som forberedelser, innsamling av data, fortolkning og analyse. Påliteligheten forteller oss noe om hvor presise undersøkelsens data er, hvilket datamateriale forskeren har brukt, samt hvordan hen samler og fortolker dataene (Johannessen m. fl, 2019).

En forutsetning som var viktig for høy pålitelighet var at vi som forskere var bevisste på vårt teoretiske ståsted, vår forskerrolle, og at vi forholdt oss refleksivt til vår subjektivitet gjennom hele forskningsprosjektet. Resultatet av vårt forskningsprosjekt kan man vurdere i forhold til om det gir et fullstendig og korrekt bilde av informantenes svar. Misforståelser av spørsmålene under intervjuet, og feiltolkning av informantens svar, kan svekke reliabiliteten (Cohen m. fl, 2007). Ved å sjekke våre tolkninger av informantenes synspunkter, kontrollerte vi om informantenes svar ga mening for å belyse temaet vårt. For å oppnå tilstrekkelig forståelse av spørsmålene våre, brukte vi enkle og tydelige ord når vi formulerte spørsmålene i intervjuguiden, noe som ble gjort for å minimere risikoen for at informantene skulle misforstå spørsmålene våre.

Ved å ha de samme spørsmålene til alle informantene kan det tenkes at det har vært med på å styrke kontrollen på reliabiliteten. Vi forholdt oss til temaene og spørsmålene vi hadde utarbeidet i intervjuguiden, og la dem frem i samme rekkefølge til alle intervjupersonene, slik at det skulle bli enklere for oss å sammenligne dataene opp mot hverandre. Som vi har nevnt intervjuet en av oss informantene, mens den andre var observatør og skulle notere seg ned oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmålene var varierte, dette for at vi skulle få utdype de forskjellige perspektivene på tilretteleggingen av barn med selektiv mutisme, og belyse alle sidene av temaet.

Gyldigheten blir bestemt av i hvilken grad en metode måler det som ønskes målt, i bredere forståelse, i hvilken grad våre intervju reflekterer det fenomenet som vi ønsker å få viten om (Kvale & Brinkmann, 2019). For å kunne sikre validiteten, samt skal kunne bevise at funnene våre er troverdige, har vi som forskere gjort rede for eksplisitt for våre metodiske valg, kriteriene for vårt utvalg, bakgrunn for analyseprosedyrer og kategorisering. I vårt forskningsprosjekt har vi måttet vurdere om den informasjonen barnehagelærerne/ pedagogene har formidlet til oss er genuine, og vi måtte reflektere over deres oppfatninger om tilrettelegging av barn med selektiv mutisme i barnehagen.

For å få pålitelige svar har vi måttet vurdere informantenes svar, og vurdere om de ga oss deres reelle meninger. Informantene hadde ikke tilgang til spørsmålene før intervjuet, da vi ikke ønsket at informantene skulle komme med generelle påstander, men heller deres egne reelle meninger og synspunkt, som hadde stor verdi for vårt forskningsprosjekt.

Ytre validitet eller generaliserbarhet handler om funnene fra et intervju, forskning kan overføres til andre lignende situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2019). I vårt forskningsprosjekt er utvalget av barnehagelærere relativt lite og det er kriteriebasert. Derfor blir generalisering til andre barnehagelærere som tilrettelegger for barn med selektiv mutisme vanskelig og usikkert. Det kan tenkes at siden vi har vært to som har gjennomført intervju og analyse, har det vært med på å styrke påliteligheten i oppgaven. Formålet med vår masteroppgave er å få nyansert innsikt og å utdype kunnskapen om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen.

3.7 ETISKE OVERVEIELSER

Etikk handler om ulike prinsipper, retningslinjer og regler. Man retter seg mot etikken for å vurdere om ulike handlinger er gale eller riktige. Johannessen m. fl, (2019) viser til at etikk dreier seg om ulike prinsipper, retningslinjer og regler. Etikk handler om å vurdere om handlinger er riktige eller gale. All virksomhet som får konsekvenser for andre mennesker, skal, og må bedømmes ut fra etiske standard. I det tidlige stadiet av arbeidet med masteren sendte vi inn søknad via NSDs nettsider. Etter godkjent søknad ble NSDs retningslinjer fulgt i forkant, under og i etterkant av intervjurundene (se vedlegg nr. 3). I forhold til oppbevaring av materiale ble reglementet ivaretatt. Dalland (2019) sier at etiske overveielser ikke bare handler om å følge regler, men det å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer vårt arbeid medfører. Gjennom å oppsøke mennesker kan vi få kunnskap om deres livssituasjon og hvordan de forholder seg til samfunnet. Etikk handler først og fremst om forholdet mellom mennesker og spørsmål om hva vi kan og ikke kan gjøre mot hverandre.

Under hele prosjektet vårt har vi vært oppmerksomme på å ta hensyn til etiske overveielser. Vi har gjennom hele prosessen fulgt de prinsippene som er gitt av forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. Alle barnehagelærere som har deltatt i intervjurunden for

prosjektet har gitt sitt frivillige samtykke. Vi har utarbeidet informasjonsskriv og samtykkeskjema. Informantene har blitt forsikret om at deres personopplysninger blir anonymisert. Det har vært viktig å understreke intervjupersonens rett til selvbestemmelse. Det er nødvendig å understreke at deltakelsen er frivillig muntlig i forkant av intervjuene, i samtykkeskjema, og i etterkant av intervjuene. I vår masteroppgave har det vært viktig for oss å tydeliggjøre intervjupersonens autonomi over sin deltakelse i oppgaven, og deres rett til selvbestemmelse. Dette var understreket både muntlig i forkant av oppstart av intervjuene, og det var tydeliggjort i informasjons- og samtykkeskjema. Intervjupersonene ga skriftlig samtykke, og vi hadde ingen kunnskap om hvilken barnehage informantene ga informasjon fra. I oppgaven vil ikke intervjupersonene være gjenkjennbare for andre enn de selv. Intervjupersonene vil bli fremstilt som intervjuperson 1., intervjuperson 2. og intervjuperson 3. for å ivareta konfidensialitet. Alle barna som intervjupersonene har erfaring med vil bare bli beskrevet som “barnet”.

3.8 METODEKRITIKK

Mennesker vil bli påvirket av sin forforståelse i alle situasjoner vi står i. Dette innebærer situasjoner vi står i som studenter og forskere. Som to studenter vil vi måtte forholde oss til to ulike forforståelser. Vi har vært bevisste og påpasselig på at vi ikke har fastlåst oss til et mønster. Vi har vært to som har kunnet utfordret hverandre. Vår forforståelse vil påvirkes av hva vi velger å vektlegge, hva vi ser og hvordan vi velger å tolke. *«Alle mennesker møter verden med en forforståelse, med kunnskaper og oppfatninger om virkeligheten, som vi, svært ofte ubevisst, bruker til å tolke det som skjer rundt oss»* (Johannessen m. fl, 2019, s. 34- 35).

Da vår masteroppgave baserer seg på et lavt antall deltakere, kan vi ikke gi en konkret fasit på hvordan man tilrettelegger for alle barn med selektiv mutisme i barnehagen, men den kan være med å belyse utfordringer i og rundt barnehagen. Oppgaven viser til intervjupersonenes perspektiv på arbeidet med selektiv mutisme i barnehagen, og deres møte med andre hjelpeinstanser. Intervjupersonen belyser episoder fra barnehagehverdagen og dens praksis. Denne masteroppgaven er med på å belyse en liten del av hvordan det er å møte barn med selektiv mutisme i barnehagen, og kan ikke vise til å vite alt, eller være basert på alle fakta. De dataene vi innhenter i denne oppgaven er intervjupersonenes opplevelse, og heller ikke basert

på barnas opplevelse av å ha selektiv mutisme. Dataene vil være påvirket av vår tolkning og det vi velger å vektlegge. Vi så bare ansiktet til intervjupersonene, og kunne ikke skape øyekontakt på samme måte som hva man kan med et intervju gjennomført i person. Før intervjuene startet forberedte vi oss sammen, gjennomgikk spørsmålene, og avklarte roller. I etterkant har vi konkludert med at det vi kunne gjort annerledes er å videreført oppfølgingsspørsmålene fra det første intervjuet over til det andre intervjuet, og så videre til det siste. Dette ville kanskje i større grad sikret at vi var innom de samme temaene, og samtidig bygde oppfølgingsspørsmålene på temaene som kom opp i de ulike intervjuene. Vi var forberedt på å notere stikkord i forhold til bevegelse, ansiktsuttrykk og kroppsspråk, men dette ble noe monotont da vi kun så intervjupersonenes ansikt. Vi har derfor lagt mer vekt på å tolke den verbale kommunikasjonen, pauser og toneleie. Kroppsspråket ble klart preget av det å se på en skjerm heller enn å sitte i et rom med oss som studenter.

Som nevnt valgte vi utvelgelsen av våre intervjupersoner ut fra erfaring med enspråklige eller flerspråklige barn. Vi valgte å fordele det likt, hvor to av barna var enspråklig og to av barna flerspråklig. I ettertid ser vi at vi kunne gått inn på hvor langt tilbake deres erfaring var, og at vi hadde flere intervjupersoner med erfaringer fra lengre tilbake i tid. Vi kunne da ha praktisert det likt hvor to av intervjupersonene hadde erfaring fra tidligere, mens to hadde erfaring fra nært stående tid.

Vi opplevde det som en fordel for oss som studenter å gjennomføre intervjuene via skjerm, da det var enklere å holde "øyekontakt" og det ble ikke ubehagelig å holde på lengre "betenkningsspørsmål". Intervju gjennomført i person kan ha ført til at lange pauser hadde følt ukomfortabelt. For at reliabiliteten og validiteten i oppgaven skulle bli styrket, ble intervjupersonene stilt de samme hovedspørsmålene. Spørsmålene i intervjuguiden fikk derfor tre ulike svar, som ga oppgaven mer dybde og tyngde. Intervjuperson 3. beskrev i tillegg to barn med selektiv mutisme, som derfor ga det intervjuet betydelig mer innhold enn de to forestående. Alle spørsmålene ble stilt i samme rekkefølge.

4. RESULTAT

I dette kapittelet vil vi presentere de empiriske datamaterialene som har kommet frem gjennom de tre intervjuene om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen. Etter sorteringen av data står vi igjen med tre hovedkategorier; tilrettelegging for barn med selektiv mutisme, samarbeid med foreldre til barn med selektiv mutisme og andre profesjonelle, samt utfordringer og holdninger i møte med diagnosen. Hovedkategoriene knyttes til de tre forskningsspørsmålene som ble presentert i kapittel 1.2, og som intervjuguiden har tatt utgangspunkt i. For å følge forskningsetiske prinsipper om anonymitet har vi valgt å kategorisere intervjupersonene som: Intervjuperson 1, intervjuperson 2. og intervjuperson 3. For at ikke informantene skal kunne identifiseres grunnet sin dialekt, eller språklige særtrekk har vi valgt å gjengi sitater i bokmålsform. Barna som blir vist til vil kun bli betegnet som “barna/et”.

I intervjuguiden hadde vi valgt ut innledende spørsmål som gir oss kort bakgrunnsinformasjon om intervjupersonene. Her får vi informasjon om deres rolle i møte med barn med selektiv mutisme, deres forkunnskaper om diagnosen og innledende informasjon om deres konkrete erfaring tilknyttet diagnosen.

4.1 TILRETTELEGGING OG TILTAK

I denne delen av masteroppgaven vil vi se nærmere på resultatene tilknyttet forskningsspørsmål 1. “*Hvordan opplever barnehagelærere at de kan tilrettelegge/tilpasse for barn med selektiv mutisme?*”. Denne delen er nært tilknyttet den overordnede problemstilling om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen. Gjennom de kvalitative intervjuene innhentet vi data som ledet oss videre til fire overordnede kategorier for de viktigste tiltakene; trygghet, kunnskap, defokusert kommunikasjon, smågrupper og vennskap. Vi har valgt å inkludere prosessen med avdekking som viktig tiltak for å tidlig forebygge alvorlighetsgraden av diagnosen. Avdekking er avgjørende for å kunne komme til tidlig med tiltak som skal forbedre situasjonen til barnet.

Vi opplever at tiltakene som kommer barna til gode er ulike, og at fokuset er ulikt. Kompetansen til både hjelpeapparatet og innad i barnehagene ser ut til å være en faktor, da både generell kunnskap om diagnosen, men også tilrettelegging for angstfylte og utrygge barn. Dette kapitlet vil gjengi intervjupersonenes beskrivelse av tiltak, og deres opplevelser angående hvordan tiltakene fungerte, og eventuelt ikke.

4.1.1 TRYGGHET

For å belyse hvordan tilrettelegge og tilpasse for barn med selektiv mutisme innad i barnehagen, har vi bedt intervjupersonene om å svare på spørsmål om konkrete erfaringer med tiltak, kjennskap til verktøy eller metoder samt aktiviteter som kan virke forebyggende. Det fremkommer gjennom intervjurundene viktigheten av å skape trygge situasjoner og et trygt barnehagemiljø for barn med selektiv mutisme. Intervjuperson 1. sier:

Man trenger trygghet, trygghet, trygghet. (.....) De trenger at det er trygge faste rammer.

For å skape trygghet beskriver intervjupersonene viktigheten ved gode og nære relasjoner til de voksne i barnehagen. Intervjuperson 2. forklarer:

Det er jo det å trygge barnet, å ikke presse. Vi hadde jo også sånn dagtavle. Vi hadde jo, for at barnet... Det her var jo, en tospråklig. Så vi var jo usikker på hvor godt barnet kunne språket, norsk. Så det er derfor at barnet ikke har fått diagnosen, men vi hører jo barnet prater med alle andre barn, i barnehagen, men ikke voksne.

Barn med selektiv mutisme er engstelige og nervøse, og dette kommer tydelig frem i møte med mennesker som ikke tilhører kjernefamilien eller de nærmeste trygge omsorgspersonene. Informantene beskriver ikke trygghet som en metode eller et verktøy, men som et tiltak for å forbedre hverdagen til barn med selektiv mutisme. De beskriver viktigheten av at barnet får støtte seg på personer de er trygge på, og at det settes fokus på å minske endringer i ansattgruppen. Intervjuperson 1. sier:

Altså dette. Akkurat nå i disse dager med Covid-19 tenker jeg situasjonen er mye verre. Mange vikarer er nye, få folk, store grupper, fordi man trenger små grupper. Man trenger trygghet, trygghet, trygghet. Så det er jo det aller største dilemmaet, hvis det er stadig kommer nye voksne inn. Så vil det jo bli ekstra vanskelig for disse barna. Så de trenger at det er trygge faste rammer da.

Intervjuperson 3. viser til at hen opplevde at det var intervjupersons ansvar å trygge barnet, og valgte å fokusere på tryggheten fremfor å fokusere på å skulle få barnet til å snakke, eller “*ut av tausheten*”. Intervjuperson 3. beskriver:

Det som jeg gjorde med barnet, det siste da, altså barnet begynte jo ikke å snakke da, men barnet ville jo ofte når vi var på tur med førskolegruppa gå med meg. Da visste jeg at barnet var trygg på meg. Så barnet nikket, barnet nikket jo med å kommunisere og viser at barnet forstår, så jeg presset barnet ikke noe mer på det. (...) Så jeg tenkte litt atte. Min jobb i barnehagen var ikke nødvendigvis å... Jeg følte litt at det var ikke min jobb å skulle få barnet ut av den bobla eller det barnet var i. Det var jo det at jeg så det var jo et barn fylt med angst og usikkerhet. Det var jo å være en trygg person for barnet. Om barnet snakket eller ikke.

Intervjuperson 3. forteller at hen har kunnskap om oppfølgingen av barnet etter barnehageslutt, gjennom vennskap med foreldrene og vennskap mellom deres barn. Det beskrives videre at etter skolestart ble det satt sammen vennegrupper, hvor barnet med selektiv mutisme ble plassert i samme gruppe som intervjupersons barn. Dette med grunnlag i intervjuperson og barnets relasjon. Relasjonen ble da benyttet som utgangspunkt for å overføre trygghet fra en arena til en annen. Intervjuperson 3. forteller det slik:

Fordi barnet kjente og var trygg på meg, så selv om barnet ikke snakket til med meg så nikker barnet og fulgte med, altså på en måte gir barnet noe tilbake igjen. Men da tok man ikke sjansen på at barnet var med i en vennegruppe hvor barnet ikke kjente noen voksne sant. Så kanskje det er sant at de ikke tør, de har jo vanskelige opplevelser, altså SFO (skolefritidsordning) har vært helt grusom. (...) SFO er jo enda verre for et barn som sliter med angst, så de (foreldrene) var jo nødt til å ta barnet helt ut av SFO for der finnes det ikke hjelp der.

Det beskrives press fra andre voksne, både innad i barnehagen og utenfor barnehagen, som igjen skapte utrygge situasjoner for barnet. Intervjuperson 3. forklarer at:

Der var det først i den kommunen, så var det noe som, altså pedagogisk veiledning for PPT, det var de som var inne først, og som da anbefalte dette med at dere må bare "Vi vet at du kan snakke, da sier du at du må gi meg noe mer å drikke, da må du si det". Også bare overser dere hun til barnet gjør det. Og så kom det inn ei til som sa nei dette må dere ikke gjøre.

Gjennom tiltakene vi vil beskrive under 4.1.2, 4.1.3, 4.1.4 og 4.1.5 vil vi se at alle er tiltak som støtter opp om det overordnede målet "at barnet skal føle seg trygg i barnehagen. Bare gjennom trygghet kan vi se forbedring i diagnosens tilstand.

4.1.2 SMÅ GRUPPER OG VENNSKAP

I dette underkapitlet viser til intervjupersonenes beskrivelse av små grupper som tiltak. Vi ser at intervjupersonene har ulik erfaring med mindre barnegrupper, og hvordan dette har støttet barna. Intervjuperson 1. beskriver tiltaket med mindre barnegrupper slik:

Det som ble satt i gang av tiltak var jo, barnet fikk, skal jeg ikke si helt sikkert. Men jeg lurte på om det var 8 timer i uka med støttepedagog, som ikke egentlig var støttepedagog, men en assistent. Som og da handlet det om å jobbe med små grupper rundt barnet for å skape trygghet, så hadde vi en sånn derre fysioterapi gruppe. Men det var jo sikkert fordi vi hadde meldt inn bekymring, men det var jo det tenker jo at det var veldig positivt for det barnet, fordi at da var det med 2-3 faste andre barn.

Alle intervjupersonene har erfaring med små grupper som tiltak, men har ulike fremgangsmåter. Vi ser at barna klarer å stifte vennskap i barnehagen, og at de finner tiltro og trygghet i deres møter med andre barn. Intervjuperson 3. viser hvordan de tilrettela innad i de mindre gruppene, og sørget for at det var trygge voksenpersoner rundt barnet. Det at barnet vet at dette er et fast tiltak vil være med på å skape forutsigbare situasjoner og en forutsigbar barnehagehverdag. Intervjuperson 3. forklarer:

Så nå har barnet vært med på, de har sånn vennegruppe. Da er det jo mindre grupper, men da var barnet så, da var det jo bevist at barnet var satt på den vennegruppa der barnet mitt er på. Fordi barnet kjente meg og er trygg, så selv om at barnet ikke snakker til meg så nikker barnet og følger med, altså på en måte barnet gir noe tilbake igjen. Men da tok man ikke sjansen på at barnet var med i en vennegruppe hvor barnet ikke kjente noen voksne sant. Så kanskje det er sant at de ikke tør, de har jo vanskelige opplevelser.

Tiltak kan fungere ulikt i ulike perioder. Noen tiltak kan settes inn i en enkelt situasjon, mens andre tiltak er ment å være mer langsiktig for å kunne være med på å gi en endring i barnets tilværelse. Intervjuperson 2. viser til tiltak som skulle benyttes i det daglige og beskriver det slik:

Ja sånn ja. Brukt mye små grupper. Vi har jo jobba med at barnet skal bli trygg. Det er vel det det bunner i. Så små grupper. Prøve å trygge barnet på alle mulig måter. Og hatt litt sånn enkle opplegg, i de små gruppene. Ikke noe sånn store greier.

Intervjuperson 1. viser til mindre barnegrupper som hovedtiltaket rundt barnet, men var usikker på årsaken til om tiltaket var knyttet til den selektive mutismen:

Og jeg husker ikke helt, men jeg kan gjette da om barnet startet i august også sendte vi henvisning i oktober, da tipper jeg kanskje februar. Jeg synes å huske at vi var på vinterstid i et møte. Så kom hun dama inn og var der da, de siste månedene fram mot sommerferien og fortsatte da videre. Nå er det små grupper rundt barnet som var det hovedtiltaket da, og så fikk vi litt sånn. Men det tenker jeg at det det var helt feil da feil tiltak som det handlet om språk og ikke om selektiv mutisme, liksom hvordan vi kunne jobbe med språkutviklingen for barnet. Men det valgte jeg å ikke gjøre. Vi mente jo at dette ikke var en årsak, så det er jo litt, egentlig hadde ikke jeg noe rett til å ikke gjøre de tiltakene. Vi blir anbefalt å gjøre da, men.

Det beskrives utfordringer rundt det å tvinge sammen mindre barnegrupper, som viser til viktigheten av å tilrettelegge tiltakene til hvert enkelt individ. For noen barn finner de trygghet i de mindre gruppene, mens for andre blir disse mindre gruppene for vanskelig. Det handler om at fokuset i større grad blir rettet mot barnet, og det blir økt press for at barnet skal prestere. I

en stor barnegruppe kan barnet i høyere grad bli usynlig, og ikke tvinges til å møte krav fra andre:

Man tenker automatisk mindre grupper. Da vil de være mer trygge. Med barnet da, så hadde det ingen funksjon. Jeg tror barnet følte seg presset, og de (PPT) sa at dere må lage lekegrupper og få til leker. Barnet ville ikke det, for rollelek krever at noen, altså enten så. Barnet likte ikke å leke, barnet likte virkelig ikke rollelek. Når barnet ikke snakket, da måtte man jo organisere leken. Nå er du den, også må du gå inn, også må du. Selv om du bare skal være en katt, så må du mjau. Det var kjempevanskelig, men når du begynte å snakke. Ja, og særlig da skulle barnet leke, da skulle barnet ta igjen da. For barnet hadde jo ikke interesse i rollelek. Da gikk barnet bestandig rundt med ei bøtte på hodet og lekte politi. Og ja, vi var jo mye lenger i rolleleken, og så skulle barnet leke veldig mye med gutter, og de var veldig opptatt av dette med å få unger til å passe inn i en sånn normal, til tross for at barnet ville leke mer med samme kjønn. Men det brydde ikke barnet seg om før heller. Barnet hadde aldri brydd seg om barna som hadde samme kjønn og det var foreldrene veldig opptatt av. Men nå hadde jo barnet fem søsken med motsatt kjønn, og da sant, så kan du. Og det andre barnet og. Barnet lekte jo. Barnet søkte meg ofte opp ute, blikket mitt, barnet var trygg på meg ute. Bare sånn at barnet visste at jeg var i nærheten. Og når jeg nærmet meg, jeg så jo at barnet snakket med vennene sine. Barnet snakket jo med de vennene barnet var trygg på.

Intervjuperson 1. forteller om at barnet var 3 år, og at de eldste barna i barnehagen tok seg særlig godt av barnet. De inkluderte og tok ekstra godt vare på barnet. Det beskrives utfordringer tilknyttet de voksnes tanker og problematisering av at barnet med selektiv mutisme støtter seg på andre barn, og benytter de som talerør. Som nevnt viser alle våre intervjupersoner til vennskap i barnehagen, og hvordan disse relasjonene kan bli tatt utgangspunkt i for å overføre tryggheten til andre arenaer. Intervjuperson 3. beskriver denne utfordringen, ved oppfølgingsspørsmål tilknyttet det at barnet gjorde seg for avhengig av andre barn:

Ja det er jo, det som på en måte ble kritikken på og den store diskusjonen i barnehagen, at barnet gjorde seg avhengig. Og jeg ser den, men jeg ser allikevel. Altså det er jo til dette blir jo bare nytt mitt syn da. jeg ser hvorfor de trodde, og synes det. Jeg gjorde at, mener at jo mer noen snakker for deg. er noen regulerer for deg? Jo jo dårligere blir man på å gjøre det selv, men. Jeg ser, og at jeg har vært med barnet enn der det vart i

så mange år da helt nødvendig hadde ikke hatt det. Jeg tror ikke, at det er det som gjør at barnet da tenker ja, men dette var jo greit. Nå kan barnet fortsatt ikke snakke. Og og det er helt fantastisk å se hvordan de andre i klassen passer på barnet. Det ene barnet som barnet gikk med i barnehagen som hjalp barnet til og barnet passet på at barnet med selektiv mutisme fikk riktig pølser og at barnet fikk drikke og at barnet var for barnet var jo veldig når de kom. Bursdag med hele klassen, sant. Det liker barnet jo ikke. Men barnet kom jo alene uten foreldre og. Og sånne ting. Og er jo likt og gjør jo som barnet får beskjed om, at nå skal du sitte her og sånn, og så bare hvordan de. Da var jo da to beste kameratene til barnet kom, altså de barnet er aller mest med og de er jo på en måte talerøret til barnet, og da var den en som med en gang tok dette. Kom, kom å sitt med meg sa barnet. Og det var en av de som er en av de mest utfordrende guttene i klassen av mor og sikker på så mye negativ ting. Jeg måtte bare sende melding at det var helt fantastisk å se hvordan barnet hjalp barnet med selektiv mutisme. Tok rollen og det så jeg jo på vennegruppen også. De er veldig, men de er jo veldig vant med barnet også da, de er veldig flinke til å, de guttene som barnet er mest med er ikke på vennegruppa. Barnet er med på leken, når det er små grupper. Da var vi ute og hadde bålpanner de, de sprang litt rundt og sånne ting. Så så, men det er jo med en gang. Jeg tror, jeg tror ikke at. Jeg tror det bare er å tenke. Altså hvis du skulle tenkt å si til ungene at nei, dere kan ikke snakke for han eller ikke gjort det, så tror jeg det bare hadde blitt verre. Tror ikke det er det det står og faller på. Tror jeg da. (...) Men de (foreldrene) sier også at de opplever at skolen prøver å forstå og legge til rette så godt som de kan da, at han får lov til å ha med seg alltid som når de delt inn i grupper, han for alltid være på gruppa med noen som han trygg på. De fant jo ut i starten, kan du si. At han kan ikke bare være avhengig av noen, men jo han er avhengig av noen få personer i klassen som har gått med han siden barnehagen. Og det tror jeg foreldrene er glade for.

Det vil være en utfordring å skulle skape gode relasjoner og vennskap utenfor barnehagen, om ikke andre foreldre er tilstrekkelig informert om tilstanden, og hvordan selektiv mutisme oppleves for barnet. Intervjuperson 1. forteller at de andre foreldrene i barnehagen ikke var informert om barnets tilstand og svarer “Nei, det er dem ikke. Nei”. Intervjuperson 3. viser til utfordringen rundt det å danne gode vennskap, og at barn ikke nødvendigvis ønsker å leke med barn som ikke mestrer å være verbalt aktiv i leken. Intervjuperson 3. beskriver mors fortvilelse:

Og nå sier mor at hun forstår jo at de ungene som har lyst til å leke, ikke nødvendigvis velger den som ikke svarer. Så det er jo kjempevanskelig. Så nå har barnet vært med på, de har sånn vennegruppe. Da er det jo mindre grupper, så da var det jo bevist at barnet var satt på den vennegruppa som barnet mitt er på.

4.1.3 DEFOKUSERT KOMMUNIKASJON

I dette underkapittelet vil vi se nærmere på defokusert kommunikasjon som metode og verktøy i møte med barn med selektiv mutisme. Noen av våre intervjupersoner benevner defokusert kommunikasjon helt konkret, mens andre nevner hensyn, som er i tråd med defokusert kommunikasjon. Intervjuperson 1. viser til hvordan hen i ettertid så hva som kunne ha blitt gjort mer hensynsfullt i møte med barnet, og beskriver hensynene i henhold til kriteriene i defokusert kommunikasjon. Intervjuperson 1. reflekterer:

Kanskje ikke konkrete aktiviteter, men jeg vet jo hvilke ting vi gjorde veldig feil sånn sett i ettertid da, fordi barnet hadde jo, det begynte jo å komme noen ord. Også fikk barnet jo da kjemperespons på det. Noe som gjorde at barnet stoppet opp mye mer, og som jeg har tenkt, hadde jeg visst det jeg vet nå, så hadde vi jo latet som ingenting når det skjedde. Ja, prata mye mer rundt og ikke vært så direkte. Ikke forventet svar fra barnet, men latt barnet delta og være med, mye mer uten de direkte kravene da.

Intervjupersonene beskriver defokusert kommunikasjon i sammenheng med spørsmål, konkrete verktøy og metoder i møte med barn med selektiv mutisme. Her beskrives hensyn som skal tas i henhold til defokusert kommunikasjon, som det å ikke stille spørsmål som barnet må svare på, sitte ved siden av, og ikke ha mye direkte øyekontakt. Intervjuperson 2. besvarer spørsmålet om kunnskap og kjennskap om verktøy eller metoder:

Nei. Eller tenker du på sånn defokusert kommunikasjon? Det er vel type verktøy. Det ble vi introdusert for av PPT. Barnet har jo en spesialpedagog på seg. Men i starten så brukte vi ikke, eller spesialpedagogen var ikke så mye på barnet fordi at spesialpedagogen var jo utrygg for barnet. Dette var heller vi trygge på avdelingen som skulle ha ansvaret for barnet. Og nå har barnet blir trygg på spesialpedagogen, så nå er spesialpedagogen inne med barnet også. Ja, da var det jo den der defokusert

kommunikasjonen om at at du ikke skal sitte overfor barnet, men ved siden av, du skal ikke stille spørsmål som man må svare på, og ikke ha så mye øyekontakt hvis barnet ikke ønsker selv.

Intervjupersonene gir ulike beskrivelser av defokusert kommunikasjon, og vektlegger aspektet å ikke presse barnet til å snakke. Intervjuperson 3. beskriver en alternativ form for defokusert kommunikasjon, hvor hen viser til hvordan sitt eget barn kommuniserer med barnet med selektiv mutisme gjennom facetime, og beskriver:

Barnet snakker ikke til meg lengre, men snakket med meg da jeg jobbet i barnehagen, nå gjør barnet ikke det lengre. Heller ikke til barnet mitt. Men barnet liker å snakke med barnet mitt på facetime, det er bare barnet mitt som snakker hele tiden, så nikker barnet. Hehe. Så de har fortsatt et vennskap da, men det er jo, det blir jo begrensa, sant.

Gjennomgående i alle intervjuene, fremkommer viktigheten av å ikke pålegge barna press til å snakke. Selektiv mutisme beskrives som en angstlidelse, og at økt press vil kunne risikere at barnet opplever barnehagen som en utrygg arena. Intervjuperson 2. beskriver hvordan de ble veiledet til å ikke presse barnet til å snakke, men at hen opplevde motstand og utfordringer tilknyttet andre voksnes holdninger. Intervjuperson 2. forteller:

Hvertfall på den der at man ikke presser. Det sånn som vi fikk veiledning om var jo at vi skal IKKE presse barnet til å si noen ting. Barnet skal ikke føle at barnet må si noe. Mens jeg føler kanskje at noen av de voksne har sånn holdning at jammen "Kom igjen nå, nå må du prate. Nå må du svare. Hører jo at du prater med mamma og pappa" det blir sånn. Det handler om at man ikke har kunnskap om det. Så, ja, kunne absolutt gjort det før.

Intervjuperson 3. støtter opp om dette og viser til viktigheten av at de voksne som er i kontakt med barnet har god informasjon om hvordan møte barn med selektiv mutisme, på en hensynsfull og sensitiv måte. Hen forteller:

Jeg har fortalt om min erfaring, og vi har snakket litt om hvordan, Ja hjulpet de litt og med i forhold til å informere andre foreldre om det som at andre forstår at. Sant hvis de møter barnet og barnet ikke svarer. Hvis barnet da svarer, det kan barnet å gjøre

noen ganger. ikke lage sånn "å nei, kan du snakke?" Sant altså hvordan? Hvordan reagerer man, hvordan snakker med? Og ja? Var åpne om de utfordringene som barnet har.

Intervjupersonene gir beskrivelser av hva de opplevde fungerte i møte med barna. Hvordan forutsigbare situasjoner, voksne som viste hensyn og var sensitive, samt det at man forsøkte å inkludere barnet tross tausheten førte til positiv endring i barnets situasjon. Intervjuperson 3. beskriver hva hen opplevde fungerte i møte med det ene barnet:

Det som jeg tror fungerte med det første barnet, som gjorde at det begynte å snakke. Var at jeg snakket til barnet som om barnet svarte som om vi hadde en samtale. Det er jo ikke en samtale når kommunikasjonen mellom oss er begrenset, litt sånn som når du snakker med en baby "åh, var du sulten nå?", "nå skal vi gjøre det", "oia, sier du det". Snakker med de som om de svarer. Men bare selvfølgelig, barnet var jo eldre da. Jeg tilpasset språket ut i fra alderen. Og da, men barnet gikk lenge etterpå de årene, så kom barnet ofte til meg også sier barnet "Ser du meg? Ser du meg?" Altså, ja, jeg så deg alltid, måtte jeg si da. Det gikk barnet å sa, liksom de 2 årene etterpå, før barnet begynte på skolen. Kom ofte ut på kjøkkenet til meg "Ser du meg? Ser du meg?" Ja. hehe. Så vi måtte, måtte liksom hele tiden fordele kreftene.

4.1.4 KUNNSKAP OG KOMPETANSE

For å kunne besvare forskningsspørsmålet om tiltak for tilrettelegging for barn med selektiv mutisme, er det viktig å se til hvilken kunnskap og kompetanse de voksne rundt barnet har. For å kunne møte barnet på en sensitiv og hensynsfull måte er det viktig å ha kunnskap om diagnosen, og hvilke utfordringer barnet møter. Intervjuperson 1. viser til utfordringene med informasjonsflyt i barnehagen, og hvordan det kan være problematisk at ikke alle ansatte har kunnskap om diagnosen. Ved spørsmål om hvordan informasjon og kunnskap viderefremmes i barnehagen svarte intervjuperson 1. dette:

Jeg vet jo hvert fall at vi snakka om det på min avdeling og, og så vil jeg jo anta nå, men nå baserer jeg meg å på hvordan jeg tror fordi dette husker jeg ikke, men jeg antar at vi snakka om det på pedleder møte også for vi hadde i hvert fall et barn med en annen

diagnose i barnehage. Også er det den der balansen mellom, hva skal alle vite og hva skal kun være på avdelingen? Og noen ganger, så synes jeg at man er litt for strenge med hva som bare skal være på avdelingen, fordi at det er en del informasjon som er ganske nyttig at alt personale vet. Og alle som jobber i barnehagen har jo uansett taushetsplikt. Men der var vi kanskje litt for mye "min, min" avdeling. Er usikker på hvor mye de andre avdelingene på hvor god kjennskap de hadde til selektiv mutisme. Fordi, jeg tenker tilbake på. Det var faktisk 2 andre barn på de andre avdelingene, og vi fikk veldig lite informasjon om de 2. Og da vil jeg jo anta at det gikk andre veien også ja.

Resultatene viser at om det fokuseres på kunnskapsfordeling innad i barnehagen, vil det i seg selv være et tiltak som kan skape trygghet for barnet. Intervjuperson 2. beskriver endringer blant de ansatte etter man fikk kunnskap og utvidet sin kompetanse:

Ja det var jo litt det jeg sa i stad, før man fikk ordentlig kunnskap om det, så var det jo veldig sånn, "åh hvorfor snakker barnet ikke". Men jeg føler at det snudde ganske fort om, når man først får vite bakgrunnen da, tenker jeg. Men nå er det ganske bra, ja, rundt barnet.

Informasjonen vi får fra intervjupersonene er både fra tilfeller i nyere tid, og lengre tilbake i tid. De beskriver mangel på kunnskap både innad i barnehagen, og generelt i hjelpeapparatet. Intervjuperson 3. viser til utfordringene ved å skulle tilegne seg god kunnskap i møte med jenter med diagnosen, og beskriver det slik:

Nei, nei. Nei. Nei, ikke noe som jeg kan huske. Nå er det så lenge siden det i "kommunen". Men nei. Husker at i starten at der var mye om at dette var mest vanlig med gutta, og at vi i alle fall hadde lite kunnskap når det var jenter med selektiv mutisme.

Intervjupersonene beskriver utfordringer med mangelfull forkunnskap om diagnosen, og at det vanskeliggjorde endringene av innarbeidede og forutinntatte holdninger, men og i forhold til hvordan man møter barnet. Det beskrives hvordan det er utfordrende for voksne å forholde seg til barnet, men det vises og til at det er barnet som opplever de største vanskene med diagnosen, intervjuperson 3. sier dette:

Det ene, er jo at det må være mer kunnskap også må det komme tiltak. Om tiltaket er informasjon til barnehagen, men men det kan ikke være disse barna, de er jo egentlig ikke et problem for noen andre enn seg selv? Sant? Har du ADHD og forstyrrer eller er utfordrende, såne ting, så er det vanskelig for de voksne. Vanskelig for de andre barna. Da må det settes i gang en form for tiltak på en måte automatisk når et barn strever. Og her tror jeg kanskje, fordi at det er jo bare barnet har problemer med selektiv mutisme, og det er litt frustrerende for de voksne. Ja, det gjelder jo andre type angstlidelser også da. Også er det og ja, jeg vet ikke. (.....) Det er for lite kunnskap, altfor lite kunnskap og altfor få erfaringer. Mange har jo hørt om det, men de har ikke erfart det. Tenk på alle de årene man har vært i barnehage, hvor mange unger som har aspergers og ADHD og andre diagnoser? Jeg har på en periode på 30 år hatt to med selektiv mutisme og det er ganske tilfeldig, sant.

4.1.5 AVDEKKING

I dette underkapittelet vil vi se nærmere på avdekking som tiltak. Dette faller inn under det allmennpedagogiske tilbudet til barnehagen, hvor man skal avdekke vansker og forebygge utviklingen av sosiale og psykiske vansker. Barnehagen skal ikke fastsette diagnoser, men ta kontakt med øvrig hjelpeapparat, ved bekymring for barnets utvikling. For å i det hele tatt kunne komme i posisjon til å kunne tilrettelegge for barn med selektiv mutisme, er det i første omgang viktig å avdekke tausheten. Utfordringen med at man ikke avdekker diagnosen tidlig nok, er at tausheten får mulighet til å integrere seg i barnet, og barnet opplever tausheten som en mestringsstrategi. Intervjuperson 1. viser til usikkerhet rundt selve kartleggingen av barnet, og samarbeidet med PPT, og forteller:

Jeg er usikker på hvilke metoder de brukte for å kartlegge det, det, det vet jeg ikke. Vi fikk vel et eller annet sånt klassisk, spørreskjema også fikk vel foreldrene det samme, og så var de jo inne til testing, hvor man da selvfølgelig ikke fikk noen respons fra barnet, også var de og observerte.

Ved oppfølgingsspørsmål om tilleggsutfordringer fortelles det om ulike utfordringer. Det kommer frem både bekymringer for barnets kognitive utvikling, språkutvikling, den motoriske utviklingen, og komorbide vansker. Intervjuperson 3. beskriver dette:

Nei, men jeg lyttet jo til barnet. Du vet de barna du bare "det er noe med barnet". Jeg ville ikke vært overrasket om barnet senere fikk på en måte noe innenfor autismspekteret. Det andre barnet, er jeg usikker på. Har ikke sett noe, det er jo bare det at barnet har blitt mer reservert og holder seg mer inne. Så jeg kan ikke trekke noe likhetstrekk, og med det siste barnet, om det var tilfeldig, ja? Det første barnet tror jeg nok hadde en, ja, vet du hva, noe annet ville nesten vært rart. Barnet gikk jo to år i barnehagen der barnet snakket, og barnet var jo noe for seg selv.

Intervjupersonene har ulike erfaringer knyttet til når tausheten hos barna oppsto. For noen av barna oppsto tausheten ganske plutselig, mens hos andre barn ser man helt klart utløsningsfaktorer. Vi ser at store overgangssituasjoner er gjentakende, og at dette kan oppleves som "hverdagstraumer" for barna. Intervjuperson 3. beskriver møtet med to tilfeller av selektiv mutisme, hvor man ser alvorligheten av tausheten, og hvor begrensende det er for barnet å leve med:

Men med disse to tilfellene jeg har vært borti, så var det jo helt fullstendig stopp i å snakke i barnehagen, helt fullstendig. Som førte til for eksempel at, altså trengte hjelp til å åpne buksen når du skal på do og heller tisser på deg

Intervjupersonene beskriver utfordringer tilknyttet det at tiltakene ikke kommer raskt nok til. De beskriver utfordringer i store overgangssituasjoner, og at det kan være utløsende for ytterligere mangel på trygghet for barnet. Intervjuperson 3. beskriver utfordringen tilknyttet overgangen fra barnehage til skole:

Med det siste barnet da så, så nå er jo barnet tredjeklassing. Mhm. Og det har bare blitt på en måte verre. Sant. Preger barnet enda mer, enn det det gjorde i barnehagen.

Det fremkommer i intervjuene viktigheten av en videre utredning av PPT og/eller BUP, å se til årsaksforhold. Ikke bare for at man bedre skal kunne forstå diagnosen, men for å kunne tilrettelegge best mulig, og gi barnet konkret støtte på de problematiske områdene. Utløsende årsaksfaktorer eller problematiske områder kan være arv og miljø, overgangssituasjoner som har opplevdes overveldende, traume, eller utviklingsforstyrrelser. Tiltakene må tilpasset avhengig av årsaksfaktorer. Intervjuperson 1. beskriver mor som utrygg person, som kan være

en faktor som påvirker barnet. I intervjurunden ser vi at det er uklart for både foreldre og de ansatte i barnehagen hva årsaksfaktor kan være. Intervjuperson 1. forteller:

Mor var kanskje litt sånn utrygg type, men det var nok også fordi hun ikke kunne språket så godt, og ikke følte seg nok litt sånn, utenfor da, særlig i barnehagen. Far var nok mest usikker, fordi far følte at vi ikke så det barnet som far så, for far så jo også at barnet endret seg, og så ble far veldig fortvilet av over at ikke vi fikk se sånn som far mente barnet egentlig var da da. (.....) det var jo ingen de som var noe sånn brautende typer altså. De var jo sånn rolige beskjedne personligheter, men men jeg oppfatter dem ikke sånn, sånn redde og enkle sånn utenom.

Det beskrives av intervjupersonene usikkerheten rundt tausheten, og hvorvidt det at barnet ikke snakket var tilknyttet andre årsaker eller diagnoser enn selektiv mutisme. Det vises til spesielt utfordringer når barna er yngre enn 3 år, og man er usikker på språkkompetansen. Vi ser at det er ekstra utfordrende når barnet er tospråklig. Intervjuperson 1. forteller:

Det var et barn på 3 år som var tospråklig eller egentlig ikke hadde snakket norsk før barnet begynte i barnehage. Sånn at vi tenkte at det var sen språkutvikling, mulig andre type ting som gjorde at det var mye rart. Det var derfor vi henviste, fordi i starten så var det en del språk, eller det kom liksom litt og litt, også stoppet det opp helt.

Videre forteller intervjuperson 3. om sine konkrete erfaringer med barn med selektiv mutisme og viser til hvor lang tid barna var tause. I det ene tilfellet vises det til en overgangssituasjon som kan ha vært utløsende for tausheten:

Når jeg ser tilbake til det barnet jeg hadde først, så ser jo at det er selektiv mutisme barnet også hadde. Det var jo et oppbrudd sant, som før. Jeg snakket med foreldrene altså i ettertid når barnet begynte å snakke igjen. Hva var det som egentlig skjedde? Men det var, noe som ikke var dramatisk, men likevel dramatisk for barnet, en stor forandring. Fordi de bytta land, ikke sant. Eller de bodde i Norge og dro tilbake til sitt land var borte i tre måneder og kom tilbake igjen. Eh. Å tenkte, barnet dro jo bare hjem til familie og var på ferie, men for barnet så skjønnte barnet ingenting av dette.

Videre viser intervjuperson 3. til det andre tilfellet- og at det der ikke var klart hva årsaksfaktoren kunne være:

Eh. Med barnet, den siste så. Eh. Vi er jo naboer og, så jeg kjente de jo godt sant. eh. Vet ikke hva dette er, altså. Det treng ikke være viktig for første barn heller, dette skifte, at barnet hadde vært bort i tre måneder i et annet land og det ble for mye for barnet. Med først barn så, så vet vi ikke. Er det noe personlig, er det noe som gjør, men barnet har jo de samme faste som barnet snakker med da, men færre og færre voksne da. Barnet eh. eh. Snakker ikke til meg lengre f. eks, men snakket med meg da jeg jobbet i barnehagen, nå gjør barnet ikke det lengre.

Intervjupersonene beskriver utfordringer knyttet til kartlegging og avdekking ved mistanke om andre og eller komorbide diagnoser. Del av utfordringene i møte med selektiv mutisme er mangel på kunnskap, men også mangel på gode kartleggingsverktøy. Det kulturelle perspektivet spiller en rolle i forhold til kunnskapen barnehagelæreren har om barnets kultur. I tilfellet intervjuperson 1. viser til at hen ble bekymret siden barnet ikke kunne holde en brøds_kive, men barnet hadde ingen erfaringer med brøds_kiver og hadde blitt matet. Om man ikke bringer inn det kulturelle perspektivet, klarer man ikke å se det helhetlige bildet av barnet. Intervjuperson 1. viste til at de så andre utfordringer hos barnet, og at det derfor var vanskelig å legge hovedbekymringen på tausheten til barnet, og beskriver deres observasjoner slik:

Det var for eksempel måten barnet spiste på, som så ut som barnet aldri hadde holdt i en brøds_kive, og spist på egen hånd før, noe som vistest at barnet jo ikke hadde gjort. Barnet var jo blitt matet da, men det var jo ikke fordi barnet ikke hadde mulighetene til det eller klarte det. Det var jo bare fordi det var sånn de gjorde det i den kulturen. Åpenbart aldri gått i ulendt terreng før. Kjempe ustø og da så lurert man jo på hva, ikke sant er det balansen? Det var mange sånne små ting som ikke stemte, men som vi fikk jo bekreftet, at det var manglende erfaringer da.

4.2 SAMARBEID

Det andre forskningsspørsmålet er tilknyttet samarbeid med andre voksne, hvor vi viser til foreldresamarbeid, PPT og BUP. Spørsmålet er formulert slik: "Hvordan samarbeider

barnehagelærere med andre voksne rundt barnet (foreldre/PPT og andre instanser)?”. Det å samarbeide med foreldrene er viktig for å kunne få god innsikt i barnets språkkunnskaper og fungering utenfor barnehagen. Det at de voksne i barnehagen har kunnskap om barnet, hva liker barnet å gjøre, hvilke interesser har barnet, hva gjør barnet redd, hva liker barnet å ha på brødsboksen vil være essensielt for å skape et trygt barnehagemiljø for barnet. Samarbeidet med øvrig hjelpeapparat vil være viktig for å kunne tilegne seg ny kunnskap og kompetanse i møte med barn med selektiv mutisme. Hjelpeapparatet vil være viktig i kartleggingsfasen, og i tilfeller hvor man er bekymret for sammensatte og komorbide vansker.

4.2.1 FORELDRESAMARBEID

I dette underkapittelet vil vi se på informasjonen fra intervjupersonene om foreldresamarbeidet rundt barnet med selektiv mutisme. For noen av foreldrene var tausheten ukjent, og tausheten var kun forbundet til barnehagen. Det å skulle reagere som foreldre, som ikke har kunnskap på det spesialpedagogiske feltet, og kanskje heller ikke tilknyttet språkutviklingen, vil det å avdekke tausheten være vanskelig. Det viser til viktigheten av god dialog mellom barnehage-hjem fra barnehagestart. Intervjuperson 1. beskriver det viktigste tiltaket for foreldre slik:

Men foreldre trenger informasjon, og de trenger informasjon flere ganger. Og de trenger muligheten til å bli fulgt opp videre, når de, når spørsmålene dukker opp da, ja.

Dette støttes av intervjuperson 3. som viser til utfordringene med press som familien kan utsette barnet for:

Jeg vet barnet ble ganske mye presset en stund fra familie, foreldre og andres foreldre. Litt som, litt vanskelig hjemme. Ikke mot mor og far da, men familie rundt da, så mente at de, ikke sant. Lot barnet få lov til å ikke, sant? At de måtte sette litt mer krav til barnet og sånne ting.

Av intervjupersonene blir det beskrevet at foreldrene trenger god kunnskap og veiledning, tilknyttet diagnosen og utredningsprosessen. For foreldre kan det være sårt, og urovekkende å oppleve at barnet har en vanskelig hverdag i barnehagen. Spesielt i tilfeller der foreldrene er totalt uvitende om tausheten. Barn med selektiv mutisme har behov for å bli møtt på en sensitiv og hensynsfull måte som ikke er preget av press til å snakke. Denne informasjonen trenger alle

voksne som skal møte barnet, både profesjonelle og familie. Intervjuperson 2. beskriver de første samtalene med foreldrene, og behovet for veiledning til omsorgspersonene:

Ja. Det var jo det at vi tok en samtale, ganske raskt. En foreldresamtale, hvor vi da fikk snakket om, ja, at barnet ikke prata i barnehagen, og foreldrene var veldig åpne. Og det var, jo, egentlig veldig godt samarbeid, god kommunikasjon og. Og der også, så var det sånn ja, spesielt mor da kunne være sånn der, si til barnet "Hvorfor snakker du ikke i barnehagen? Vi snakker jo hjemme, du snakker om oss. Hvorfor snakker du ikke i barnehagen?" Så hun hadde jo også, eller de hadde jo også behov for veiledning.

Flere av våre intervjupersoner hadde erfaringer med flerspråklige barn og foreldre, med annen kulturell bakgrunn. Det som fremkommer gjennom intervjuene, er at det er en vanskeligere prosess når man er usikre på barnets språkkompetanse. Det vises til at man bør ha gode spørsmål til foreldrene for å kunne avdekke om språkutviklingen er i tråd med barnets alder. Intervjuperson 1. sier:

Nei, altså vi. Jeg prøvde å kartlegge morsmålet da siden, og spurte foreldrene, så vi fikk jo egentlig beskjed om at barnet var god på morsmål. Og så hadde barnet jo vært utsatt for veldig lite norsk da barnet begynte i barnehagen, så det var ikke noe poeng i å kartlegge norsken til barnet fordi det var jo for lite. Også er det alltid det der dilemmaet når du spør hvor gode de er på morsmålet så jeg har aldri hørt noen si "nei, de er dårlige". De sier jo alltid at de gode det også er det veldig vanskelig å vite liksom, hva betyr det? Nå vet jeg om mer og ville kunne stilt litt sånn tydeligere spørsmål da. Jeg stilte nok for dårlige spørsmål, det å bare spørre er barnet god morsmål. Ja altså, men hadde jeg vært mer konkret da, ikke sant? Bruker barnet, på en måte, og akkurat nå har jeg ikke på stående fot hvor en treåring skal være helt sånn, men tatt utgangspunkt i hvor normalfungerende tenåringene er. Altså stille konkrete spørsmål. Bruker barnet entall, flertall? Hvordan beskriver barnet ting? Hvor mange ord bruker barnet altså gjort det mye tydeligere, så hadde det jo vært. Lettere å finne ut om barnet faktisk var god i morsmål eller ikke da?

Informantene beskriver utfordringer i det å kunne dra sluttninger om foreldrenes omsorgsevner, og generelt få godt samarbeid med foreldrene når de ikke behersker norsk godt. Intervjuperson 1. beskriver utfordringen slik:

Det var jo bare far som snakker norsk. Så vidt jeg husker, mor snakker veldig, veldig lite norsk, veldig usikre redde, men jeg synes å huske at det var et ganske godt samarbeid og snakket ganske mye med dem. Far som var mest, sikkert også naturlig fordi barnet snakker norsk da som var mest i barnehagen. Men de hadde sikkert også hatt godt av mer informasjon. Jeg husker så godt far kom og viste meg den videoen som jeg sa i stad, når barnet var med noen søskenbarn tror jeg og lekte, og du hørte at barnet prata og sånt, far var frustrert, barnet kan jo barnet prate, men se her. Vi har jo flere videoer og jeg bare "jeg på tror på deg".

Det vises til viktigheten av god dialog mellom barnehage og hjem, slik at omsorgspersonene kan følge opp tema og situasjoner som har utspilt seg i barnehagen. Det at barnet opplever en viss sammenheng mellom barnehage og hjem, kan være med på å trygge barnet. Det å se at omsorgspersonene får informasjon fra barnehagen og har tillit til de ansatte, kan være overførbart. Omsorgspersonene blir derfor en viktig aktør rundt det å skape trygghet i barnehagen for barnet, ved at omsorgspersonene viser kjennskap til hvem barnet møter, hvem barnet liker å leke med og hvem de voksne rundt barnet er. Intervjuperson 3 beskriver at de måtte tilrettelegge ekstra for dette, og dermed valgte å kommunisere med foreldrene ytterligere, ved å sende bilder iløpet av barnehagehverdagen som omsorgspersonene kunne ta utgangspunkt i, for samtale med barnet hjemme:

Når vi skulle ut på tur og ting vi skulle gjøre, så hadde jeg mye rett og slett bilde kontakt med foreldrene. Bilde kontakt, sendte bilder, for barnet kunne ikke komme hjem og.... Barnet fortalte jo, og barnet snakket jo hjemme, men sånn som unger er- de forteller jo lite om dagen. Du spør hva som har skjedd, men de klarer ikke si noe.

4.2.2 SAMARBEID MED SPESIALPEDAGOG, PPT OG BUP

I henhold til forskningsspørsmål 2. vil vi se nærmere på resultatene som fremkom tilknyttet samarbeid med spesialpedagog, PPT og BUP. Barn med selektiv mutisme vil ha behov og krav for spesialpedagogisk støtte og hjelp. Dette både for å kunne tilkomme kompetanse på diagnosen, og for å kunne konkludere med hensiktsmessige tiltak. Intervjuperson 3. beskriver samarbeidet med andre instanser slik:

Vet du hva, det er. Det er jo ikke spesielt bra. Og det er fordi at de. Jeg tror de er en kognisjon. De har ikke nok kunnskap om det. Og de vet ikke hvilket tiltak de skal sette inn for et barn som ikke snakker. Så hvis jeg. Blir liksom litt sånn, nesten litt sånn synd for barnet. Trist.

En av mødrene i eksemplene til intervjuperson 3. beskriver ubehaget ved å ikke forstå årsaken til diagnosen til barnet. Det å ikke kjenne til årsaksforholdene kan oppleves som utrygt og usikkert, og være rot til spekulasjon. Dette beskrives slik:

Moren sa til meg her en dag, ikke så lenge siden. Rett før jul der hun sa at, det er jo vanskelig for det er jo ingen som forstår hvorfor det ble sånn, sant. De klarer ikke å se noe som har skjedd i familien eller noe sånt Der er ingen ting, som de kan se sant. Barnet har jo et til søsken. Det er liksom litt uforståelig, eller om det bare er barnets personlighet og om det er er.

Gjennom intervjuene fremkommer det informasjon om ulik kontakt med øvrig hjelpeapparat. Det er ulikt hvilke tiltak som blir satt til, og mengden veiledning og konsultasjon som blir satt inn. Det vises til at man opplever at hjelpeapparatet ikke har god nok kompetanse og kunnskap om diagnosen, og informasjonen barnehagen fikk var derfor sprikende. Intervjuperson 3. hadde erfaring med to barn med selektiv mutisme, og beskriver her sprikende informasjon:

Det første rådet jeg fikk fra PPT var "Dere vet barnet kan snakke så bare ikke gi dere før barnet svarer", sant. Som er det desidert dårligste rådet du kan gi, er jo min erfaring da. (.....) Så min erfaring er jo at barna er låst. De kommer seg ikke ut av dette, det er min erfaring. Sånn at det å sette litt sånn hardt mot hardt og si "jeg vet du kan" er jo helt grusomt, sant? Synes jeg da, så. Det det er jo den erfaringen, altså de tiltakene. Er det enkleste tiltak uten noe er jo og rett og slett for meg, å behandle de som om de faktisk snakker, sant?

Det er ulikt hvor nærstående og hvor langt tilbake i tid intervjupersonenes eksempler kommer fra. Dette kan være noe av årsaken til at det oppstår ulik erfaring tilknyttet hjelpetiltak og samarbeid med PPT og BUP. Intervjuperson 3. viser til at hen opplevde manglende kunnskap

og kompetanse både i nyere tid og eldre tid. Intervjuperson 3. viser til det eldre tilfellet med selektiv mutisme, og hvordan kompetansen innad BUP og PPT var mangelfull:

Ja. Det er jo noen år siden. Men da var det, det var vi kontakt med BUP og alt. Det var veldig lite kunnskap om det hos PPT og hos andre. De sa det selv også da. Men selvfølgelig da for meg da, da 15 år senere møtte på det igjen, så hadde jo jeg mer kunnskap enn de fleste jeg jobbet med da og. Det er jo ikke så ofte, jeg hadde jo vært borti det før. Men jeg vil jo si generelt så var det og er det lite kunnskap fortsatt hos PPT og hos andre. Ja.

Videre sier intervjuperson 3 om det nyere eksempelet:

Jeg tror det var mer foreldrene som var i møte med BUP enn PPT var involvert. Og fastlege og sånne ting. Jeg har snakket med foreldrene de sier jo, de har ikke fått. Men de har heller ikke på en måte krevd noe på en måte fra PPT de, og har tenkt at det det å bringe inn en ny voksen på barnet som reserverte seg mer og mer mot voksne.

Intervjupersonene beskriver det som utfordrende å arbeide med en diagnose hvor man ser helt tydelig hva det dominerende symptomet er. Man opplever det som vanskelig å finne gode strategier for hvordan møte barnet, og hvordan kartlegge. Det oppleves som frustrerende å møte et system som ikke tilkommer hurtig nok, spesielt når man opplever at tausheten er så alvorlig og altopplukende. Intervjuperson 3. beskriver dette:

Det er veldig frustrerende å jobbe med noe der du du ser jo helt klart hva som er problemet. Ser hva som er problemet, her er det helt tydelig hva som er problemet, og så blir heilt lost (engelsk) i forhold til hva du skal gjøre. Mye er enklere med selv vage slike innenfor autismspekteret og alt sånn mye enklere”.

Det fremkommer ulik erfaring tilknyttet utarbeiding av IOP (individuell opplæringsplan). Intervjuperson 3. forteller at i begge tilfellene var det ikke utarbeidet hverken tiltaksplan eller IOP. Det beskrives at barnet fikk diagnosen, men ingen ekstra hjelp, sett bort fra informasjon til barnehagen og foreldre. Intervjuperson 3. omtaler utfordringen:

Ja. Vet du at barnet fikk. Det var det som var så rart. Barnet fikk diagnose, men ingenting ekstra hjelp. Annet enn at de voksne fikk litt informasjon.

Intervjuperson 1. beskriver samme utfordring som intervjuperson 3., men informerer om at barnet hadde støttepedagog 8 timer i uken, og beskriver at fra henvisning til tiltaket ble satt inn gikk det ca. 5 måneder.

Ja denne, så det regner med at barnet kommer til å ha spespeden frem til barnet begynner på skolen hvertfall. Sikkert etter det og.

Intervjuperson 2. beskriver at det ble utarbeidet IOP med mål som ble kontinuerlig evaluert:

Vi har jo IOP. Det er jo. Der har vi jo mål, som vi hele tiden evaluerer, og. Ja, ja går gjennom.

4.2.3 SAMARBEID INNAD I BARNEHAGEN

I dette delkapittelet vil vi se nærmere på arbeidet innad i barnehagen, og på samarbeidet mellom de ansatte. Det vises til ulike fremgangsmåter for hvordan informasjonen er fordelt i barnehagen, og ulik grad av informasjonsfordeling. Intervjuperson 2. viser til at videreformidlingen innad i barnehagen er åpen og forklarer det slik:

Den er åpen. Med godkjenning av foreldre, foreldre synes det er greit at alle vet det. Hvis det var det du tenkte på.

Intervjuperson 1. viser til utfordringer tilknyttet fordelingen av informasjon mellom avdelingene. Uavhengig av hvilken avdeling man arbeider på i barnehagen, vil man møte på, og måtte forholde seg til andre barn fra andre avdelinger. Det er viktig at det drøftes hvorvidt andre voksne utenfor egen avdeling skal ha kunnskap om utfordringene barnet, og at man har klart for seg formålet ved å dele informasjon. Det er viktig at informasjonen som gis omhandler hvordan voksne møter barn, og at alle innehar denne informasjonen. Intervjuperson 1. beskriver utfordringen slik:

Jeg vet jo hvertfall at vi snakka om det på min avdeling og, og så vil jeg jo anta nå, men nå baserer jeg meg å på hvordan jeg tror fordi dette husker jeg ikke, men jeg antar at vi snakka om det på pedagogisk ledermøte også for vi hadde i hvert fall et barn med en

annen diagnose i barnehage og de. Også er det alt den der balansen mellom, hva skal alle vite og hva? Hva skal kun være på avdelingen? Og noen noen, ganger så synes jeg at man er litt for for strenge med hva som bare skal være på avdelingen fordi at det er en del informasjon Som, ganske nyttig at alt personale vet. Og alle som jobber i barnehagen har jo uansett taushetsplikt. Men der var vi kanskje litt for mye "min min" avdeling. Er usikker på hvor mye de andre avdelingene på hvor, hvor god kjennskap. Fordi, jeg tenker tilbake på. Det var faktisk 2 andre barn, og vi fikk veldig lite informasjon om de 2. Og da vil jeg jo anta at det gikk andre veien også ja.

Det vises til utfordringen med mangel på kunnskap, og at det er vanskelig å danne gode samarbeid når informasjonen ikke blir fordelt godt nok. Det vektlegges at informasjonen om diagnosen i stor grad kommer utenfra barnehagen, og ikke er en kompetanse barnehagen innehar fra før. Intervjuperson 3. beskriver denne utfordringen slik:

Altså innad i barnehagen, den barnehagen der var ganske liten og i og med at det var nytt for alle. Så var jo PPT, og vi var i direkte kontakt da med BUP og med hun, jeg holdte på å si da i vår kommune der, men hun Omdal Omland eller hva hun het, så fikk vi nokså god informasjon til å kunne møte på andre folk som var interessert. I kommunen her senere, så. Det er jo det altså dette er ikke nok kunnskap om det, det er ikke nok som jobber i PPT eller som er utøvere som, altså altså. Nå ikke eller lengre med heter det, og sånt ressurscenter. Det er for lite kunnskap, altfor lite kunnskap og altfor få erfaring. Mange har jo hørt om det, men de har ikke erfart det. Tenk på alle de årene man har vært i barnehage, hvor mange unger som har aspergers og ADHD og andre diagnoser? Jeg har på en periode på 30 år hatt to med selektiv mutisme og det er ganske tilfeldig, sant.

4.3 UTFORDRINGER OG HOLDNINGER

I dette siste kapittelet vil vise til de utfordringene og holdningene som intervjupersonene forteller om. Dette svarer til forskningsspørsmål nr. 3 "Hvilke utfordringer og holdninger opplever barnehagelærere i møte med tilrettelegging for med barn med selektiv mutisme?". Dette kapittelet har ingen delkapitler, og vi vil derfor belyse hele tema under 4.3. Intervjuperson

3. forteller om sitt møte med en fortvilet mor, og setter ord på mors ønske for sitt barn: *“Er det ikke det alle ønsker seg? Å være normale? Passe inn?”*.

Det som vi gjennomgående belyser under 4.1.4 “Kunnskap”, er mangelen på kunnskap blant de som skal jobbe med barn med selektiv mutisme. Mangel på kunnskap ser ut til å være roten til fordomsfulle og forutinntatte negative holdninger. Intervjuperson 1. beskriver utfordringen med at ansattgruppen har lite kjennskap til diagnosen, og at det er mange som ikke har kunnskap om hva diagnosen faktisk innebærer, og at det ikke er et aktivt valg hos barnet. Ved spørsmål om dette kan utløse eller fostre dårlige holdninger eller fordommer, svarer intervjuperson 1. dette:

Ja absolutt, fordi hvis du tenker at det er et barn som ikke vil snakke, så vil du møte det på en annen måte, enn hvis det er et visst du vet at det er et barn som ikke virkelig ikke tør å ikke få det til og ikke klarer.

Intervjupersonene beskriver en endring i holdningene så snart kunnskap blir tilegnet, og det virker til at kunnskap er “kuren” for innarbeidede holdninger. Ved kunnskap får man “tatt liv av” noen av de mytene som eksisterer rundt diagnosen. Intervjuperson 2. forteller:

Ja det var jo litt det jeg sa i sta, før man fikk ordentlig kunnskap om det, så var det jo veldig sånn, “åh hvorfor snakker barnet ikke, oog?”. Men jeg føler at det er litt, snudde ganske fort om, når man først får vite bakgrunnen da, tenker jeg. Men nå er det ganske bra, ja, rundt barnet.

Noen av de holdningene, fordommene og de forutinntatte meningene handler om at man har kunnskap om at barnet kan snakke, og at man dermed bare må presse barnet. Det kan virke til at mange har en idé om at man skal klare å “kurere” tausheten, og at man rapporterer hurtig om at man hørte barnet snakke, eller at barnet sa et ord. Det blir da laget mye oppstyr av de situasjonene hvor barnet enten mestrer å snakke eller har blitt tvunget til å svare, hvor man da risikerer å gjøre barnet enda mer redd for omgivelsene sine, og for å møte press. Intervjuperson 2. forteller at hen opplevde uttalte holdninger, og viser til viktigheten av kunnskap for å kunne få bukt med denne adferden de voksne utøver overfor barnet:

Mens jeg føler kanskje at noen av de voksne har sånn holdning at jammen “Kom igjen nå, nå må du prate. Nå må du svare. Hører jo at du prater med mamma og pappa” det

blir sånn. Det handler om at man ikke har kunnskap om det. Så, ja, kunne absolutt gjort det før.

Intervjuperson 3. snakker om synet på barnet, og hvordan tausheten påvirker de voksne i barnehagens opplevelser og tanker om barnet. Det er viktig å være bevisst ulike følelser som kan trigges og fremmes hos oss voksne i møte med et barn som vi opplever avviser, trasser og er i opposisjon. Intervjuperson 3. sier dette:

Det er jo det at du på en måte. De er jo så talende i sin taushet på en måte. Dette blir jo det altså det. Det blir jo det som blir. Definerer barnet, så tror jeg at det at barnet ikke snakker det.... Ser ingenting annet. For det er så, Utrolig hvor stor plass barn kan ta i sin stillhet. Det blir så. Det blir veldig stort, men men veldig få har erfaringer.

Intervjuperson 3. viser videre til de voksnes holdning til at man tror at barnet glemmer seg av, og plutselig snakker. Det vises til at det ikke handler om at barnet glemmer seg av, men at barnet rett og slett ikke er bevist av at andre utenforstående hører barnet:

Det skjedde jo ikkje, for det var ikkje så at barnet plutselig "oi der glemte jeg meg av". Det eneste var hvis barnet, sånn barnet satt ofte i en båt å lekte, og lekte rollelek der, og barnet glemte seg av, sammen, men hun ene sier "Men barnet snakker når jeg er i nærheten", men nei sier jeg "når du kommer gående bakfra barnet, så snakker barnet fordi barnet ikke vet at du er der, og med en gang barnet vet at du er der så slutter barnet", og det var jo ikke bare henne da sant. Så det var noen som mente at barnet kunne glemme seg av. Nei, barnet bare hadde ikke oppdaget at det var noen rundt barnet som barnet ikke snakket til. Men barnet kunne fint snakke og leke i den der båten, en sånn stor båt, snakke med sine, andre unger rundt, men barnet snakket ikke til de, sant, hadde mer sånn parallell lek, barnet gjeng og de andre. Og og var heller ikkje så, skulle trodd at da barnet i alle fall var litt rolig da, at barnet var den som var den stilleste i leken, men neida, ikke i det hele tatt. Så ikke sjenert med de få barnet var trygg på.

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet vil vi diskutere resultatene opp mot valgt teori. Vi vil se nærmere på resultatene knyttet opp mot problemstilling og forskningsspørsmål. Resultatene vil bli presentert og drøftet i lys av gjeldende teori. Hensikten med undersøkelsen i denne masteroppgaven er å få et nyansert og utdypet bilde av kunnskapen om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen. Diskusjonen handler om å se til barnehagelærernes ulike erfaringer med tilrettelegging, og hvilke tiltak som har vært prøvd ut. I diskusjonen vil det fremkomme drøftinger rundt utfordringer barnehagelærerne har møtt på.

Før vi sammenfatter og konkluderer omkring problemstillingen, vil vi ta for oss de tre forskningsspørsmålene ut fra det foreliggende datamaterialet og teori. Drøftingsdelen vil presenteres i tråd med forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmål nr. 3 presenteres under punkt 5.3, forskningsspørsmål nr. 2 presenteres under punkt 5.2 og forskningsspørsmål nr. 1 presenteres under 5.1.

5.1 HVILKE ERFARINGER HAR BARNEHAGELÆRERNE OM ULIKE TILTAK?

Forskingsspørsmål 1. *“Hvilke tiltak er barnehagelærere kjent med som kan tilrettelegge/tilpasse for barn med selektiv mutisme?”* fordrer at vi undersøker konkrete tiltak som bedrer situasjonen til barn med selektiv mutisme i barnehagen. Gjennom intervjuene fremkom det ulik kjennskap til tiltak og tiltak som var satt inn. Vi har valgt å vektlegge tiltakene; avdekking, defokusert kommunikasjon, kunnskap, trygghet, smågrupper og vennskap både i resultatdelen og drøftingsdelen.

Vi har valgt å ikke legge vekt på kjønn i masteroppgaven. Uten at vi har lagt til rette for det, har informantene fortalt om 2 gutter og 2 jenter med selektiv mutisme. Informantene viser til at de har erfaringer med at det er flest gutter som har diagnosen, og at det finnes lite informasjon i tilfeller hvor man møter jenter med diagnosen. Intervjupersonene er alle kvinner og vi er selv kvinner. Hvorvidt kjønn er relevant i denne sammenhengen kan absolutt diskuteres, forskjellene

mellom informasjonen vi fikk om de ulike kjønnene kunne vært et aktuelt tema i masteroppgaven. Det ville likevel krevd at vi la til rette for dette i intervjuguiden, noe vi har valgt å ikke gjøre. Problemstillingen spør etter hvordan man tilrettelegger for barn med selektiv mutisme i barnehagen, og vi anser at de store hovedkategoriene knyttet til tilrettelegging, er likt for de ulike kjønnene. Vi har derfor valgt å bare beskrive barna som “barnet” og ikke “jenta” eller “gutten”, da vi ikke ser tydelige forskjeller i beskrivelsene av barna. Likevel velger vi å nevne dette da vi mener at individuell tilrettelegging er viktig, og at kjønn kan spille en aktiv rolle i barnets individuelle behov.

I masteroppgaven får vi kun innblikk i en kortere periode av barnas liv. Oppgaven er begrenset til barnehagen, og vi har derfor ingen utdypet innsyn i hvordan barna har det etter de har forlatt barnehagen. Vi ser likevel at det er viktig med tidlige tiltak for å kunne komme tausheten i forkjøp, før den har fått festet rot i barnet. Ørbeck m. fl, (2013) sitt studie avdekket at de yngste barna i studien profiterte bedre på intervensjon. Noen av intervjupersonene har noe kunnskap om hvordan barna har det i dag, mens flere sitter igjen og undrer seg over hvordan barna håndterer, eller hvordan de skal klare å håndtere voksenlivet. Remschmidt m. fl, (2001) fulgte opp 45 barn i alderen 5-12 år, hvor barna ble henvist i løpet av en periode på 15 år. I oppgaven ser vi at det er ulikt mellom eksemplene på hvilken hjelp de har fått, og hvilke tiltak som har kommet dem til gode. Vi har ikke kjennskap til at noen av barna har hatt noen type for terapi eller behandling. Resultatene fra Remschmidt m. fl, (2001) viste at 39% av de 45 utvalgte var kvitt alle symptomene, 29% utviklet seg betydelig og resten av utvalget hadde vist tegn til bedring, 61% hadde enda utfordringer i hverdagen. Det viser til de store individuelle forskjellene i diagnosen, slik som vi ser gjennom våre intervju. Hvor lenge man har hatt diagnosen vil spille inn på hvor god respons man har på behandling.

Remschmidt m. fl, (2001) viser til at den gjennomsnittlige alderen for når symptomene fremtrer er 3 års alderen. Dette kan ha en naturlig sammenheng med at man forventer at et 3 år gammelt barn behersker noe verbalspråk, og at et totalt fravær av språk kan sette i gang prosesser rundt avdekking av vansken. Språket i seg selv vil da vise seg å ikke være hovedproblemet, men tausheten. Det vi ser er at nok mange av bekymringene for barn med selektiv mutisme vil i første omgang dreie seg om språkutviklingen siden barnet ikke benytter språket i barnehagen.

Ørbeck (2008) viser til at diagnosen kan medføre utviklingsforstyrrelser og lærevansker. Når barnet ikke klarer å gå inn i det sosiale samspillet med andre barn i barnehagen, kan det medføre at barnet blir tilbake satt i sin utvikling. En av de viktigste arenaene for utvikling og læring er i samspill med andre barn. Kristensen (2000) viste til at et så høyt antall som 68,5% av utvalget hadde en utviklingsforstyrrelse. Det fremkommer ingen konkret informasjon om stadfestede tilleggsdiagnoser, men det kan handle om at de ikke har avdekket og at tausheten tar hele fokuset. Intervjuperson 3. viser til at hen mistenkte tilleggsdiagnose hos ene barnet. Dette viser til hvor sammensatt og komplisert selektiv mutisme er. Manassis m.fl (2007) testet i sitt studie barns ulike språkferdigheter, med tre test grupper hvor gruppen med barn med selektiv mutisme kom dårligere ut en gruppen med angstlidelse og en gruppe med samme aldersgruppe som de andre to gruppene.

Kristensen og Torgersen (2002) fant at halvparten av utvalget på 54 barn, viste tegn til kriteriene for kommunikasjonsforstyrrelser. Studiet viser at det var flere gutter enn jenter som hadde utfordringer med kommunikasjonsforstyrrelser. Dette støttes av Manassis m. fl, (2007) som fant samme resultat i sin studie hvor de testet barnas ulike språkferdigheter. De sammenlignet tre ulike grupper med barn, en med selektiv mutisme, en med angstlidelser og en gruppe som bare var i samme aldersgruppe med de andre to gruppene. Alderen på gruppene var 6-10 år. Gruppen med barn som hadde selektiv mutisme kom dårligst ut i forhold til de to andre gruppene i studien.

5.1.1 TRYGGHET SOM TILTAK

I denne masteroppgaven fremkommer det tydelig at et av de viktigste tiltakene er knyttet til barnets opplevelse av trygghet. Skal man kunne komme i posisjon til å kunne tilrettelegge for barnet, og skape en god barnehagehverdag må barnet oppleve seg trygg i barnehagen. Trygghet kan fremmes gjennom ulike mindre tiltak, som må vurderes ut fra barnets individuelle behov. Det må da gjøres kartlegging i forhold til barnets angstfølelse, og hva som kan trigge følelsen og usikkerheten. Intervjupersonene beskriver ulike former for trygghet som ble skapt for barna. I det ene tilfellet var blikket til den voksne nok trygghet til at barnet mestret å leke med andre barn, mens den voksne var på avstand. Barnet beveger seg ut i verden og forsøker å gå inn i samspill med andre. Barnet utfordrer uroen sin med den visshet om at den trygge basen (den

voksne) ikke er langt unna. Bowlby (2005) beskriver at “trygg base” fungerer som en trygg havn, hvor barnet kan seile ut fra havnen og søke andre opplevelser, og returnere for påfyll av kjærlighet, oppmerksomhet og trøst. Den trygge basen kan være flere voksne, eller om så bare én voksen som gir barnet en sterk opplevelse av trygghet. Når barnet starter i barnehagen, er foreldrene den trygge basen, og barnet må derfor lære å finne trygghet i andre voksne. Gulbrandsen (2014) viser til at det utvikles tilknytning mellom barnet og de den anser som nære omsorgspersoner. Det er en prosess, og ikke nødvendigvis noe vi skal anse som en selvfølge. Gjennom denne oppgaven ser vi at flere av barna opplever det problematisk å skulle skilles fra omsorgspersonene, og tausheten som symptom kommer til uttrykk i disse situasjonene. For noen barn tar det tid, og for andre barn går denne prosessen fortere. For at barnet skal mestre å oppleve trygghet uten den trygge basen, må barnet klare å danne et indre bilde av omsorgspersonen selv om den ikke er til stede. Trygg base er en sentral faktor i tilknytningsprosessen til barnet. Intervjuperson 3. viser til at det ene barnet mestret å delta i lek med andre barn, men barnet søkte blikket til intervjuperson og fant trygghet i hen (Bowlby, 2005).

For barn kan tausheten oppleves som en beskyttelse fra omverden og andre menneskers vurderinger. Det kan oppleves som intimt, nakent og avslørende å oppleve at man blir vurdert av andre. Slik som barnet Lebrun (1990) viser til «*Å snakke betyr å gi opp identiteten min*». Intervjuperson 3. viser til at hen følte at det ikke var hens ansvar å ta barnet ut av boblen barnet var i, men å være en trygg person for barnet, enten barnet snakket eller ikke. Hen beskriver observasjon av et barn som var fylt med angst og usikkerhet. Ved å snakke åpner man opp for å bli vurdert av andre, og potensielt irettesatt og kritisert. Ved at tiden går, og barnet støtter seg til tausheten, er det en fare for at tausheten blir integrert og at det oppleves som om en del av barnets uttrykk, personlighet og identitet. Det fremkommer i intervjuene at tausheten hos barna oppleves som veldig dominerende og definerende for barnet. Tausheten får lov til å ta mye plass i tolkningen av barnet. Det er en fare for at barnet utvikler uheldige mestringsstrategier, hvor barnet opplever indre belønning ved å opprettholde tausheten.

Intervjupersonene viser til at de opplever barna som trygge på ulike voksne i barnehagen, men likevel var ikke barna trygge nok til å snakke. Flere viser til at dette handlet om at ansattgruppen var for ustabil rundt barnet, og at barnet opplever for mange krav. Lundahl m. fl. (2012) viser

til at forutsigbarhet og trygghet kan sikres gjennom fast voksenkontakt. Det at den faste voksne kjenner og forstår, er nødvendig for å skape et trygt miljø rundt barnet, som igjen gir mulighet for god utvikling. Derfra kan man gradvis utvide relasjonene til barnet, og trekke støtten etter hvert som barnet mestrer selv.

Yeganeh m. fl, (2003) viser til at barn med selektiv mutisme naturlig vil trekke seg til seg tilbake og unngå sosiale situasjoner. For intervjupersonene var det viktig å trygge barna og ikke presse dem. Intervjuperson 1. problematiserer en av de største utfordringene i møte med barn med selektiv mutisme gjennom å vise til en ustabil ansattgruppe. Hen viser til at avdelingen hadde mange nye vikarer og få ansatte på en stor barnegruppe. Det beskrives som den største utfordringen at det stadig kommer inn nye ukjente voksne, noe som gjør det vanskeligere for barna å føle på trygghet. Intervjuperson 1. sier *“Man trenger trygghet, trygghet, trygghet. (.....) De trenger at det er trygge, faste rammer”*. Anstendig (1999) beskriver sosial fobi som engstelse. Engstelse kan observeres hos barn med selektiv mutisme. Lebrun (1990) viser til at barn med selektiv mutisme kan ha ganske fastlåste bestemmelser, og for barna kan det oppleves umulig å tenke andre løsninger enn å opprettholde tausheten.

5.1.2 SMÅGRUPPER OG VENNSKAPETS ROLLE

Gjennom oppgaven ser vi at flere av intervjupersonene har erfaringer med mindre barnegrupper som konkret tiltak for å trygge barnet. Vi ser ulike erfaringer tilknyttet mindre grupper, som igjen viser til viktigheten av å vurdere individuelle tiltak for det enkelte barnet. Intervjuperson 1. beskriver mindre barnegrupper som hovedtiltaket i arbeidet med barnet. Intervjuperson 1. beskriver at hovedtiltaket som ble satt inn for å støtte barnet, var små grupper. Intervjuperson 1. konkluderer med at tiltaket ble satt inn for å styrke språket til barnet og ikke for å trygge barnet i mindre grupper. Det vises til at tiltaket ble helt feil, da det tok utgangspunkt i en vanske som egentlig ikke var til stede. Omdal (2016) beskriver at barn med selektiv mutisme er avhengig av å bli tett fulgt opp av et kvalifisert spesialpedagogisk personal. Det kan tenkes at ett kvalifisert spesialpedagogisk personal vil kunne sette inn tiltak som kommer barnet til gode. Videre påpeker Omdal (2016) at læreren må justere organiseringen av barnegruppen slik at miljøet kan tilpasses det tause barnets forutsetninger og behov. Barnehagelæreren står i en posisjon hvor hen kan tilrettelegge hverdagen til barnet, gjennom å være bevisst og reflektere

over hvordan barnegruppen er organisert, slik kan man sikre barnets inkludering med de andre barna (Omdal, 2016).

Flere av intervjupersonene viser til at barna har venner, og mestret å snakke med de, intervjuperson 3. sier *“barnet snakket jo med de vennene barnet var trygg på”*. Sitatet viser kanskje til at barn kan delta i samspill som er trygge, men at samspill med andre kan oppleves som angstfylt, og det kan være problematisk å være i samspill og snakke med noen man ikke er trygg på. Omdal & Galloway (2008) viser til at det bør ses på sammenhengen med diagnosen spesifikk talefobi. Dette siden Omdal & Galloway (2008) fant i sin studie av voksne og barn at de tilfredsstillt diagnosekriteriene i DSM-5 for spesifikk talefobi. Vår studie er for liten til å kunne si noe om hvordan tausheten oppleves for barna, og vi er heller ikke i direkte kontakt med mennesker som selv har hatt diagnosen. Det vi ser gjennom vår undersøkelse er at barna viser klare tegn på å være utrygge og redde. Omdal og Galloway (2008) viser til at barn med selektiv mutisme ikke har utpekte problemer med å delta aktivt i samspill med andre barn, så lenge barna får muligheten til å ikke uttrykke seg verbalt..

Intervjupersonene beskriver arbeid i mindre grupper. I gruppene har man sett på sammensetningen av barn og at det var til stede noen som barnet var trygg på. Det at barnet vet at dette er et fast tiltak, vil være med på å skape forutsigbare situasjoner og en forutsigbar barnehagehverdag. For barnet oppleves ikke dette som et aktivt valg å ikke snakke. Gjennom denne masteren har vi sett på flere studier som støtter opp rundt sammenhengen mellom selektiv mutisme og sosial angst. Remschmidt (2001) viser til at selektiv mutisme beregnes som en sosial angstlidelse. Dette gir utslag i at barnet ikke klarer å snakke i sosiale sammenhenger, og benytter tausheten for å unngå sosial interaksjon. Intervjupersonene understreker at det viktigste tiltaket i møte med barn med selektiv mutisme er trygghet. Angsten ansees som så omfattende at barn opplever at det ikke klarer å snakke, tross evnene. Det man kan undre seg over, er hvorvidt man møter barn som man vet har en angstlidelse annerledes enn barn med selektiv mutisme.

Det vises til viktigheten av å overføre de positive relasjonene til barnet til fritidsarenaer. Det er viktig å forebygge ensomhet og isolasjon, skape mestringsarenaer utenfor barnehage og hjem. Nettverk og barnets interesser kan benyttes for å støtte barnet. Lundahl m. fl. (2009) viser til

mindre tilpassede barnegrupper som tiltak. Hvor man inviterer til lek, spill eller arbeidsoppgaver, til forutsigbare fastsatte tidspunkt. Intervjuperson 2. forteller at andre foreldre ikke er informert om utfordringene til barnet. Det kan være med på å skape spekulasjoner, usikkerheter og rykter. Gjennom barnehage og skole skapes sosiale arenaer for barna, noen har med venner hjem og møtes utenfor barnehagehverdagen. Dette er det viktig at barnehagen i samarbeid med foreldrene legger til rette sosiale arenaer utenfor barnehagen, og spesielt for barn med selektiv mutisme. Rammeplanen (Utdanningsdirektoratet, 2017) viser til at inkludering handler om å tilrettelegge for sosial deltakelse. Barnehagen har et ansvar for at alle barn skal kunne delta ut fra sine behov og forutsetninger.

I henhold til PPT-veileder for arbeid med barn med selektiv mutisme, vises det til viktigheten av å oppmuntre til lek og sosial samhandling (Lundahl m. fl, 2009). Intervjuperson 3. viser til mors sorg og frustrasjon over hvor vanskelig det er for barnet å delta i lek. Mor forteller at hun forstår at andre barn ikke ønsker å leke med det barnet som ikke deltar verbalt i leken. For andre barn vil det kompliserte samspillet, og det å leke med barnet med selektiv mutisme vil være vanskeligere enn med andre barn. Når man danner nære vennskap, er det nettopp grunnet de samtalene man har sammen, man forteller hverandre ting som man ikke forteller noen andre, man drar inn i eventyrverdener og sloss med troll og drager. I møte med et barn med selektiv mutisme må det andre barnet kommunisere på en måte som krever mer av barnet, barnet må legge inn en ekstra innsats, og kanskje være kreativ i hvordan man utveksler informasjon. Her trenger barna voksne som støtter opp om samspillet, og hjelper til med alternativ kommunikasjon. Det å inkludere barnet i samspill og lek med andre barn vil være spesielt viktig for barn med selektiv mutisme. Det å stå utenfor fellesskapet, og stadig opplever utfordringer i møte med andre barn og voksne vil kunne øke følelsen av angst. Det er viktig å inkludere og støtte barna i samspill for å forhindre at barnet utvikler sosiale vansker i tillegg til tausheten.

I resultatene fremkommer det informasjon om uenigheter rundt det at barnet med selektiv mutisme støttet seg på andre barn. Noen av barna kommuniserte kun med andre barn, og noen av barna brukte barn som talerør for seg i kommunikasjonen med andre voksne. Diskusjonen rundt dette dreide seg om hvorvidt barnet gjorde seg for avhengig av støtten fra andre barn. Synet på dette kan handle om hvilket formål man ser for seg i arbeidet med barn med selektiv mutisme, om man setter seg som mål at barnet skal snakke fremfor å sette seg mål om at barnet skal være trygt i barnehagen kan dette være en naturlig diskusjon. Vi mener at målet må være

å først og fremst trygge barnet. Lundahl m. fl, (2012) viser til at det er viktig å unngå over-avhengighet av enkeltpersoner, men at dette er en balanse som barnas nærmeste må vurdere. Utfordringen med en over-avhengighet vil være at barnets angst og redsel kan trigges av at det andre barnet ikke er til stede. Det er også viktig å gjøre kontinuerlige vurderinger over den rollen og det ansvaret det andre barnet får, og vurdere hvordan det påvirker barnet.

Intervjuene viser til fantastiske vennskap mellom andre barn og barna med selektiv mutisme. Det er viktig at vi som voksne ikke underkjenner viktigheten av disse forholdene. Resultatene viser til andre barn som inkluderer, passer på og hjelper barnet. For ene barnet ble to bestevenner talerøret. Det vises også til et barn som hadde egne utfordringer, og som opplevde mye negativ tilbakemelding som en av de som tok ansvar for barnet med selektiv mutisme. Dette viser til hvordan barn med utfordringer kan være til støtte for hverandre. Det å støtte denne relasjonen vil være i tråd med rammeplanens (2017) formål om utvikling av nestekjærighet, empati, og inkludering.

Mindre barnegrupper har blitt fremmet med formål om å øke trygghetsfølelsen til barnet. Det vises i intervjuperson 1. tilfelle at tiltaket var rettet mot en annen utfordring enn tausheten, men at det oppleves som positivt for barnet. Det beskrives at man opplevde betydelig forbedring det første året i barnehagen. Effekten av mindre barnegrupper som tiltak for å minske angst hos barnet med selektiv mutisme har gjennom oppgaven blitt belyst fra ulike perspektiver og erfaringer. Dette viser til viktigheten av å se til hvert enkelt individ med diagnosen, og vurdere hensiktsmessige tiltak. Intervjuperson 3. viser til hvordan mindre barnegrupper var et tiltak som opplevdes som økt fokus mot barnet, og at barnet følte på økt press.

Intervjupersonene beskriver bruk av mindre grupper for å jobbe konkret med å trygge barnet. Gruppene har vektlagt leken og spilt forskjellige spill, i denne sammenhengen har det blitt understreket viktigheten av å ikke presse barnet til å snakke. De skaper rom for at barnet kan peke eller benytte seg av kroppsspråket. Kristensen (2005) viser til at ikke alle barn nødvendigvis har problemer med å være i samspill, men at for noen kan det oppleves som utfordrende. Lundahl m. fl, (2009) viser til at det er viktig å oppmuntre barnet til sosial lek og samhandling med jevnaldrende. Rollemodeller kan være med på å hjelpe barnet inn i leken. Det bør unngås å gjøre tausheten til et stort tema, og at andre barn legger fokus på dette. Derfor er

det viktig å ha samtaler med barnegruppen, for å støtte barnet, og gi de andre barna en forståelse av hvorfor det er vanskelig å snakke. Vi ser gjennom resultatene viktigheten av nære vennskap for å hjelpe barnet inn i samspill, for å tilegne seg sosial kompetanse, samt for at språkutviklingen ikke skal stagnere. Intervjupersonene beskriver vennskap til tross for tausheten.

Kristensen (2000) beskriver at barn med selektiv mutisme viser noen felles trekk i temperament og atferd. Ved tilleggsspørsmål til intervjuperson 3. om hen opplevde at de klarte å få et helhetlig bilde av hvem barnet var, og barnets personlighet svarer hen: *“de er jo så talende i sin taushet, på en måte. Det blir jo det som definerer barnet (.....). Utrolig hvor stor plass barn kan ta i sin stillhet (...). Det blir veldig stort”*. Bergman m. fl, (2002) viser til at det er de sosiale og akademiske ferdighetene hos barnet som blir hemmet av tausheten. Dette viser til viktigheten med å tidlig sette inn tiltak før barnet begynner på skolen og møter større krav. En del av læringen i barnehagen handler om sosiale ferdigheter, det å lære å forhandle i konflikter, hvordan dele, vise empati overfor andre barn, undring over store livsspørsmål osv, vil bli sterkt hemmet av mangel på evne til å kommunisere gjennom bruk av verbalspråket. Kristensen (2005) viser til at barn med selektiv mutisme har utfordringer knyttet til læring og det å etablere vennskap. Det fortelles om eldre barn som inkluderte og tar ansvar for barnet med selektiv mutisme, og vi ser viktigheten av andre barn gjennom alle våre intervju. Andre barn kommer i en særskilt posisjon til barnet med selektiv mutisme, og kan i noen tilfeller bli barnets talerør. Det å arbeide med barnets relasjon til andre barn vil være viktig for barnets opplevelse av trygghet. Det beskrives utarbeiding av dagtavler for å tydeliggjøre planer for dagen, og skape forutsigbarhet for barnet. En visuell dagsplan med bilder og klokkeslett kan bidra til å gi barna en følelse av kontroll. Ting som blir sagt i fellesskap kan for barn med stor angst være vanskelige å få med seg, og de kan ha behov for å få beskjeder presentert i små doser (Lundahl m. fl, 2009).

I enkelte av intervjuene får vi informasjon om hvordan overgangen fra barnehage til skole ble for barnet med selektiv mutisme. Intervjuperson 3. viser til at etter barnet sluttet i barnehagen og begynte på skolen, ble det satt sammen vennegrupper. Disse mindre grupper har vært satt sammen bevisst, med hensyn til at barnet med selektiv mutisme ble plassert i en gruppe hvor barnet kjenner, og er trygg på både barn og voksne. Lebrun (1990) sier at kontroll er viktig for

barn med selektiv mutisme, de blir ofte beskrevet som perfeksjonister, og er opptatte av å gjøre alt korrekt. Intervjuperson 3. kjenner til dette tiltaket fordi hen har barn i samme klasse, og barna ble plassert i samme vennegruppe, spesielt fordi intervjuperson 3. har god relasjon til barnet. Intervjuperson 3. forklarer: *“fordi barnet kjente meg, er trygg, så selv om barnet ikke snakker til meg, så nikker barnet og følger med, altså på en måte gir barnet noe tilbake igjen”*. Opplevelsen av å måtte gjøre alt korrekt og tausheten, kan henge sammen. Det å snakke, og bli vurdert av andre, kan oppleves for sårbart, og at man føler at man åpner opp for å bli kritisert av andre. Tausheten kan oppleves som eneste måten kontrollen opprettholdes. Gjennom en dag fylt med stress, kan barnet ende opp med å opprette uheldige mestringsstrategier, ved at de mestrer å holde tausheten ved like gjennom hele dagen. Dette utløses med en indre belønning for at tausheten har blitt opprettholdt. Det er likevel viktig å huske at tausheten ikke er et aktivt valg hos barnet, men noe barnet føler seg tvunget til å opprettholde.

5.1.3 DEFOKUSERT KOMMUNIKASJON SOM METODE

Oppgaven viser til defokusert kommunikasjon som et verktøy for å skape trygghet for barn med selektiv mutisme. Defokusert kommunikasjon gir helt klare retningslinjer for hvordan møte barn med diagnosen. I resultatene fremkommer det at alle intervjupersonene har erfaring med prinsippene i defokusert kommunikasjon, selv om ikke alle nevner begrepet konkret. Defokusert kommunikasjon beskrives som et verktøy for å redusere angst og ubehag hos barnet i sosiale situasjoner. For enkelte ble de introdusert til defokusert kommunikasjon av PPT, mens andre viser erfaringer hvor PPT råder en til å “tvinge” barnet til å snakke. Man skulle da si til barnet *“vi vet at du kan snakke, da sier du at du må gi meg noe mer å drikke, du må si det”*.

Barn med selektiv mutisme bruker verbalspråket hjemme og forstår hva de voksne formidler. Det er viktig å ta i betraktning når man møter barn med selektiv mutisme, selv om barna ikke svarer så forstår de hva den voksne formidler. Med dette som grunnlag kan man forsøke å danne en felles forståelse med barnet. Det vises til hvordan det er ulik oppfattelse blant de ansatte i situasjoner barnet mestret å snakke. Det beskrives et eksempler hvor ansatt sier *“men barnet snakker når jeg er i nærheten”*. Intervjuperson 3. viser til at dette ikke stemte, men at barnet snakket hvis barnet ikke bemerket seg at andre voksne var til stede, eller at andre voksne hørte på. “Kommunikativ handling” viser til at kommunikasjonen er preget av likeverd, åpenhet,

gjensidighet og felles forståelse. Barn med selektiv mutisme trenger å vite at den kommunikasjonen de deltar i er trygg og forutsigbar. I et av tilfellene vises det til at det første rådet de fikk av PPT var at man ikke skulle gi seg før barnet svarte. Dette strider med Habermas (1984) kommunikative handling. Den beskriver kommunikasjon ikke bare som formidling av tanker og følelser, men at det er grunnlaget for all interaksjon. Det å tvinge barnet til å snakke er ikke i tråd med Habermas (1984) teori om den kommunikative handling, hvor fokuset skal legges på felles forståelse. Tvang viser til at man ikke forstår barnets situasjon, eller evner å ta barneperspektivet. Det å skape en felles forståelse sammen med barn med selektiv mutisme vil være særlig viktig for å skape en trygg barnehagehverdag.

Intervjupersonene forteller om ulike situasjoner hvor det har blitt gitt stor oppmerksomhet til øyeblikk hvor barnet har mestret å snakke. Det vises til at barna har negative reaksjoner på den plutselige oppmerksomheten, og at barnet blir satt ut av disse episodene. Det man risikerer med disse spontane reaksjonene, som setter søkelys og oppmerksomhet direkte på barnet, er at den fremgangen barnet har utviklet nullstilles. I tråd med PPTs veileder (Lundahl m. fl, 2009) vises det til fire hovedpunkter i defokusert kommunikasjon. Dette handler i stor grad om å ikke formidle kommunikasjon direkte mot barnet, men heller vinkle kommunikasjonen. Dette kan være å regulere eget kroppsspråk, hvor man fokuserer på aktiviteten i større grad enn barnet. Den voksne skal benytte åpne og undrende spørsmål, og engasjere seg i tema som barnet er opptatt av. Om den voksne opplever at barnet ikke svarer, skal ikke dette legges fokus på, og dialogen skal fortsette selv om barnet ikke deltar verbalt. I intervjuene fremkommer det dårlige erfaringer ved å presse barnet til å snakke. I det ene tilfellet vises det til at barnet begynte å snakke igjen, og at man antok at det som fungerte var at man snakket til barnet som om at man faktisk hadde en samtale, noe som er i tråd med rådene i PPTs veileder. Det er også viktig at de voksne er bevisste sine egne reaksjoner i møte med tausheten. Tausheten kan oppleves triggende og provoserende. Det er viktig at den voksne er bevisst hva barnet vekker, og tar et oppgjør med disse følelsene. Vi som voksne har ansvar for relasjonene med barn, også de relasjonene som er utfordrende (Lundahl m. fl, 2009).

Det fremkommer i resultatene fra intervjuene at enkelte av barna sluttet å snakke med mennesker de tidligere hadde snakket til når relasjonen fikk avstand. Eksempelet som vises til er et barn som snakket til en voksen i barnehagen, men sluttet i det barnet begynte på skolen.

Det vises til konkret eksempel hvor man møter barnet sammen med venner, og man hører at barnet slutter å snakke så snart voksne kommer i nærheten. Intervjupersonen forteller at en snakket til alle tre barna som om de var en, og viser til at foreldrene har understreket at dette er viktig. Her vises det til viktigheten av at man ikke gjør en stor sak ut av det om barnet svarer. Intervjuperson 3. viser til at foreldrenes ønske var at man uansett hva barnet svarte skulle man oppføre seg så normalt som mulig, intervjuperson 3. sier "*Er det ikke det alle ønsker seg? Å være normale? Passe inn?*". Dette er i tråd med Omdal (2016) som viser til at det å ha direkte øyekontakt med en voksen kan for et barn med selektiv mutisme oppleves som for intens.

Intervjupersonene beskriver leken som et hjelpemiddel og verktøy i møte med barn med selektiv mutisme, og Omdal (2016) fremhever leken som en defokusert virksomhet. Omgivelsene, voksne og andre lekekamerater kan gjennom leken bli mer ufarlig, fordi det ikke er en "selv" som snakker. Gjennom aktiv bruk av lek og rollelek kan man øke kommunikasjonen til barn med selektiv mutisme. Intervjuperson 3. forteller om det tilfellet hvor en observerte at barnet ikke likte å leke, hen sier "*barnet likte ikke å leke, barnet likte virkelig ikke rollelek*". Intervjuperson 3. viser til at barnet ikke snakket i like stor grad til andre barn, og det å delta i leken var for krevende. Det å skulle være delaktig i rollelek vil kreve at man tar del i regisseringen og organiseringen av leken. Intervjuperson 3. sier "*nå er du den, også må du gå inn, og så må du. Selv om du bare skal være katt, så må du mjaue*". Barnet begynte å snakke igjen, det skjedde nesten like plutselig som barnet sluttet. Intervjuperson 3. beskriver at det opplevdes som at barnet skulle ta igjen for all leken barnet hadde gått glipp av. Rolleleken var plutselig interessant, og barnet gikk bestandig rundt med en bøtte på hodet og lekte politibetjent. Barnet inntok da regi og en tydelig rolle, hvor barnet tok tilbake sin egen stemme for fullt. Dette viser til at barnet har et ønske om å delta, men strekker bare ikke og tausheten holder barnet "fanget".

Intervjuperson 1. beskriver at man forsøkte å skape gjensidig forståelse gjennom å prate rundt tema, og ikke være direkte, ikke kreve og forvente svar, men la barnet delta og være med uten de direkte kravene. Det å skape trygghet og trygge situasjoner vil gi barnet mulighet til å kunne kommunisere, ut fra sine forutsetninger. At barnet opplever å bli møtt og forstått i barnehagen, kan minske barnets følelse av uro og angst. Som Habermas (1984) teori viser til har alle talehandlinger et innebygd formål om å oppnå gjensidig forståelse. Habermas (1984) viser til

at mennesket besitter nødvendig kommunikativ kompetanse for å kunne oppnå gjensidig forståelse, men felles språklige fundament må være til stede for å oppnå dette.

5.1.4 KUNNSKAPSLØFT OG KOMPETANSE SOM TILTAK

Intervjupersonene fremmer viktigheten av informasjon og kunnskap om diagnosen som tiltak. Informasjon må komme både foreldre og ansatte i barnehagen til gode. Det som fremkommer som den største utfordringen er at man ikke vet hva man skal gjøre for å hjelpe barnet. I vår oppgave ser vi tydeligheten av at barn med selektiv mutisme trenger trygghet og må ikke pålegges tvang til å snakke. Risikoen for at tausheten integreres i møte med voksne som ikke har kunnskap er stor, det å møte på en voksen som presser og pålegger barnet angst og skam vil potensielt være skadelig. Det er ikke gjort noen konkrete studier av omfanget av selektiv mutisme i Norge (Omdal, 2016). Steinhausen & Juzi (1996) regner med at tilstanden rammer mindre enn 1% av befolkningen. Erfaring er en viktig del av det å vite hvordan man skal møte barn med selektiv mutisme, og kunnskapen til hjelpeapparatet vil naturlig nok prege fagpersonene som møter barn med selektiv mutisme. Intervjupersonene hevder at det viktigste tiltaket er kunnskap til kommunen og de ansatte i barnehagen. De etterspør konkret kunnskap om hva man skal gjøre og hva man ikke burde gjøre.

De beskriver videre at den største utfordringen i barnehagen er at det er mange barn og få voksne. Det oppleves at barn med selektiv mutisme blir litt borte i hverdagen. I barnehagen er det mange barn som er forskjellige og mange som tar sin plass innad i barnegruppa. For et barn som ikke prater eller viser sin stemme, uttrykker intervjupersonene at det er lett for at disse barna blir usynlige. Dette må man være bevisst gjennom hele barnehagehverdagen, og man må vurdere ulike metoder for å inkludere barna inn i fellesskapet.

Intervjuperson 3. viser til at hen mener tiltak burde gå automatisk, både før og etter barnet får diagnosen. Hen mener at man ikke må vente til BUP har satt diagnosen, og viser til *“hvis du har et barn som slutter å snakke, så er det i seg selv alvorlig. Da kan du godt få hjelp med en gang.”*. Omdal (2016) støtter dette, og viser til at sein henvisning kan øke barnets opplevelse av stress. Barnet utsettes stadig for situasjoner som kan utløse mutismen, som i situasjoner hvor

andre forventer at barnet skal bruke verbalspråket for å kommunisere. Det vil i tillegg være vanskelig å hjelpe barnet jo lengre tid det går før tiltakene settes inn. Johnson & Wintgens (2013) viser til at desto lengre barnet opprettholder taushet knyttet til konkrete situasjoner, desto vanskeligere vil det være å oppløse tausheten.

Intervjuperson 1. viser til hvordan hen i ettertid har tenkt at hen burde gjort mye mer, for å bedre situasjonen til barnet, og opplevde en følelse av mangel på kompetanse og kunnskap om diagnosen. Intervjupersonene ønsket seg bedre informasjon, og lett tilgjengelig litteratur. Intervjupersonene opplevde stort behov for kunnskap rundt diagnosen selektiv mutisme. Intervjuperson 3. sier *“Altså hadde det vært mer kunnskap om det, så hadde det hjulpet en god del, det og. Selv om det ikke hadde kurert en selektiv mutisme”*. Det beskrives at kunnskap og informasjon blir brukt som et tiltak til barnehagen. Det blir beskrevet manglende kompetanse og kunnskap hos samarbeidspartnere, både PPT og BUP. Samarbeidspartnerne ga selv uttrykk for at de hadde lite kunnskap om selektiv mutisme. Intervjuperson 3. beskriver gjennom intervjuet sitt, to barn med 15 år mellomrom. Intervjuperson 3. opplever fremdeles mangel på kunnskap og opplevde at en selv hadde mer kunnskap enn de fleste hen jobbet med.

5.1.5 TIDLIG AVDEKKING SOM FOREBYGGENDE EFFEKT

Dette delkapittelet vil vise til viktigheten av tidlig avdekking av selektiv mutisme. Gjennom teori og resultatene ser vi hvor alvorlig tilstanden kan utvikle seg, om barnets taushet opprettes over lengre tid. Det å komme diagnosen i forkjøpet kan være svært vanskelig, spesielt om man ikke har forkunnskaper om diagnosen. Vi anser det her som viktig å se til diagnosen i sammenheng med både sosial angst og spesifikk fobi, og symptomene på disse tilstandene. Symptomene vil og kan være like, og om man har kunnskap om de ovenfor stående diagnosene, kan dette være overførbart til avdekking av selektiv mutisme. Viktigheten av å også se de stille barna, som trekker seg unna, som ikke vil delta i leken, eller synge høyt må tydeliggjøres. Vi må agere i lik grad på disse barna, som de barna som tydelig verbalt og kroppslig viser oss sine utfordringer.

Intervjupersonene forteller at deres bekymringer for barnets taushet startet umiddelbart etter at den totale tausheten startet. Lundahl m. fl, (2012) viser fra sin undersøkelse at barn med unormal taushet statistisk sett ikke blir henvist til PPT eller BUP før rundt 6-7 årsalderen. Selv om det var tydelig bekymring for tausheten blant intervjupersonene, virket det å være ulikt hvor fort tilfellene ble henvist til PPT/BUP. Kristensen (2005) viser til at symptomene på selektiv mutisme kan være til stede tidligere enn dette, selv om barnet ikke får diagnosen før nådd skolealder. Det fremkommer gjennom intervjuene en dominerende holdning innad i småbarnsavdelingene, hvor det tenkes at barnet er for liten, og man kan heller vente å se. Usikkerhetene er i stor grad knyttet til barnets språkutvikling, og hvorvidt utfordringer tilknyttet språket kan være årsaken til tausheten. Om man ser til forsinket språkutvikling i stedet for selektiv mutisme, vil man i større grad tenke at vansken “går seg til”, men det man risikerer da er at tausheten får tid og mulighet til å integrere seg.

Lundahl m. fl, (2012) viser til en endring på feltet hvor man ser at mange tar kontakt når barna er omkring 2-3 år, dette samstemmer med resultatene som viser til at tausheten hos barna blir oppdaget rundt omtrent samme alder. Det å avdekke tausheten i tidlig alder viser ikke nødvendigvis til at barna kommer ut av tausheten. Av de fire tilfellene vi får informasjon om i intervjuene har 50% av barna enda store vansker med tausheten. Vår oppgave har for liten empiri til å kunne konkludere med noe, men det gir oss en indikasjon på at tilfellene er individuelle. Standart & Le Couteur (2003) viser til at det er oppdaget en høyere forekomst av selektiv mutisme i skole enn i klinisk baserte utvalg, men Omdal (2016) viser til at diagnosen i seg selv kan antas å være underrapportert. Noen av intervjupersonene viser til at det ble gjennomført en TRAS-kartlegging, hvor det ble avdekket store hull i barnets språkferdigheter. Dette ble brukt som grunnlag for å henvise til PPT og for å få fortløp i prosessen.

Intervjupersonene forteller om foreldre som er fortvilte, og som ikke har kjennskap til tausheten før barnehagen adresserer det. Foreldre viser filmer av barna som snakker hjemme, for å vise at barnet kan. Det er omdiskutert hvorvidt selektiv mutisme kan betegnes som en barnepsykiatrisk tilstand. I avdekkingen av selektiv mutisme vil det være viktig å utelukke andre diagnoser, og det vil være viktig å se på årsaksforhold for tausheten. Er det slik at det finnes andre årsaker til tausheten enn selektiv mutisme, må dette utelukkes før det settes en

diagnose. Intervjuperson 3. beskriver at hen følte på at “*det er noe med barnet*”, og at det var vanskelig å få et helhetlig bilde av barnets utfordringer. Flere av intervjupersonene uttrykker bekymringer for komorbide vansker hos barna, uten at det vises til at dette ble avdekket.

Intervjupersonene beskriver at tausheten kom nok så plutselig, og at man derfor anså tilfellene som ganske alvorlige. Tause barn risikerer å bli usynlige, og i en stor barnegruppe kan det være vanskelig å avdekke hvor omfattende tausheten er. ICD-11 viser i sin definisjon av selektiv mutisme at tilstanden er preget av konsekvent selektivitet i å snakke. Dette innebærer at barnet innehar tilstrekkelig språkkompetanse, men ikke klarer å snakke i andre sosiale sammenhenger. Det fremkommer i intervjuene at når et barn slutter å snakke er det i seg selv alvorlig, og at tiltak må igangsettes raskt. Wergeland (1979) viste til viktigheten av tidlige tiltak for å forebygge alvorlighetsgraden av selektiv mutisme for å forhindre at tausheten blir for integrert. Det vises til at behandling bør foregå i barnets naturlige miljø, spesielt siden det er på disse arenaene (barnehagen) at tausheten oppstår. Bjørnsrud & Nilsen (2020) støtter dette ved å vise til tidlig innsats, som handler om å legge til rette slik at alle barn får en tilfredsstillende læringsutvikling og støtte. Det er viktig å kunne komme diagnosen i forkjøpet, og forebygge at det oppstår ytterligere vansker hos barna. I noen av tilfellene beskrevet gjennom intervjuene har tausheten blitt alvorligere, barnet snakker med færre personer, og har store utfordringer i overgangssituasjoner.

Felles for informasjonen fra intervjupersonene er at tausheten for barna var særlig knyttet til barnehagen. Noen av barna snakket med andre barn, eller benyttet seg av andre barn som talerør. Omdal (2016) bekrefter dette og viser til at barn med selektiv mutisme ofte har en venn eller en barnehageansatt de klarer å snakke til. Noen barn benytter seg av kroppsspråk, gester, nikk, peking eller lignende, mens andre barn hadde begrenset bruk av kroppsspråk. I noen av tilfellene var barna passiv i kommunikasjon, mens andre er aktiv med kroppsspråk, nikker, peker og er delaktig i samtalen. Det vises til at man kunne observere kroppsspråket til barnet, og forstå hvilket sinnelag barnet var i. Det fortelles at barna deltar aktivt i samspill, hvor man drar eller dytter borti voksne og nikker, viser en del ansiktsuttrykk og smiler. Det fremkommer ikke informasjon om at barnet benytter seg til alternativt supplerende kommunikasjon eller tegnspråk/tegn til tale. Det ble heller ikke vist til at barna fikk mulighet til å kunne støtte seg på

tegnspråk/ASK. Omdal (2016) viser til selektiv mutisme er atferd som skiller seg fra den type taushet som man vanligvis kan observere når barn befinner seg i ukjente situasjoner eller med ukjente personer. Tausheten må være konsekvent, og være til stede over tid.

Flere av intervjupersonene informerer at for foreldrene var tausheten som oppsto i barnehagen ukjent. For flere ser vi at tausheten var direkte forbundet til barnehagen, mens for andre var det i ukjente sosiale arenaer hvor tausheten oppsto. Foreningen for selektiv mutisme (2022) viser til viktigheten tilknyttet tidlig avdekking av selektiv mutisme. De viser til at det er spesielt viktig akkurat fordi foreldre sjeldent er bekymret for barnet, all den tid barnet benytter verbalspråket som vanlig hjemme. Ved avdekking av andre vansker har ofte foreldrene en egen bekymring, og opplevelsene mellom foreldre og ansatte i barnehagen skrider ikke i så stor grad som de gjør med selektiv mutisme. Som flere av intervjupersonene viser til var tausheten ukjent for foreldrene.

Intervjupersonene gir ingen utdypet beskrivelse av foreldrene, men flere har erfaring med foreldre som er stille og tilbakeholdne, samt foreldre som er flerspråklig. Kristensen & Torgersen (2001) avdekket i sin undersøkelse høyere forekomst av tegn til skyhet og sosial angst hos mødre og fedre til barn med selektiv mutisme. Dette ble vurdert opp mot kontrollgruppen med foreldre som ikke hadde barn med selektiv mutisme. Resultatene viste til en markant forskjell mellom foreldrene som hadde barn med selektiv mutisme, og foreldrene med barn uten selektiv mutisme. I henhold til dette kan en konkludere med at det er en tydelig sammenheng og risiko for å utvikle selektiv mutisme, dersom foreldrene har hatt selektiv mutisme, sosial angst, eller markert sjenanse. Det fremkommer informasjon om foreldre som er tilbakeholdne og stille, men det vises ikke til at det blir gjort konkrete vurderinger om hvorvidt foreldrenes atferd påvirker barnet. Andre viktige faktorer for å avdekke selektiv mutisme er å undersøke hvordan innvirkning tausheten har i barnehagen, og vurdere hvordan tilstanden påvirker barnet negativt. Barn kan vise symptomer som på at de er ekstremt knyttet til foreldrene, ekstremt sjenert, og barnet tar ikke kontakt med andre individer (sosial isolasjon). Intervjuperson 3. gir eksempel på hvor alvorlig rammede tausheten er med å vise til at barn med selektiv mutisme tisser heller på seg, enn å be om hjelp til å åpne buksa sin. Det kan være slik at barnet har store emosjonelle utbrudd, ingen av informantene har gitt oss informasjon om en slik problematikk (Lundahl m. fl, 2012).

Ørbeck (2008) viser til at tospråklighet kan være en sårbarhetsfaktor for å utvikle selektiv mutisme. Intervjuperson 1. hadde erfaring med et barn på 3 år, som ble betegnet som tospråklig, men som egentlig ikke hadde snakket norsk før barnet kom i barnehagen. Barnehagen vurderte derfor først om barnet hadde sen språkutvikling. Kriteriene i DSM-5 tilsier at diagnosen selektiv mutisme ikke kan settes på barn som har en annen flerspråklig bakgrunn, og som ikke kommuniserer med andre i det nye landet. Intervjuperson 3. viser til at det ene barnet hen hadde erfaring med var tospråklig. Barnet kom ikke fra en flyktningfamilie, og hadde dermed ikke opplevd noe dramatisk eller opplevd krig, og barnets morsmål var engelsk. ICD- 11 understreker viktigheten av å ta kulturperspektivet i betraktning i møte med barn med flerkulturell bakgrunn. Det innebærer at man anerkjenner kulturer som er nærstående den norske kulturen. Kunnskap viser at det å være flerkulturell er en sårbarhetsfaktor i mange sammenhenger, uavhengig av hvilken kulturell bakgrunn man har. Det vises her til i ICD-11 at man ikke bør konkludere med diagnosen om det eksisterer et høyt nivå av skambaserte følelser, som kan være knyttet til kultur. Dette viser til viktigheten med godt samarbeid med foreldre, og god kunnskap om ulike kulturer. Det innebærer at man kartlegger rundt barnets kultur, hvilke skikker familien er opptatt av, tros bilde og lignende. Utfordringen med diagnosesystemets strenge kriterier knyttet til barn som er flerspråklig er at mange barn på bakgrunn av det har blitt ekskludert fra forskning angående selektiv mutisme, det ble derfor viktig for oss å inkludere de i vår studie (Toppelberg m. fl, 2005). Elizur & Perednik (2003) studie viser til en hyppigere forekomst av selektiv mutisme blant barn og unge med flerspråklig bakgrunn. Det kan tenkes at det er mørketall rundt flerkulturelle og barn med selektiv mutisme. Det beskrives studier der forekomsten av selektiv mutisme blant barn med flerspråklig bakgrunn er hyppig, samtidig er diagnosesystemets strenge kriterier gjort til at barn med flerspråklig bakgrunn har blitt ekskludert fra forskning.

Gjennom masteroppgaven ser vi ikke noen klare markante forskjeller mellom de enspråklige barna og de tospråklige. Dette kan nok ha med antall barn, og at man hadde måttet intervju et høyere antall for å kunne konkludere med fellestrekk sett til det flerspråklige perspektivet. Det vil nok vises gjennom denne oppgaven, hvor man ikke kan se markant forskjeller mellom symptomene og utbredelsen av diagnosen hos de ulike barna. Toppelberg m. fl, (2005) viser til at det er flere faktorer i barnets miljø som kan utløse selektiv mutisme. Manglende støtte i læringsprosessen hvor barn skal lære et nytt språk kan være sårbarhetsfaktorer, fordommer mot barnets kultur og språklige bakgrunn, høye krav- både kognitive og lingvistiske kan være eksempler på utløsende faktorer for flerspråklige barn. Intervjuperson 3. forteller om hvordan

andre barn hjalp barnet, og viser til at barnet var litt mørkhudet. Da kunne andre barn si ifra om at barnet ikke var muslim tross sin mørke hud, og skulle ikke ha halal pølse. Resultatene fra Steinhausen & Juzi (1996) hvor de undersøkte 100 barn, hadde 28% av barna immigrant bakgrunn, hvorav de igjen avdekket at 0.76% hadde selektiv mutisme. Forekomsten av barn med selektiv mutisme med immigrant bakgrunn var 2,2%. Her ble studiet utført ifølge kriteriene til DSM-5, hvor man så at barna hadde gått tilstrekkelig på skolen, og man kunne utelukke at tausheten var forårsaket av mangel på språkferdigheter. Intervjuperson 1. forklarte at de forsøkte å kartlegge barnets morsmål, gjennom spørsmål til foreldrene. Barnet hadde vært utsatt for veldig lite norsk når barnet begynte i barnehagen, de så ikke noe poeng i å kartlegge norsk språket da det var for lite grunnlag. Intervjuperson 1. opplevde det som et dilemma å spørre foreldrene om hvor god barnet var på morsmålet, og at hen aldri har hørt foreldre beskrive at barnet har bekymringsfull språkutvikling på morsmålet. Intervjuperson 1. sier likevel at i dag ville hen ha stilt bedre spørsmål og ikke bare "*er barnet god på morsmålet?*". Vi har ikke kjennskap til om det ble vurdert å benytte morsmålsassistent for å kartlegge barnets språk og/eller for å støtte barnet.

Intervjuperson 3. viser til at barnet har hatt vanskene i 5 år, og at hen bare opplever at barnets tilstand forverrer seg. Toppelberg m. fl, (2005) viser til at det å skulle diagnostisere tospråklige barn med selektiv mutisme er mer krevende enn barn som er enspråklige. Intervjuperson 1. viser til at de i starten ikke klarte å tydelig se hva som var barnets utfordring, de var usikre på om det var knyttet til utviklingshemning eller noe annet. Da de valgte å henvise til PPT henviste de med bekymring tilknyttet barnets språkutvikling. Toppelberg m. fl, (2005) viser til at det eksisterer høyere forekomst av selektiv mutisme blant flerspråklige barn, tross de strenge kriteriene i diagnosemanualene. Dette viser til at det å være flerspråklig er en sårbarhetsfaktor for å utvikle selektiv mutisme. Utfordringen med flerspråklige barn er at de kan lett bli oversett, da deres taushet forbindes med mangel på tilstrekkelige kunnskaper om det nye språket og ikke selektiv mutisme (Ørbeck, 2008).

For å kunne avdekke selektiv mutisme ser vi at man må kunne gjenkjenne tegnene og symptomene. Det første, og mest åpenbare symptomet er at barnet snakker hjemme, men ikke i barnehagen. Dette krever at barnehageansatte avdekker tausheten, da foreldrene ikke nødvendigvis havner i situasjoner hvor tausheten oppstår eller er markert. Slik informantene gir informasjon om er ikke foreldrene kjent med tausheten eller omfanget. I henhold til ICD-11

skal tilstanden være i minst en måned for at man kan vurdere å fastsette diagnosen. Det at man må vente en måned for at diagnosen skal fastsettes ser vi ikke fremkommer som en utfordring i intervjupersonenes beskrivelser. En henvisning vil uansett ta tid og behandlingstiden er lang. Aktuelle tiltak vil kanskje ikke bli vurdert før det har gått en måned. I et av tilfellene vises det til at det gikk to måneder fra barnet begynte i barnehagen frem til barnehagen valgte å henvise barnet videre. Dette kan ikke ansees å være normen for henvisninger i diagnosen, men viser til muligheten om å handle hurtig. Sammenlignet med andre diagnoser, hvor man kanskje bruker lengre tid på å kartlegge vanskene, er dette et eksempel på en rask henvisning. Intervjuperson 1. forteller at barnet søker kontakt i større grad med barn, enn med voksne, og konkluderer med at barnet føler det som tryggere. Intervjuperson 2. forteller at de hører at barnet snakker med andre barn i barnehagen, men konsekvent ikke voksne. Omdal (2016) viser til at selektiv mutisme opptrer ulikt og er individuelt, og tausheten vil derfor opptre ulikt. Dette støttes av Kristensen (2005) som viser til at man gjerne ikke ser symptomene før barnet begynner i barnehage eller skole. Cohan m. fl, (2006) viser til at det er ulike årsaker til hvorfor barn utvikler selektiv mutisme, og at det kan være vanskelig å si noe nøyaktig om årsakssammenheng. Diagnosens tilstand kan være preget av flere ulike faktorer.

Det fremkommer ulike trekk ved barnas atferd. I ett enkelt tilfelle er man bekymret for komorbide vansker, og tausheten blir derfor ikke vektlagt i like stor grad. Barnet griset med maten, snudde brødsdiven opp ned, kjente på pålegget noe som forbinder atferden med yngre barn. Ute på tur i skogen var barnet veldig ustødig, og barnehagen var bekymret for utfordringer med barnets balanse. Det vises til at det var mange småting som ikke stemte. Kristensen (2002) viste i sin studie at barn med selektiv mutisme kan ha utfordringer når det gjelder motoriske ferdigheter. Dette støttes av Omdal (2016) som mener at motoriske ferdigheter underutvikles, eller reduserer grunnet barnets opplevelse av press for å prestere verbalt, og at kroppen til barna stivner av frykt.

Dummit m. fl, (1997) studerte 50 barn med selektiv mutisme. Alle barna viste tegn på sosial fobi eller en unnvikende personlighetsforstyrrelse. Black & Uhde (1995) fant at 97% av barna i deres studie tilfredsstilte kriteriene for sosial fobi. Intervjuperson 3. viser til sin kjennskap at diagnosen selektiv mutisme er nært knyttet angst. Det kan tenkes at det har skjedd en endring

av synet på selektiv mutisme. Intervjuperson 3. viser til at man nå ser på barna som sårbare og at man tar tausheten i større grad på alvor. Nye situasjoner vil øke angsten for barna, og intervjuperson 3. viser til at det viktigste tiltaket for å forebygge, er å trygge barna. Omdal & Galloway (2008) påstår at det ikke finnes noe bevis for å forstå tausheten hos barn som et uttrykk for sosial angst. De fant at barna ikke hadde utpekte vansker rundt deltakelse i aktivt samspill med andre barn og voksne, så lenge de ikke trengte å uttrykke seg verbalt. Intervjuperson 2. er den eneste av de tre informantene som ikke nevner noe rundt angst og engstelse, likevel viser hen til tiltak som skal trygge barnet, og ikke øke press. Hen beskriver barnet som ekstremt glad, og viser til at dette er noe hen forbinder med diagnosen. Hen viser til at hen nok tror at barnet ikke var så glad hele tiden, men at dette var måten barnet kommuniserte, gjennom smil og ansiktsuttrykk. Sosial engstelse defineres som en vedvarende frykt for sosial latterliggjøring og ydmykelse (Pine og Klein, 2009). Yeganeh m. fl, (2003) viser til at ukjente sosiale situasjoner kan fremme frykt for at man potensielt havner i situasjoner hvor det blir krevd at man skal snakke. Intervjuperson 3. viser til at angsten oppstår i nye situasjoner. I diagnosekriteriene til ICD-11 er unngåelsesatferd et kriterium.

Enkelte av intervjupersonene fikk oppfølgingsspørsmål tilknyttet årsaks- eller utløsende faktorer som kan ha vært utslagsgivende for diagnosen. Det viser seg gjentakende at barna har opplevd større overgangssituasjoner, har flerspråklig bakgrunn, og hvilke personlighetstrekk foreldrene har. Intervjupersonene gjentar hver for seg at det er lite kunnskap om hva som kan være utslagsgivende faktorer som fremkaller engstelse og tausheten hos barnet. Det blir også sagt at det er vanskelig å se sammenhengen mellom årsak og atferd. Vi anser tausheten som et symptom på tilstanden, hvor angsten er årsaken til at tausheten fremkommer, men det er likevel viktig å se til årsaken for opplevelsen av angst. Tilbaketrukkethet, hemmet atferd og temperament er trekk som er nært knyttet tilstanden selektiv mutisme (Kristensen, 2005). Steinhausen & Juzi (1996) viser til at det finnes ulike årsaksforhold for hvorfor barn utvikler selektiv mutisme, og man anser tilstanden som et komplekst fenomen. I intervjuene fremkommer det beskrivelser om barn som var livredd for å slippe ut en lyd. Samfunnet stiller forventninger til den verbale kommunikasjonen med barnet, og det kan være vanskelig for barnet å håndtere at andre har forventninger rettet mot barnet. Intervjupersonene viser til viktigheten av å sette inn tiltak som rettes mot angsten, og ikke vansker med språket. Det kan være slik at den sosiale fobien kommer til uttrykk i ukjente situasjoner, og med ukjente personer. Omdahl (2016) beskriver spesifikk fobi som en frykt for en bestemt situasjon eller et

objekt. For barn med selektiv mutisme, vil selve talen og det verbale språket være det fryktede objektet.

Intervjuperson 3. forteller om at hen hadde en samtale med foreldrene etter at barnet begynte å snakke, hvor man sammen stilte seg spørsmål om hva som egentlig utløste tausheten. Hen beskriver det slik *“Men det var noe som ikke var dramatisk, men likevel dramatisk for barnet, en stor forandring”*. Haydens (1980) eldre studie så på traumer undersøkt som mulig risikofaktor for selektiv mutisme. Av et utvalg med 68 barn hadde 77% av barna opplevd en form for mishandling av alvorlig grad, 30% hadde blitt utsatt for seksuelt misbruk. Vi beregner studien som for gammel, og ikke relevant da den ikke følger kriteriene for DSM-5 eller ICD-11. Med bakgrunn i denne konkrete studien er det ingen grunn til å konkludere med noen signifikant sammenheng mellom traumer og selektiv mutisme, og det fremkommer heller ikke noe konkret sammenheng gjennom vår studie. Cohan m. fl, (2006) beskriver ulike årsaker til at barn utvikler selektiv mutisme. Det beskrives også mindre alvorlige hendelser som mulig årsak. De betegner dette som *“hverdags traumer”*, og kan oppstå i overgangssituasjoner som fra barnehage til skole, høye stemmer eller irettesettelser av andre barn rundt dem. Disse hendelsen kan for oss som voksne betraktes som ubetydelige hendelser, men for barnet kan dette oppleves skremmende og overveldende. Intervjupersonene beskriver hendelser som flytting, sent oppstart i barnehage og at omsorgspersoner skilles fra barnet.

Taushet kan ansees som en beskyttelsesmekanisme hos barnet, hvor tausheten trer inn og forsvarer barnet i møte med traume. Black & Uhde (1995) fant i sin studie at 4 av 30 barn viste tegn på å ha opplevd signifikante traumer. Konklusjon støttet ikke teorien om at traumer er en utløsende faktor for selektiv mutisme. De fant ikke bevis for korrelasjon mellom traumene og utviklingen av tilstanden. Steinhausen & Juzi (1996) viste i sin studie til at 31% av 100 barn hadde opplevd en form for stressende livshendelse før tausheten oppsto. Gjennom Omdal & Galloways (2007) intervju med voksne som tidligere hadde hatt selektiv mutisme, beskriver informantene selv at tausheten deres ble utløst av en hendelse i barndommen. De ga eksempler på vold, aggresjon, omsorgssvikt og overgrep i hjemmet som utløsende faktorer. Gjennom våre intervju ser vi ingen klare tegn til at barna har gjennomgått alvorlige traumer, men heller *“hverdags traumer”* som vi anser kan oppleves skremmende for yngre barn (Cohan m. fl, 2006).

Vi har heller ikke kjennskap til at noen av barna har blitt utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt, men vi ser at diagnosen er sammensatt, og at det finnes store forskjeller mellom ulike årsaksfaktorer og alvorlighetsgraden. Et viktig tiltak innad i barnehagen vil være knyttet til forebygging av selektiv mutisme. For å kunne avdekke tidlige symptomer på selektiv mutisme, må man ha forkunnskaper om diagnosen. Kunnskap og dialog blant de ansatte er essensielt for tidlig avdekking. Diagnosen er sjelden, og få har kunnskaper om selektiv mutisme fra utdanning. Intervjuperson 2. viser til at hen så vidt var borti diagnosen gjennom studiet. Gjennom vårt masterstudium har vi heller ikke fått dyptgående informasjon om diagnosen.

5.2 HVILKE SAMARBEID ER VIKTIG FOR Å FREMME TILRETTELEGGING?

Samarbeid er et viktig tiltak for å styrke arbeidet og kompetansen rundt barn med selektiv mutisme. I dette kapittelet vil vi se nærmere på resultater og teori i tråd med forskningsspørsmål *“Hvordan samarbeider barnehagelærere med andre voksne rundt barnet (foreldre/PPT og andre instanser)?”* Intervjupersonene gir ulik informasjon om kvalitet i samarbeid med andre instanser, og gir ulik informasjon om samarbeidet med foreldre. Det fremkommer gjennom intervjuene at flere av barna hadde og vil ha behov for langsiktig spesialpedagogisk oppfølging, og at denne oppfølgingen bør overføres til skolen. Det vises til mangel på forbedring i tilstanden, og eksempler hvor tilstanden forverret seg etter overgang fra barnehage til skole.

5.2.1 SAMARBEIDSKULTUR INNAD I BARNEHAGEN OG ANSVARSOMRÅDER

Som barnehagelærer møter vi barna mens de er helt nye i verden. Alt skal læres, utforskes, kjennes og smakes på. Vi får være delaktig i sang, lek og moro, men også i de vanskelige situasjonene. Situasjonene hvor barna gråter og ikke vil skilles fra foreldre ved døren, når barna går inn i sine første konflikter med bestevennen, eller de faller og trenger plaster. Bateson (1955) viser til det at mennesker kommuniserer på ulike plan samtidig. Innhold, følelser, og relasjon preger kommunikasjonen mellom mennesker. Det er viktig at vi strekker oss etter kvalitet i kommunikasjonen vi har med barn som ikke svarer oss. Ansatte i barnehagen er der når barn møter større utfordringer i livet, vi er der når språkutviklingen stagnerer, når man avdekker nedsatt hørsel, underutviklet motorikk, atferdsproblematikk og psykiske lidelser. I disse situasjonene er det viktig at man er bevisst sin rolle, og er den trygge, nære og sensitive voksne barnet trenger. Intervjupersonene beskriver seg selv trygghet for barna, selv om barna

ikke alltid følte seg trygg nok til å kommunisere med verbalspråket, kunne de ha samtaler ved hjelp og støtte fra kroppsspråket. Gulbrandsen (2014) viser til at gjennom den viktigste omsorgen utvikles tilknytning.

Intervjuperson 3. viser til hvordan overgangen fra barnehage og skole ikke var en positiv overgang for det ene barnet, og at barnet har lite assistanse og hjelp på skolen. Hen viser til at SFO (skolefritidsordning) var en negativ opplevelse for barnet, og sier "*SFO er jo enda verre for et barn som sliter med angst. De var jo nødt til å ta barnet helt ut av SFO, for der finnes det ikke hjelp*". Intervjuperson 3. viser til at sitt eget barn går i klasse med barnet. Når intervjupersonene spør hjemme om hvem som hjelper barnet på skolen, nevnes det bare andre barn i klassen. Lundahl m. fl, (2009) viser til viktigheten av faste rutiner rundt barnet. Det er viktig å skape forutsigbarhet og faste rutiner, og for å minske følelsen av angst, og gi barnet beskjed i god tid før endringer. Drugli (2017) viser til at barn tilbringer mye av tiden sin i barnehagen, og ansatte er derfor viktige, trygge personer. Gjennom barnehagehverdagen har de ansatte en viktig rolle i møte med barna. Dette gjelder spesielt i oppstarten i barnehagen, i overgangen fra småbarn til stor-barn og overgang mellom barnehage og skole. Positive relasjoner mellom barn og ansatte er viktig for å støtte barna i disse store overgangene i livet, og kan fungere som en beskyttelsesfaktor mot negativ utvikling (Buyse m. fl, 2009). Vi opplever at intervjupersonene anerkjenner og er klar over det store ansvaret de har overfor barna i barnehagen. Vi opplever at intervjupersonene føler på utilstrekkelighet og håpløshet siden tausheten er så omfattende og vanskelig å hjelpe barnet ut av. De viser til frustrasjon over hjelpesystemet som i stor grad kommer til kort.

Drugli (2017) viser til at trygg tilknytning kan etableres når barnet opplever sensitiv omsorg fra omsorgspersoner gjentatte ganger. Her er det viktig at de voksne beveger seg sakte i møte med barnet, og er sensitiv og lydhør overfor barnets signaler. Intervjupersonene viser til viktigheten av å være en trygg person for barnet, uavhengig om barnet snakket eller ikke. Noen av intervjupersonene beskriver at de opplevde at barnet fant større trygghet hos andre barn. Trygg tilknytning innebærer at omsorgspersoner klarer å møte og regulere barnets følelser i ulike situasjoner. Dette innebærer at omsorgspersonen takler barnets følelser i krevende situasjoner, og er bevisst egne følelser og reaksjoner. Hvis barnet opplever trygghet i nærvær av omsorgsperson kan det åpne opp for at barnet tør å uttrykke følelser og behov. Det vises til eksempler på at barnet klarte å motta trøst fra voksne i barnehagen, man kunne se at tårene rant, men barnet slapp ikke ut en lyd. Broberg, m. fl, (2014) viser til at ved trøst fra en

omsorgsperson, vil barnet i større grad kunne regulere seg og finne ro. Barnet må oppleve at omsorgspersonen beskytter og tar vare på dem, forstår og trøster barnet etter barnets behov (Killén, 2017). Vi kan tenke oss at barnet med selektiv mutisme har en grunnleggende følelse av mangel på trygghet i barnehagen, og at tausheten blir det synlige symptomet på utryggheten.

Martinsen & Nærland (2009) viser til at det finnes 3 roller de ansatte i barnehagen har ansvar for; “oppdrager”, “pedagog” og “omsorgsgiver”. Avhengig av barnets behov justeres og sjongleres disse rollene. Det innebærer at man evner å regulere seg selv i møte med barnets ulike følelser, og er bevisst hvordan dette kan trigge og påvirke oss. Gjennom intervju rundene ser vi at det er særlig viktig at de ansatte som skal arbeide tett rundt barnet har god informasjon og forståelse av tilstanden. Hvorvidt diagnosen er forbundet til sosial angst eller spesifikk talefobi kan vi ikke konkludere direkte med, men det vi vet er at barnet opplever stort ubehag knyttet til forventningen om å måtte snakke. Det vil være viktig at alle rundt barnet forsøker i største grad å minske opplevelsen av ubehag, og styrke situasjoner hvor barnet opplever glede og mestring. Det er ofte slik at vi i barnehagen kartlegger og avdekker vansker, men vi anser det som like viktig å avdekke kompetanser og mestringsarenaer som man kan bygge videre på.

Gjennom resultatene fra intervjuguiden fremkommer det spredd informasjon, om hvordan man deler kunnskap om diagnosen innad i barnehagen. Intervjuperson 1. viser til at det var kun de ansatte på barnets avdeling som fikk informasjon om diagnosen og hvordan tilrettelegge. I intervjuperson 1. sitt tilfelle fikk intervjuperson først informasjon fra spesialpedagog, så ble det intervjuperson 1. som pedagogisk leder sitt ansvar å bringe informasjonen inn på avdelingen. Denne overleveringen av informasjon kan forårsake at viktig informasjon blir misforstått eller underkommunisert. Intervjuperson 1. viser til at det opplevdes som at man var for strenge med hvilken informasjon som skulle kun deles på avdelingen, og hvilken informasjon som skulle deles til hele barnehagen. Det kan bli vanskelig å danne et felles fokus, og det kan oppleves som at man innehar ulik kompetanse og kunnskap på de ulike avdelingene. Intervjuperson 1. viser til at *“alle som jobber i barnehagen har jo uansett taushetsplikt”*.

Intervjupersonene beskriver selektiv mutisme som en angstpreget diagnose, noe Ørbeck (2008) bekrefter gjennom å vise til nyere forskning om diagnosen. Det man avdekker er at selektiv mutisme er nært knyttet sosial angst, og indikerer at tausheten til barna ikke er viljestyrt.

Intervjuperson 2. viser til at så snart personalgruppen fikk kunnskap om diagnosen og årsaksforhold endret holdningene seg. Hen sier at hen møtte lite motstand etter dette, og at kunnskap ga en åpenbaring hvor de ansatte tenkte "*Oia ja, selvfølgelig*". Intervjuperson 1. sier at om man møter barnet med en tanke om at barnet ikke vil snakke, vil man møte barnet annerledes enn hvis man vet at dette er et barn som virkelig ikke tør, som ikke får det til og som ikke klarer å snakke.

Tidlig innsats viser til at barn i barnehage og skole i Norge skal ha like muligheter, uavhengig av sosiale, kulturell- og språklig bakgrunn, kjønn samt kognitive- og fysiske forskjeller. Hovedformålet med tidlig innsats er å sette inn tiltak så tidlig som mulig når barn viser tegn til å ha utfordringer. Ved å se til tidlig innsats i møte med barn med symptomer vil man tidlig kunne sette til tiltak som forhindrer at tausheten integrerer seg, og man vil kunne minske behovet for langvarig hjelp og støtte. McInnes og Manassis (2005) viser til viktigheten av å komme til i et tidlig stadium av tilstanden, og at prognosen er dårligere jo lengre tausheten har fått dominert. Dette krever et løft innad i barnehagesektoren, og lett tilgjengelighet til hjelpeapparatet. Henvisnings tid vil ha negativ påvirkning på barnet med selektiv mutisme. Dialogen, drøfting, og refleksjon rundt barnehage praksisen vil være viktige tiltak for å kunne legge til rette for tidlig avdekking. Ansattgruppen må være åpen for å stille spørsmålstegn ved barns atferd, og reflektere sammen for å kunne avveie sine bekymringer. Etter avdekking av utfordringen vil det være viktig med gode rutiner for henvisning og foreldresamtaler.

Intervjuperson 3. forteller at etter barnet sluttet i barnehage, og begynte på skolen sluttet barnet å snakke til hen. Det viser til sårheten intervjuperson 3. følte på tilknyttet til denne typen avvisning. Man føler seg avvist og ikke god nok for barnet som voksne, og kanskje spesielt i barnehagesektoren er ikke dette belyst godt nok. For hva gjør vi når andre barn avviser oss, eller signaliserer tydelig at de ikke er trygge på oss? Dette bør fremprovosere selvrefleksjon, men om dette ikke er noe man er vant til innad i barnehagen kan det være vanskelig å avdekke denne type ukultur. Vi vil understreke at det er alltid den voksne som har ansvaret for relasjonen til barnet, også når relasjonen ikke er god, inkludert i møte med barn med selektiv mutisme.

Ørbeck m. fl, (2018) gjorde en studie av barn som har mottatt behandling og oppfølging i barnehage og skole. Der kom det frem at barna hadde gode prognoser, dersom de mottok tidlig

oppfølging. Dette støtter viktigheten av tidlig innsats og tidlig avdekking av vansker. Når vi ser til alvorligheten i langvarige vansker hos barn med selektiv mutisme, understreker dette viktigheten. Intervjuperson 3. forteller at det ene barnet i dag er voksen, og at hen skulle likt å vite hvordan barnet endte opp, hvordan barnet har det og hvorvidt hen er preget i dag. Lundahl, m. fl (2012) viser til at man nok kan se en naturlig endring, da voksne kan kontrollere eller unngå situasjoner som kan oppleves vanskelig å snakke i. Barn kan ikke regulere dette på samme måte. Barna må i barnehage og på skolen, de må i ulike sammenhenger være med inn på butikken og være med i familiesammenkomster. Voksne viser at de har mindre problemer med tausheten, men kan streve med sosial funksjon.

5.2.2 FORELDRESAMARBEID FOR HELHETLIG OPPFØLGING

Intervjupersonene beskriver et godt samarbeid med foreldrene, og opplevde foreldrene som veldig åpne. Intervjuperson 2. viser til at det ble tidlig innkalt til foreldresamtale, hvor barnehagen fikk formidlet at barnet ikke snakket i barnehagen. Intervjuperson 2. viser til at foreldrene hadde behov for veiledning for hvordan møte barnet hensiktsmessig. Mor skal blant annet ha sagt til barnet: *“Hvorfor snakker du ikke i barnehagen? Vi snakker jo hjemme, du snakker jo til oss? Hvorfor snakker du ikke i barnehagen?”*. Dette viser til viktigheten av at foreldrene får god og korrekt informasjon om diagnosen for å kunne møte og forstå barnet sitt.

Intervjuperson 3. forteller om dialogen med foreldrene i et av tilfellene, og viste til at hen hadde bilde-kontakt med foreldrene. Tanken bak var både for å trygge foreldrene på at barnet hadde det bra i barnehagen, men og for å skape en mer aktiv link mellom barnehagen og hjemmet. Intervjuperson 3. sier *“Barnet fortalte jo, og barnet snakket jo hjemme, men sånn som unger er- de forteller jo lite om dagen. Du spør hva som har skjedd, men de klarer ikke si noe”*. Intervjuperson 3. forteller at hen kjente foreldrene godt, og opplevde at foreldrene stolte på hen. Hen opplevde at foreldrene var bekymret for om barnet hadde det bra i barnehagen da, og viser til at det beste tiltaket for å trygge foreldrene var at de ansatte i barnehagen hadde en nær og god relasjon til foreldrene.

Den største utfordringen i møte med foreldre, vil være å sammen danne et helhetlig syn av barnet. Foreldre vil ha et helt annet inntrykk av et barn som snakker, leker og forteller hjemme, i forhold til hva barnehageansatte som møter et taust barn vil ha. Intervjuperson 3. viser til at

hen snakket til barnet som om barnet snakket tilbake. Det ble en diskusjon i barnehagen hvor man mente at barnet lærte at det var greit å ikke snakke, og at man tilrettela for tausheten. I den forbindelse ble det av andre voksne etablert teorier og ideer om hvorfor tausheten hadde oppstått, og det ble spekulert i om foreldre tilbakeholdt informasjon. Intervjuperson 3. opplevde det som om man mistenkeliggjør hva som egentlig hadde skjedd. Kristensen og Torgersen (2001) fant overensstemmelse mellom barn med selektiv mutisme, og reserverte og skyhet hos foreldre. Black & Uhde (1995) støtter dette, og viser til at tilstanden har blitt beskrevet som et familiefenomen, og viser til at det fins en sårbarhet for overføring av selektiv mutisme, og man ser at 1 av foreldre til barn med selektiv mutisme har en markert reserverthet og sjenanse. Intervjuperson 1. forteller at hen opplevde mor som en utrygg type, som kunne være bunnet i at mor ikke kunne norsk så godt, og at begge foreldrene ikke var av den brautende typen. De var rolige og beskjedne personligheter. Black & Uhde (1995) viser til resultatene fra sin studie med 30 barn, hvor man så på familiemedlemmene. Resultatene viste at 44% av omsorgspersonene hadde symptomer på sosial fobi, og 15 % hadde tidligere hatt selektiv mutisme selv. Vi avdekker ikke i intervjuene hvorvidt noen av foreldrene har hatt selektiv mutisme selv. Kristensen og Torgersen (2002) viser til at det kan være genetiske komponenter som spiller inn i arveligheten for selektiv mutisme, eller at det kan handle om arv, oppdragelse eller modellering av barna.

Intervjuperson 1. forteller at hen kan huske at det var godt samarbeid med foreldrene, og at hen hadde en del samtaler med dem. Barnehagen §32 viser til viktigheten av godt samarbeid med foreldre i spesialpedagogiske prosesser. Foreldre skal samtykke til henvisning og ha stor innvirkningskraft i tiltakene som utarbeides. Det kan være en utfordring når foreldrene ikke deler samme bekymringen som barnehagen, og i liten grad opplever tausheten hos barnet. Intervjuperson 1. forteller om at hen opplevde far som frustrert og fortvilet over situasjonen, og at far tok med videoer av barnet hvor det snakket, intervjuperson 1. støttet far på dette, og understreket at hen trodde på far. Vi får ikke noe innsyn i hvilke undersøkelser det har vært gjort i forhold til barnets oppvekstvilkår og familie, men vi får inntrykk av at intervjupersonene beskriver jevnt over gode samarbeid. Steinhausen & Juzi (1996) viser til at selektiv mutisme forekommer i alle sosiale lag. Hvorvidt det er barnehagelærers ansvar å kartlegge familieforhold kan diskuteres, men man bør tørre å snakke med foreldrene om ulike årsaksfaktorer som kan påvirke barnet til å være så angstfylt at en ikke tør å snakke.

Intervjupersonene beskriver tilfeller hvor det var vanskelig for foreldrene å forstå diagnosen, og hvorfor tausheten egentlig oppsto. Da spesielt siden det opplevdes som om tausheten startet plutselig hos barna. Gjennom samarbeid med foreldre vil man få innsyn i deres bekymringer, og hva de er usikre på. For ansatte i barnehagen som bare møter det tause barnet, vil dialogen med foreldre være viktig for å kunne danne et helhetlig bilde av barnet; Hvilke interesser har barnet? Hva ler barnet av? Hva uttrykker barnet redsel og usikkerhet for? På denne måten har man noen verktøy i møte med barnet, og kan spille på barnets interesser.

5.2.3 OPPFØLGING FRA PPT, BUP OG SPESIALPEDAGOG

Gjennomgående ser vi mangelfull oppfølging og/eller begrensende støtte fra PPT, BUP og/eller spesialpedagog. Omdal (2016) viser til viktigheten ved å sette i gang tiltak så raskt som overhodet mulig, for å hindre at verdifulle måneder og i verste fall år går tapt. Intervjuperson 3. forteller om savnet etter konkret veiledning i barnehagen fra PPT, og etterlyser tydelig informasjon om hva selve diagnosen innebærer, hva man bør si og hva man ikke bør si. Det sammenlignes med informasjonen barnehagen fikk da de hadde et barn med diabetes, hvor ansatte fikk oppfølging fra sykehuset, opplæring i å sette insulin og generell informasjon om sykdommen. Tilknyttet barnet med selektiv mutisme ble det ikke igangsatt tiltak og de fikk lite informasjon fra PPT. Intervjuperson 1. forteller om at hen som pedagogisk leder hadde to samtaler med spesialpedagog. I hverdagen var det ikke spesialpedagog som fulgte opp, men barnehagen. Omdal (2016) påpeker at barn med selektiv mutisme er avhengig av å bli fulgt opp av et kvalifisert spesialpedagogisk personal. Det kan tenkes at to samtaler med spesialpedagog ikke er nok for det øvrige personalet for å fortsette arbeid med barnet. Det krever langsiktig arbeid, og et godt samarbeid med spesialpedagog. Det kan tenkes at spesialpedagoger må ytterligere inn i selve arbeid med barnet. Intervjuperson 1. viser til at de hadde et møte med PPT i én time. Under denne timen fikk barnehagen informasjon om hva de skulle gjøre.

Intervjuperson 2. beskriver en annen opplevelse enn intervjuperson 1. Intervjuperson 2. viser til at de tok kontakt med PPT, og har fått veldig god veiledning derfra. Hen forteller at de ble introdusert for defokusert kommunikasjon, og barnet hadde tildelt timer med spesialpedagog. Omdal (2016) viser til at selektiv mutisme opptrer ulikt og er svært individuelt, noe som understreker viktigheten av at øvrig hjelpeapparat er tett på barnet. Diagnosen opptrer svært individuelt, og det må derfor gjøres grundige undersøkelser av hvilke tiltak som kan passe til

det konkrete barnet. Intervjuperson 2. beskriver at de i starten måtte bruke tid for at spesialpedagog skulle bli en trygg person for barnet. Dette er i tråd med defokusert kommunikasjon (Lundahl m. fl, 2009). I begynnelsen var det derfor slik at det var de trygge på avdelingen som hadde ansvaret for barnet, frem til barnet var trygg på spesialpedagog.

Det er særlig viktig å avdekke tausheten på et tidlig tidspunkt i barnets liv. En ubehandlet selektiv mutisme diagnose kan gi alvorlige konsekvenser for barnet og fremtiden. I 2021 gikk 93,4% av alle barn i alderen 1-5 år i barnehagen (SSB, 2022). Vi vet kun noe om andelen førskolebarn som mottar spesialpedagogisk støtte, som er 22,7%. Hadde man sett på gjennomsnittet for alle barn i barnehagen hadde nok prosenten vært lavere, da vi vet at få av de yngste barna i barnehagen blir henvist videre. Intervjuperson 2. viser til at de henviste til PPT da barnet kom over fra småbarnsavdeling. Det vises til at det ble gjort lite før overgangen, og at man henviste til at barnet var liten og at man skulle avvente. Da barnet kom over på storbarnsavdeling så de ansatte fort at det ble stor kontrast til andre barn. Dette førte til at man valgte å kartlegge gjennom TRAS for så å henvise til PPT. Det beskrives som en større utfordring å avdekke alvorligheten i tausheten på en småbarnsavdeling hvor barnet er omringet av andre barn som er i oppstarten av å lære verbalspråket. Intervjuperson 3. beskriver samarbeidet med andre instanser som *“ikke spesielt bra”*, og viser igjen til at hjelpeapparatet ikke har nok kompetanse om diagnosen og at man ikke vet hvilke tiltak man kan sette inn for et barn som ikke snakker.

5.3 HOLDNINGERS PÅVIRKNING AV OPPFØLGING OG TILRETTELEGGING?

I dette kapittelet vil drøfte teori og resultater som fremkom tilknyttet holdninger til diagnosen, og oppfølging av barn med selektiv mutisme. Dette i henhold til forskningsspørsmål 3. *“Hvilke utfordringer og holdninger opplever barnehagelærere i møte med tilrettelegging for med barn med selektiv mutisme?”*. Gjennom intervjuene våre fremkommer det ulike holdninger, både som vi var forberedte og uforberedt på. I stor grad bunner holdningene i mangel på kunnskap, og ved å gi informasjon kan man *“ta livet”* innarbeide usannheter.

Eriksen (2001) beskriver hvordan kunnskap kan produseres og reproduseres i fellesskap. Holdninger, fordommer og ubekreftede sannheter kan innad i barnehagen *“gå i arv”* og opprettholdes i flere generasjoner. Som barnehagelærere har vi et ansvar for å stille

spørsmålstegn ved innarbeidede rutiner og holdninger. Definerte sannheter innad i barnehagen trenger ikke å ha en sammenheng med virkeligheten. Intervjupersonene hadde lite forkunnskap til diagnosen frem til de møtte et konkret tilfelle i deres arbeid som barnehagelærer/pedagogisk leder i barnehage. Noen av intervjupersonene beskriver lite kjennskap til diagnosen, og at det derfor gikk fortere å koble diagnosen til barnet og tausheten. Intervjupersonene beskriver det som frustrerende å jobbe med barn med selektiv mutisme, hvor man ser helt tydelig hva som er problemet, men man blir rådvill i forhold til hva man skal gjøre. Intervjupersonene gir eksempler, og viser til eksempel om at det er lettere enklere å kartlegge til og med vage symptomer innenfor autismspekteret. Det beskrives også utfordringer i møte med andre ansatte, og deres bestemte tanker om diagnosen.

Gjennom intervjurundene ser vi at alle tre intervjupersonene møter utfordringer i møte med andre voksne. Både i form av forutinntatte holdninger, og fordommer tilknyttet hva diagnosen er og hvordan den utspiller seg. Omdal (2016) viser til at barn med selektiv mutisme kan ha utfordringer med tausheten i spesifikke sosiale situasjoner hvor tale er forventet. I disse situasjonene er barna konsekvent tause. Det vi ser er at dette kan oppleves provoserende og avvisende for voksne, og at voksne ofte tar ukloke valg når man opplever å bli avvist av barn. Det er situasjoner som ofte utspiller seg i barnehagen og på skolen. Intervjupersonene forteller om barn som stoppet å snakke i det man kommer til porten ved barnehagen. Slik Omdal (2019) beskriver kan det være slik at barnet snakker med en venn eller en ansatt i barnehagen, eventuelt kan det være slik at barnet verken snakker til venn eller ansatt. Intervjuperson 3. viser til at begge barna snakket med andre barn, intervjuperson 2. viser til at barnet spesifikt ikke snakker i barnehagen, noe som intervjuperson 1. også viste til. Intervjuperson 1. beskrev at det handlet om at barnet i stor grad ikke hadde andre arenaer enn hjem og barnehage. Her viser vi til viktigheten av å vurdere tiltak på barnets fritidsarena, for å utvide områder barnet kan føle seg trygg på.

Remschmidt m. fl, (2001) studie viser til at barn kan vise tegn til selektiv mutisme så tidlig som i 2-3 årsalderen, men at mange barn ikke blir henvist til hjelpeinstanser for utredning før de kommer i 7-8 årsalderen. Kristensen (2005) viser til at barn ofte ikke får diagnosen før de begynner i barnehage eller skole. Intervjuperson 1. forteller at hennes erfaring med selektiv mutisme er tilknyttet et 3 år gammelt barn, som begynte på småbarnsavdeling. Barnet hadde ikke gått i barnehage før dette. Intervjuperson 1. forteller at i starten hadde barnet en del språk, det forbedret seg litt og litt, før det stoppet helt opp. Barnet ble henvist til PPT ca. 2 måneder

etter barnet begynte i barnehage. Intervjuperson 2. viser til at barnet kom fra storbarnsavdeling. Ved overgangen reagerte de på storbarn ganske umiddelbart på tausheten. Dette ledet til at de gjennomførte en TRAS-kartlegging og avdekte store hull, hvor de etter henviste raskt PPT. Barnet mottar i dag støtte fra spesialpedagog. Intervjuperson 3. har erfaring med to barn med selektiv mutisme, hvor ene tilfellet er lengre tilbake i tid, mens andre er i mer nærstående tid. Intervjuperson 3. gir oss derfor naturlig nok mer informasjon enn intervjuerperson 1. og 2., og vi ser at det siste intervjuet var betydelig lengre enn de andre to. Anstendig (1999) viser til at selv om tausheten ikke har blitt oppdaget, kan andre symptomer på tilstanden ligge til grunn før selve hoved symptomet utløses. Hoved symptomet utløses ofte i store overgangssituasjoner. Dette støttes av Omdal (2016) som viser til at barnets tilstand som regel ikke blir oppdaget før det skjer en stor overgangssituasjon. Oppstart i barnehage og skole kan være eksempler på slike store overganger. Dette ser vi i eksempelet til intervjuerperson 1. som forteller om tausheten til et barn som begynner i barnehagen som 3 åring. Det å oppleve å begynne i barnehagen som 3 åring, kan oppleves overveldende og som en enorm endring i hverdagens faste, og trygge rutiner. Som voksne kan vi tenke at dette er overganger som er nødvendige og knyttet til utviklingen til barnet, men for barna kan dette føles opprivende og følelsen av trygghet på den nye arenaen kan være vanskelig å etablere. Det handler om å ta barneperspektivet, og forsøke å sette seg inn i hvordan disse overgangen oppleves for barnet.

I resultatene fremkommer det ulike holdninger tilknyttet diagnosen. Intervjuperson 3. forteller om holdninger fra andre voksne i barnehagen, og i nærmiljøet. Hen forteller at hen har opplevd at man viser til at barnet bør ta seg sammen og skjerpe seg, fordi man vet at barnet kan snakke. Johnson & Wintgens (2016) beskriver at det kan være utfordrende for barn med selektiv mutisme å starte eller å fortsette en samtale. Barnets engstelse vil være knyttet til redselen for å skuffe andre eller bryte sosiale regler. Det at man da blir møtt med skjenn, sinne, frustrasjon og kanskje også sanksjoner fordi man ikke mestrer å snakke, vil oppleves svært skremmende for barnet. Det beskrives av intervjuerpersonene en opplevelse av at andre voksne satt seg forutinntatte meninger om hva som er rette måte å møte barnet på. De forteller om påstander om at barnet aldri lærer å snakke hvis barnet opplever at det er greit å la være. Det beskrives at foreldre har opplevd å få lite støtte og veiledning, og følt på å bli møtt av en holdning som indikerte "*så trist at dere fikk en sånn unge, med en sånn personlighet*". Det har blitt uttrykt til foreldrene at tausheten ikke kan gjøres noe med, og at tausheten kan opphøre like fort som den oppsto. Foreldre trenger raushet, og trygge barnehagelærere som hjelper og støtter dem

gjennom hele prosessen. Barnehagelærerne har et ansvar for å innhente nok informasjon for å kunne få bukt med holdningen, og tilse at de som møter barnet, og foreldrene har tilstrekkelig informasjon om diagnosen. Både barnet og foreldrene har behov for å bli møtt med forståelse, og tatt hensyn til i henhold til diagnosens utfordringer.

Steinhausen & Juzi (1996) viser til den tyske legen Adolf Kussmaul, som var den første som beskrev tilstanden. Kussmaul mente at individene bevisst valgte å ikke snakke, selv om de innehar kompetansen. Det fremkommer i intervjuene informasjon om at mange rundt barnet, opplever det som et aktivt valg å ikke snakke. Tiltakene og hvordan man møter barnet vil da være preget av denne idéen, og man kan ende opp med å møte barnet på måter som ikke er hensiktsmessig. Noe av holdningen rundt dette kan være knyttet til at man tidligere skilte mellom taushet som barnet aktivt valgte selv, og taushet som barnet ikke hadde kontroll over. Intervjuperson 3. viser til at hen opplevde holdninger som bunnet i at man anser tausheten som et aktivt valg hos barnet. Først i 1934 beskrev den sveitsiske barnepsykiateren Moritz Tramer tilstanden hos barn, han viste til at barna var tause i noen situasjoner, men snakket normalt i andre. Det historiske perspektivet kan ha påvirkning på hvordan man i dag oppfatter diagnosen. Intervjuperson 1. forteller om en episode hvor barnet klemmer fingeren i døren og tårene renner, men barnet slipper ikke ut en lyd. Lundahl m. fl, (2012) beskriver at DSM- 5 var tidligere ute enn ICD-11 med å benytte betegnelsen selektiv mutisme. Dette var med grunnlag i at man mente at den tidligere betegnelsen elektiv mutisme kunne gi feil inntrykk av tilstanden, hvor elektiv viser til at tausheten er et bevisst valg fra barnets side. Selektiv mutisme ble ikke nevnt i den europeiske diagnosemanualen før revideringen til ICD-11. Utviklingen tilknyttet diagnosemanualene henger sammen med utviklingen på forskningsfeltet, som naturlig nok preger kunnskapen mennesker har om diagnosen. Holden og Sällmann (2010) beskriver elektiv mutisme som en markert, følelsesmessig betinget tale. Hvor barnet mestrer å snakke i noen sammenhenger, men ikke i andre. Intervjuperson 3. hadde erfaring med et barn 15 år tilbake i tid, og fikk derfor oppfølgingsspørsmålet *“Var det noen gang snakk om en forskjell på elektiv og selektiv mutisme?”*. Intervjuperson 3. avkreftet dette. Barn med selektiv mutisme har ofte markerte personlighetstrekk, som innebærer sosial angst, tilbaketrekning, motstand eller overfølsomhet. Intervjuperson 3. beskriver at man anså at det var for vanskelig for barnet å snakke i barnehagen, og sier *“det ble for mange rundt, og det ble for mange krav”*. Ifølge Holden og Sällmann (2010) skilles det mellom elektiv og selektiv mutisme, og viser til at elektiv

mutisme tilsier at barnet selv velger å ikke snakke, mens selektiv mutisme tilsier at tausheten bare forekommer i noen situasjoner.

Det at det vises til en nylig endring i diagnosemanualen, som indikerer at det vil ta lengre tid før fagpersoner og hjelpeapparatet har integrert oppdatert kunnskap om diagnosen. Intervjuperson 1. viser til at episoden hvor barnet klemte fingeren tydeliggjorde hvor redd barnet var for å ikke bare snakke, men og for å gi fra seg lyd. Det eksisterer nok fremdeles en oppfatning og holdning tilknyttet tausheten, hvor man tenker at barna er frekke og opposisjonelle. Anstendig (1999) beskriver selektiv mutisme som en variant av en angstlidelse, og at tilstanden er preget av flere faktorer. Kristensen (2005) viser til at det er store variasjoner på symptomene på selektiv mutisme. Det vises til at selv om det er store individuelle forskjeller mellom barna, kan man se at det er noen personlighetstrekk og symptomer som går igjen. Barn med selektiv mutisme ser også ut til å vise noen fellestrekk knyttet til temperament og atferd (Kristensen, 2000).

I Kristensen (2002) studie vises høy komorbiditet, hvor hele 93% av barna i undersøkelsen hadde flere diagnoser som opptrådte samtidig. I hovedsak språkvansker, angsttilstander, utviklingsforstyrrelser, og motoriske vansker. Intervjuperson 1. forteller at de i utgangspunktet var bekymret for flere faktorer ved barnet og barnets atferd, blant annet knyttet til motorikk. Intervjuperson 3. sier at hen i ettertid har tenkt at det ene barnet viste trekk innen autismspekteret. DSM-5 utelukker selektiv mutisme om vanskene kan tilknyttes språkvansker. Barn med selektiv mutisme kan oppfattes som merkelige og rare, kanskje spesielt i de tilfeller hvor barnets kroppsspråk er tilstivnet og preget av angsten.

Steinhausen & Juzis (1996) studie avdekket at 85% av barna viste skyhet. 20% av barna var deprimerte, hvor adferd som opposisjonell, trassighet og aggressiv atferd var fremtredende. Intervjuperson 3. forteller om det ene barnet som etter det hadde begynt å snakke igjen, ofte uttalte "*Ser du meg? Ser du meg nå?*" hvor intervjuperson 3. måtte bekrefte at "*Ja jeg ser deg, jeg så deg alltid*". Intervjuperson 3. konkluderer med at barnet nok har følt på at hen ikke ble sett av de voksne, og gjennom å "få stemmen sin tilbake" ble synlig igjen. Studiet viste til at 33% av barna hadde problemer med encopresis eller enuresis, søvn- og spiseproblemer, tics eller symptomer på tvang. Disse vanskene fremkom ikke i intervjuene, men vi anser at dette kan være konsekvenser av å ha tilstanden over lengre tid. Hadde vi snakket med voksne som

tidligere hadde hatt diagnosene, kan det være at vi hadde fått et større bilde av komorbide vansker.

Kristensen (2000) viste til sin studie av barn med selektiv mutisme, der det ble avdekket at 68,5% hadde en utviklingsforstyrrelse. ICD-11 viser til at ved utviklingsforstyrrelse kan ikke diagnosen selektiv mutisme stadfestes. Intervjuperson 3. viser til at *“Jeg tror mange av de føler, jeg tror ikke de selv forstår hvorfor det låser seg. Det må jo være utrolig vanskelig. De klarer ikke sette ord på det. Samtidig så er det jo ikke noe galt med hjernen. De forstår at det barnet holder på med er rart, ikke sant?”*. Ørbeck (2008) viser til at kjernesymptomene ved selektiv mutisme kan medføre utviklingsforstyrrelser og lærevansker. Med tausheten i fokus kan det være utfordrende å fange opp komorbiditet med andre vansker. I ICD-11 er spesifikke språkforstyrrelser endret til utviklingsmessige språkforstyrrelser. Selv om ICD-11 fraskriver diagnosen om man har språkforstyrrelser viser Lundahl m. fl, (2012) til at barn kan ha både språkvanske og selektiv mutisme. Kristensen (2000) avdekket at spesifikke utviklingsforstyrrelser som språkvansker var utbredt hos barn med selektiv mutisme, og det ble avdekket at halvparten av utvalget viste i tillegg tegn på kommunikasjonsforstyrrelser.

6. OPPSUMMERING

Hovedfokuset i masteroppgaven har vært å gi et innblikk i barnehagehverdagen til barn med selektiv mutisme. Vi har sett nærmere på ulike tiltak og hvilke tilrettelegginger som bør gis i barnehagen. Tiltakene vil være overlappende og avhengige av hverandre. For eksempel vil tiltaket om økt trygghetsfølelse være avhengig av at de voksne har kunnskap om hva barnet har behov for. Vår oppgave er tilknyttet problemstillingen “*Hvordan tilrettelegger barnehagelærere for barn med selektiv mutisme?*”. Oppgaven gir ulike beskrivelser av hvordan barnehagen tilrettelegger, men vi mener at det fremkommer 2. hovedtiltak som er grunnleggende for å kunne komme i posisjon til å tilrettelegge for barnet. 1. Kunnskap og 2. Trygghet.

Det er relativt lite kunnskap om selektiv mutisme og lite forskning på feltet. Vi har derfor forsøkt å gi innblikk i både nyere og eldre teori. Fokus på utviklingen av diagnosen har vært mangelfull, og dermed har man ikke anerkjent viktigheten av forebygging ved tidlige symptomer på selektiv mutisme. Barn med selektiv mutisme har blitt ansett som manipulerende og sta, som om barnet bevisst er taust for å manipulere omgivelsene. Denne teorien og holdningen ser vi eksisterer enda. I nyere tid har selektiv mutisme blitt forstått som en angstlidelse og i DSM-5 kategoriseres diagnosen under angstlidelse. I ICD-11 er diagnosen underordnet angst eller frykt relaterte lidelser. Omdal & Galloway (2008) viser til funn hvor diagnosen er knyttet til spesifikk fobi og ikke sosial angst. Hvorvidt diagnosen er knyttet til sosial angst eller spesifikk fobi, kan vi ikke konkludere direkte med. Det vi observerer gjennom de data vi har innhentet i intervjuene, er at barna opplever stort ubehag knyttet til forventningene rundt å måtte snakke.

I denne masteren kommer det tydelig frem at et av de viktigste tiltaket for å tilrettelegge best mulig for barn med selektiv mutisme i barnehagen, er kunnskap. Kunnskap til foreldre, barnehagen, avdelingen, andre foreldre, PPT og BUP. Det er særdeles viktig å understreke viktigheten av at barnehagelærere har kompetanse og kunnskap om selektiv mutisme, fordi tausheten kun kan observeres i barnehagen, og eventuelt skolen. I forhold til tilleggsdiagnoser er det naturlig at foreldre kan dele barnehagens bekymringer, fordi man observerer den samme

problem- eller bekymringsverdige atferden. Det er viktig at barnehagelærere har kompetanse om diagnosen for å kunne avdekke diagnosen eller komme den i forkjøp. Slik vi tolker datamaterialet vårt ser det ut til at barnehagelærere har et stort behov for veiledning av BUP og PPT.

Gjennom intervjuene våre ser vi at det enda eksisterer forutinntatte holdninger til barn med selektiv mutisme, hvor en mener at tausheten er selvvalgt. Voksne opplever barna som opposisjonelle og frekke, om de ikke føler seg trygge nok til å mestre snakkingen. Kunnskap må komme alle rundt barnet til gode. De vi ser som opptrer klokest og som i minst grad trenger opplæring på diagnosen selektiv mutisme, er andre barn. Barn viser til å på mange måter være mer hensynsfull enn voksne rundt barnet. Barn er sensitive, inkluderer, støtter og hjelper barnet med selektiv mutisme i barnehagen. På den måten ser vi at det å ha selektiv mutisme ikke nødvendigvis betyr at du er ekskludert og utenfor fellesskapet, men fellesskapet er i større grad begrenset til færre nære omsorgspersoner.

Mange av de utfordringene vi avdekker hos barn, kommer til uttrykk i overganger i livet. Det å starte i barnehagen og skulle tilbringe store deler av dagen i en arena som oppleves utrygg, er i seg selv en risikofaktor. Vi ser at overgangene fra et voksenperspektiv ikke klarer å forstå eller anerkjenne, usikkerheten og hvor overveldende dette kan oppleves for et barn. Barn som har arvelige eller miljøpregede komponenter, vil naturlig nok være ekstra sårbare i disse omveltningene i livet. I dag starter barn tidligere og tidligere i barnehagen, og mødre som i stor grad har vært alene med barna i permisjon må tidligere ut i jobb. Frarivelses- og selvstendighetsfasen for barna vil kanskje derfor starte tidlig.

Det vi ser som en viktig del av vårt resultat av denne masteren er tidlig innsats, forebyggende tiltak, tidlig avdekking og kartlegging. Ikke bare gjeldende for selektiv mutisme, men og i forhold til andre atferdsmessige utfordringer. Vi ser en tendens til at den gjeldende holdningen er at man bare skal "vente og se". Det at småbarnsavdelingen ikke agerer på tausheten, kan være med på å bidra til at tausheten får dominere og eksistere lenge før man setter inn tiltak. Dette kan være forbundet med tanker om at tausheten er et symptom på mangel av språkkunnskaper, eller sen språkutvikling. Konsekvensene kan bli alvorlige for barna dette

gjelder, vi ser at dette kan føre til en økt belastning av storbarnsavdelingene i barnehagen og mulig skole. At barn ikke blir henvist før de kommer over på storbarn, vil kreve at de ansatte på storbarnsavdelingene må igangsette kartlegginger av barnet og starte henvisningsprosessen. Det er uheldig om dette skjer i perioden barnet starter på ny avdeling, hvor de andre barna og ansatte er ukjent. Relasjonen mellom foreldre og ansatte på ny avdeling vil være fersk og man må derfor bruke dyrebar tid på å bygge tillit til foreldrene, hvor foreldre kanskje ikke har noe kjennskap til tausheten. Dette kan være med på å dra ut tiden slik at tausheten får integrert seg før man rekker å sette inn tiltak. Om småbarnsavdelingen velger å reagere på tausheten, kan det være med på å forebygge og komme diagnosen i forkjøpet.

Trygghet og tilhørighet er viktig for alle mennesker, men for barn med selektiv mutisme er det vanskelig å oppnå. Ved avdekking av barn som viser tydelige tegn på å ikke føle seg trygge i barnehagen, bør man uavhengig av mistanke om selektiv mutisme sette inn tiltak snarlig for å trygge barnet. Slik kan man forebygge utviklingen av selektiv mutisme gjennom å se til den allmennpedagogiske praksisen. Spesialpedagogisk kompetanse og støtte kan tilkalles ved stagnering, forverring eller mangel på forbedring av situasjonen til barnet. Vi vil understreke viktigheten av å skape mestringsarenaer. Vi ser gjennom oppgaven at det er vektlagt alle de områdene barnet ikke mestrer å snakke i, som vil begrense barnets mestringsfølelse. Det er derimot lite vektlagt at barnet faktisk mestrer å snakke i enkelte situasjoner, og med enkelte mennesker. Ingen av tilfellene vi har møtt gjennom intervjuene var totalt tause eller gått fra å kunne snakke til å stoppe helt i alle situasjoner. Ved å legge fokus på mestringsarenaer kan man oppdage egenskaper, interesser og idéer som kan være overførbart til de utrygge arenaene.

I intervjuene fremkommer det lite informasjon om barns tilleggsutfordringer. Dette kan være forbundet i valg av spørsmål i intervjuguiden, eller mangel på kunnskap og innsikt i flere av tilleggsutfordringene til barn med selektiv mutisme. Tausheten som hoved symptom tar mye av fokuset i arbeid med barn med selektiv mutisme. Tausheten er derfor med på å usynliggjøre og skjule andre vansker. Som med alle andre barn, mennesker og diagnoser har barn med selektiv mutisme individuelle behov. Tiltak må derfor vurderes ut fra hvert enkelt barn. Dette forutsetter helhetlige kartlegginger, som kartlegger både barnets vansker og utfordringer, men og hva barnet mestrer.

At diagnosen heter selektiv mutisme ser ut til å skape forvirringer, hvor man viser til at det å være selektiv handler om å bevisst velge ut. Selektiv betyr utvelgende eller å skille noe tydelig ut. Det vi ser gjennom denne masteren, er at selektiviteten ikke er et bevisst valg fra barnet. Barnet velger ikke å være utrygg, men plasseres av voksne i situasjoner hvor barnet opplever sterk angstfølelse som fremmer tausheten. Om vi ser til arenaer barnet mestrer å snakke, ser man tydelig at dette er på arenaer barnet opplever trygghetsfølelser.

Gjennom intervjurunden ser vi at det er forskjell på hvilke hjelpetiltak barna får og hvilken kontakt som er opprettet med PPT og/eller BUP. Det kommer frem at det er utydelig for intervjupersonene hva formålet er med de ulike tiltakene og hvorfor de settes inn. I de tilfellene der det er komorbide vansker kan det være vanskelig for barnehagelæreren å skille hvilke tiltak som skal støtte hvilken vanske. For å forhindre forvirring ser vi at det er viktig med en tydelig IOP, selv om man ikke er forpliktet til å utarbeide en IOP i barnehagen.

For å kunne skape trygghet for barnet, er det viktig at foreldrene opplever trygghet og forståelse fra de ansatte i barnehagen. Det er viktig at kunnskap kommer foreldrene til gode, slik at de kan forstå omfanget av diagnosen. Dette for at alle som møter barnet skal ha informasjon, om hvordan de kan gi støtte som kan forminske angst og press rundt barnet. Det er viktig at man opererer med den samme forståelsen av diagnosen. Vi ser at det er fornuftig å gå stegvis frem når det gjelder tiltak og steg 1. må handle om kunnskap til alle som skal møte barnet. Gjennom kunnskap kan man arbeide konkret og godt nok til å kunne tilnærme seg steg nr. 2 som handler om å skape trygghet for barnet. Dette ser ut til å være grunnmuren i tilnærmingen til barn med selektiv mutisme. Hvordan man fordeler kunnskap og hvordan man arbeider med trygghet vil være individuelt, og det vil kreve individuelle tiltak hvor man må kunne tilpasse til barnet og barnets familie. Det som er viktig å være bevisst på, er at taushet er en form for kommunikasjon. Gjennom den totale stillheten kommuniserer barnet noe til oss. Denne kommunikasjonen påvirker oss og kan få oss til å reagere ulikt. Barna har ingen stemme til å kunne verbalt uttrykke sine behov, og trenger at vi voksne krever korrekt hjelp for å kunne forbedre situasjonen til barnet.

6.1 KRITISKE VURDERINGER

I vår masteroppgave har det kommet frem ulike faktorer som kan være med på å svekke kvaliteten av vår oppgave. Som det fremkommer i kapittel 3.3, er utvalget av informanter i vår undersøkelse et begrenset og lite antall intervjupersoner, som kun dekker barnehagen som målgruppe. Utvalget har i tillegg erfaring med et begrenset antall barn. På bakgrunn av dette kan vi ikke sammenligne funnene våre i vår oppgave til andre barnehagelæreres oppfatninger om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen.

Formålet vårt med masteroppgaven har vært å få en nyansert innsikt, og å utdype kunnskapen om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen. Siden vi har vektlagt et lavt antall intervjupersoner, har det og gitt oss muligheten til å gå grundig inn og få detaljerte beskrivelser rundt fenomenet “tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen”.

To av barna intervjupersonene hadde erfaringer med, var barn med flerkulturell bakgrunn. Det vises til gjennom teori at det å være tospråklig kan være en sårbarhetsfaktor for utviklingen av selektiv mutisme. ICD-11 viser til at det er viktig at man tar kulturperspektivet i betraktning i møte med barn med flerkulturell bakgrunn.

Vi og våre intervjupersoner har ulik personlig, kulturell, erfaring og utdanningsbakgrunn. Vårt utvalg består av fire ulike informanter som har/jobber som barnehagelærer, men de har ulik utdanningsbakgrunn. Vi har med det forsøkt å ta hensyn til barnehagelærerens bakgrunn og de erfaringen hver enkelt har med seg. Bakgrunnsfaktorene til informantene kan ha vært med på å forhindre oss i å forstå dybden av informantenes meninger om tilrettelegging for barn med selektiv mutisme i barnehagen. Dette kan og ha påvirket vår fortolkning av svarene vi fikk av informantene, og det kan tenkes at dette kan være en metodologisk begrensning i vår oppgave.

6.2 ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING

I videre arbeid og forskning tilknyttet denne oppgaven kunne det vært av interesse å snakke med voksne som tidligere har hatt diagnosen selektiv mutisme. Dette for å se til deres opplevelse av tilrettelegging i barnehagen og de ulike tiltakene. Det kunne da være interessant å undersøke ulike årsaksforhold, og om man da hadde ulik respons på tiltakene. Det kunne vært interessant å se på en større gruppe med enspråklige barn, og flerspråklige barn for å se på eventuelle likheter og ulikheter mellom disse gruppene. Vi ser i vår oppgave at vi kunne gitt større rom til komorbide vansker, og sett nærmere på hvordan dette kan påvirke tausheten. I forhold til intervjupersonene våre, kunne det vært interessant å tatt en ny intervjurunde med samme intervjuguide, for å se om første runde hadde gitt intervjupersonene noen form for bevisstgjøring. Man kunne da vurdert, og reflektert rundt hvordan spørsmålene har forandret eller ikke forandret seg. Vi kunne da ha tillagt intervjuguiden tilleggsspørsmål som dukket opp i de ulike intervjuene, og dermed spurt alle intervjupersonene samme spørsmål. For å få mer helhetlig forståelse av selve diagnosen kunne det ha vært opplysende for å observere barn med diagnosen. Her kunne vi sett på individuelle forskjeller, og om informasjonen vi fikk gjennom observasjon avvike eller hadde fellestrekk med informasjonen fra intervjupersonene. Vi ser og at det ligger et stort potensial i det å forske på flerspråklig og flerkulturelle barn med selektiv mutisme. Som tidligere nevnt i denne oppgaven er dette en underprioritert gruppe. Rammene og kriteriene i diagnosemanualene påvirker i sterk grad hvorvidt man kartlegger grundig nok rundt flerspråklige barn som viser tegn på selektiv mutisme. I den forbindelse kunne det vært interessant å se på erfaring med barn med fremmedkulturell bakgrunn, kontra flerkulturelle samiske barn. Gjennom oppgaven har vi ikke vektlagt overgangen barnehage-skole, og hvordan en så stor overgang kan påvirke barnet med selektiv mutisme. Det kunne da vært interessant å undersøke støtten som følger barnet fra barnehagen til skolen, og hvorvidt tiltak og hjelp endret seg. Man kunne sett nærmere på hvordan kunnskap formidles mellom barnehage og skole, og hvordan foreldrene følges opp rundt denne overgangen. Hvordan barnet blir fulgt opp i forberedelser til overgangen, vil og være naturlig å se nærmere på.

Det kunne vært interessant og utvidet oppgaven, og sett nærmere på informasjonen og kunnskapen PPT sitter på. Det kunne vært gjennomført som en egen undersøkelse, eller vært belyst opp mot funn i denne oppgaven. Det som og kunne vært et alternativ var at vi

gjennomførte ny intervjurunde med de samme intervjupersonene, men med nye spørsmål. Dette etter at vi hadde transkribert første runde, og sett til tema som ikke var dekket godt nok og som vi trengte mer dyptgående informasjon om.

LITTERATURLISTE

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, P.Ø. (2001). *Ut med språket*. Barnehagefolk, 2001 (4.), s. 66-73.
- Anstendig, K. D. (1999). *Is Selective Mutism an Anxiety Disorder? Rethinking Its DSM- IV Classification*. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 417-434. doi: 10.1016/S0887-6185(99)00012-2
- Askland, L. Rossholt, N. (2009). *Kjønnsdiskurser i barnehagen. Mening. Makt. Medvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Barneloven. (1981). *Lov om barn og foreldre*. (LOV-1981-04-08-7). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Bateson (1955). *A Theory of play and Fantasy*. *Psychiatric Research Reports*, 2, 39–51.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). *Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946. doi:10.1097/00004583-200208000-00012
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). *Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856.
- Bjørnsrud, H., & Nilsen, S. (2020) *Tidlig innsats- bedre læring for alle?* Oslo: Cappelen Damm AS
- Bjørnsrud, H., & Nilsen, S. (2008) *Tilpasset opplæring- intensjoner og skoleutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Buyse, E., Verschueren, K. & Doumen, S. (2009). *Preschoolers' Attachment to Mother and Risk for Adjustment Problems in Kindergarten: Can Teachers Make a Difference?*. Department of Psychology, Center for School Psychology, Katholieke Universiteit. Leuven. Blackwell Publishing Ltd. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2009.00555.x>
- Broberg, M., Hagström, B. & Broberg, A. (2014). *Tilknytning i barnehagen: Hva betyr trygghet for lek og læring?*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Bø og Helle. (2002). *Pedagogisk ordbok- praktisk oppslagsverk i pedagogikk, psykologi og sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006). *Suffering in Silence: Why a Developmental Psychopathology Perspective on Selective Mutism Is Needed*. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341-355.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). *Systematic Assessment of 50 Children with Selective Mutism*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653 -660. DOI: 10.1097/00004583- 199705000-00016
- Drugli, M. B. (2017). *Liten i barnehagen (3.utg.)*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). *Prevalence and Description of Selective Mutism in Immigrant and Native Families: A Controlled Study*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(12), 1451-1459. DOI: 10.1097/00004583-200312000-00012
- Eriksen, T.R. (2001). *Omsorgsteori : i et kritisk og videnskapsteoretisk perspektiv*. *Filosofi, etik, videnskapsteori*.s. 262-304. København: Akademisk Forlag.
- Foreningen for selektiv mutisme (2021). *Barnehage og skole*. Foreningen for selektiv mutisme. <https://www.selektivmutisme.no/barnehage-og-skole>
- Gadamer, H.G. (2003). *Truth and method (2nd rev. ed.)*. New York: Continuum.

Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Gulbrandsen, L. M. (Red.). (2014). *Oppvekst og psykologisk utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action: 1: Reason and the rationalization of society*. Boston: Beacon Press

Hayden, T. L. (1980). *Classification of Elective Mutism*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 118-133. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)60657-9

Holden og Sållmann (2010). *Skolenekting: årsaker, kartlegging og behandling*. Oslo: Kommuneforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag

Johnson, M., Wintgens, A. (2013). *Hva kan jeg fortelle deg om selektiv mutisme? En guide for venner, familie og fagpersoner*. Oslo: Kommuneforlaget

Johnson, M., Wintgens, A. (2016). *Selective Mutism Resource Manual*. Bicester, Oxfordshire: Speechmark Publishing Ltd

Killén, K. (2012). *Forebyggende arbeid i barnehagen. Samspill og tilknytning*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kristensen, H. (2000). *Selective Mutism and Comorbidity With Developmental Disorder/Delay, 86 Anxiety Disorder, and Elimination Disorder*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249-256. DOI: 10.1097/00004583-200002000-00026

Kristensen, H., & Torgersen, S. (2001). *MCMI-II Personality Traits and Symptom Traits in Parents of Children with Selective Mutism: A Case-Control Study*. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 648-652.

Kristensen, H., & Torgersen, S. (2002). *A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 347-353. DOI: 10.1080/080394802760322114

Kristensen, H. (2005). *Taushet er også tale. Selektiv mutisme hos barn og unge*. I: Se meg! Barn i Norge 2005. Årsrapport om barn og unges psykiske helse, s. 17- 25. Utgitt av Voksne for Barn.

Kristensen, H. (2019, 21. mars). *Elektiv mutisme*. Den norske legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsett-etter-inndeling-i-icd-10/elektiv-mutisme/>

Kovac, L., M. & Furr, J.,M. (2019) *What teachers should know about selective mutism in early childhood*. Dordrecht: Springer Netherlands, Vol.47 (1), p. 107-114.

Krohn, D. D., Weckstein, S. M., & Wright, H. L. (1992). *A Study of the Effectiveness of a Specific Treatment for Elective Mutism*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 711-718. DOI: 10.1097/00004583-199207000-00020

Kvale og Brinkmann (2019). *Kvalitative forskningsintervju*. (3.utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lebrun (1990). *Mutism*. London: Whurr Publishers Ltd.

Lundahl, K., Ørbeck, B., & Kristensen, H. (2009). *Selektiv mutisme hos barn og unge*. *En veileder for pedagogisk psykologisk tjeneste*. Jaren: PP-tjenestens Materiellservice.

Lundahl, K., Ørbeck, B., & Kristensen, H. (2012). *Selektiv mutisme hos barn og unge*. *En veileder for pedagogisk psykologisk tjeneste*. Jaren: PP-tjenestens Materiellservice.

Lundahl, K. (2021, 1.april). *Slik oppdager du selektiv mutisme, og noen råd til hvordan du kan hjelpe*. Utdanningsnytt. <https://www.utdanningsnytt.no/angst-barnehage-helse/slik-oppdager-du-selektiv-mutisme-og-noen-rad-til-hvordan-du-kan-hjelpe/143029>

Manassis, K., Tannock, R., Garland, J., Minde, K., McInnes, A., & Clark S. (2007). *The Sounds of Silence: Language, Cognition, and Anxiety in Selective Mutism*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1187-1195.

Martinsen, H., & Nærland, T. (2009). *Sosial utvikling i førskolealder. Vennskap, konflikter og kommunikasjon i barnehagen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

McInnes, A., & Manassis, K. (2005). *When Silence Is Not Golden: An Integrated Approach to Selective Mutism*. *Seminars In Speech And Language*, 26(03), 201-210. DOI: 10.1055/s. 2005-917125

Nilssen, V. (2014). *Analyse i kvalitative studier: Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget

Omdal, H., & Galloway, D. (2007). *Interviews with selectively mute children. Emotional and Behavioral Difficulties*, 12(3), 205-214. DOI: 10.1080/13632750701489956

Omdal, H., & Galloway, D. (2008). *Could Selective Mutism be Re-conceptualised as a Specific Phobia of Expressive Speech? An Exploratory Post-hoc Study*. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 74-81. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2007.00454.x

Omdal, H. (2016). *Når barnet unngår å snakke- Selektiv mutisme i barnehage og skole*. Oslo: Universitetsforlaget.

Piaget, J. (1959). *The language and thought of the child*. London: Routledge and Kegan Paul.

Pine, D. S., & Klein, R. G. (2008). *Anxiety Disorders*. I M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (Fifth edition) (s. 628-647). Oxford: Blackwell Publishing.

Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). *A follow-up study of 45 patients with elective mutism*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(6), 284-296. DOI: 10.1007/PL00007547

Rommetveit (1981). *Språk, tanke og kommunikasjon: ei innføring i språkpsykologi og psykolingvistikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Scott, S., & Beidel, D. C. (2011). *Selective mutism: an update and suggestions for future research*. *Current psychiatry reports*, 13(4), 251-257. doi: 10.1007/s11920-011-0201-

Standart og Le Couteur (2003). *The Quiet Child: A literature Review of Selective Mutism: Commissioned Review: The Quiet Child*. *Child and adolescent mental health*. 2003-11, Vol.8 (4). 154-160. DOI: 10.1111/1475-3588.00065

Statistisk sentralbyrå. (2022, 3. mars). *Barnehager*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/utdanning/barnehager/statistikk/barnehager>

Steinhausen, H.-C., & Juzi, C. (1996). *Elective Mutism: An Analysis of 100 Cases*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614. DOI: 10.1097/00004583-199605000-00015

Stortingsmelding. (2006, 15. desember). *Meld St. 16 (2006-2007)*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2006-2007-/id441395/>

Stortingsmelding. (2019, 8. november). *Meld. St. 6 (2019-2020)*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20192020/id2677025/>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse* (5. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, H. A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Toppelberg, C., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., & Burger, C. (2005). *Differential Diagnosis of Selective Mutism in Bilingual Children*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 592-595. DOI: 10.1097/01.chi.0000157549.87078.f8

Torvund, H. Johnsen, M. K. (2011). *Vivaldi*. Kolbotn: Magikon forlag.

Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL- teori og intervensjon*. Oslo: Høyskoleforlaget.

Utdanningsforbundet. (2021, 20. april). *Yrkesbeskrivelse barnehagelærer*. Utdanning- offentlig og kvalitetssikret. <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/barnehagelaerer>

Utdanningsdirektoratet. (2021, 25. juni). *Fakta om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning*. Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/analyser/fakta-om-spesialpedagogisk-hjelp-og-spesialundervisning/#>

Utdanningsdirektoratet. (2021, 11. januar). *Veilederen spesialpedagogisk hjelp*.

Utdanningsdirektoratet. [#](https://www.udir.no/laring-og-trivsel/sarskilte-behov/spesialpedagogisk-hjelp/Spesialpedagogisk-hjelp/?fbclid=IwAR165JOo6mnVotPEg8GfXmV02D9Ej4QltS4Psx3R7_sdfti0cRDYRrfmtJo)

[#](https://www.udir.no/laring-og-trivsel/sarskilte-behov/spesialpedagogisk-hjelp/Spesialpedagogisk-hjelp/?fbclid=IwAR165JOo6mnVotPEg8GfXmV02D9Ej4QltS4Psx3R7_sdfti0cRDYRrfmtJo)

[#](https://www.udir.no/laring-og-trivsel/sarskilte-behov/spesialpedagogisk-hjelp/Spesialpedagogisk-hjelp/?fbclid=IwAR165JOo6mnVotPEg8GfXmV02D9Ej4QltS4Psx3R7_sdfti0cRDYRrfmtJo)

#

Utdanningsdirektoratet. (2017). *Rammeplan for barnehagen: innhold og oppgaver*. PEDLEX Norsk skoleinformasjon.

Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina A. A., & Silverman, W. K. (2003). *Clinical Distinctions Between Selective Mutism and Social Phobia: An Investigation of Childhood Psychopathology*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42(9), 1069-1075. DOI: 10.1097/01.CHI.0000070262.24125.23

Wergeland, H. (1979). *Elective Mutism*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59(2), 218-228. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1979.tb06962.x

World's health organization. (2020/09). *6b06 Selective mutism*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/167946871>.

Ørbeck, B. (2008). *Selektiv mutisme hos barn*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 45(9), s. 1149-1154. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/09/selektiv-mutisme-hos-barn>

Ørbeck, B., & Kristensen, H. (2011) *How to help silence is not golden? Treatment of 24 children with selective mutism-preliminary results*. *Eur. Child Adolesc. Psych.*,20(1), S15-S15.

Ørbeck, B., Stein, M., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, &, & Kristensen, H. (2013). *A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioral techniques*. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(3), 192- 198. DOI: <https://doi.org/10.1111/camh.12045>

Ørbeck, B., Stein, M., Pripp, B., & Kristensen, A. (2015). *Selective mutism: Follow-up study 1 year after end of treatment*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 757-766. DOI: 10.1007/s00787-014-0620-1

Ørbeck, B., Øvergaard, K., Stein, M., Pripp, A., & Kristensen, H. (2018). *Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997-1009.
doi:10.1007/s00787-018-1110-7

VEDLEGG

Vedlegg 1.



v/ Nord universitet

Informasjons- og samtykkeskjema

Vårt navn er _____ og _____, vi er begge utdannet barnehagelærere og studerer nå Master i Tilpasset opplæring ved Nord Universitet, avdeling Bodø. I den forbindelse skriver vi masteroppgave. I oppgaven vår har vi behov for å gjennomføre kvalitative forskningsintervju, med ansatte i barnehager.

Dette er en forespørsel til dere om å delta i en master hvor formålet er å undersøke hvordan barnehagelærere arbeider og tilrettelegger for barn med selektiv mutisme. I dette informasjonsskrivet ønsker vi å opplyse om målene for prosjektet, og hva en deltakelse vil innebære for deg og din barnehage. Ansvarlig for forskningsprosjektet er undertegnede. Vi ønsker å sette fokus på arbeidet innad i barnehagen, og kunnskapen om selektiv mutisme. Vår foreløpig problemstilling er «*Hvordan tilrettelegger barnehagelærere for barn med selektiv mutisme?*».

I forbindelse med vår masteroppgave skal vi gjennomføre kvalitative intervju, og vi har derfor valgt deg som informant ut fra følgende kriterier:

- Tidligere eller fungerende barnehagelærer/pedagogisk leder med fullført 3 årig utdanning ved Universitetet.
- Har konkret kjennskap til barn i barnehagen med selektiv mutisme.

Hva innebærer deltakelse for deg?

Vi ønsker å bruke mobiltelefon til å ta opp samtalen og opptaket vil bli ivaretatt av en app godkjent av NSD. I tillegg vil vi ta noen skriftlige notater underveis. Den ansatte og barnehagen vil bli anonymisert, og det skal ikke være mulig å identifisere. Den ansatte vil få signere et samtykkeskjema, som informerer om den ansattes rettigheter. Det vil være frivillig å delta på intervjuet, og man vil ha mulighet til å trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke foreligge noen negative konsekvenser for deg om du velger å ikke delta eller ved å trekke deg.

Opplysningene om deg vil bare bli brukt til formålene som er opplyst om i dette skrivet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, i samsvar med taushetsplikt og personvernregler. Informasjonen om deg vil være tilgjengelig for oss, og veileder Christel Sundqvist. Alt datamateriale vil bli lagret utilgjengelig for andre, og innelåst. Data fra intervjuet vil bli slettet etter avsluttet og bestått prosjekt. Prosjektet skal avsluttes innen 18.05.2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Nord universitet avdeling Bodø* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studiet, kan spørsmål rettes til:

- , ved Nord Universitet avdeling Bodø. Mail:
Telefon: eller
ved Nord Universitet avdeling Bodø. Mail:
Telefon:
- Christel Sundqvist, christel.sundqvist@nord.no, tlf. 75 51 77 49
- Personvernombud ved Nord Universitet
personvernombud@nord.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, personverntjenester@nsd.no Tlf: 55 58 21
17

Med vennlig hilsen

v/ Nord Universitet avdeling Bodø



Intervjuguiden

Innledende spørsmål

- Kan du fortelle kort om din faglige bakgrunn, din alder og hvor lenge du har arbeidet i barnehage?
- Hva har vært din rolle i møte med barn med selektiv mutisme?
- Kan du fortelle kort om dine kjennskaper, kunnskaper og erfaringer med barn med diagnosen selektiv mutisme?
- Hvor god kjennskap hadde du til diagnosen «selektiv mutisme» før du hadde konkret erfaring med barn som har/fikk diagnosen?

Forskningsspørsmål 1. Hvilke tiltak er barnehagelærere kjent med som kan tilrettelegge/tilpasse for barn med selektiv mutisme?

- Hvilke konkrete tiltak har du erfaring med i arbeidet med barn med selektiv mutisme i barnehagen?
- Har du kjennskap til konkrete verktøy eller metoder i arbeidet med barn med selektiv mutisme?
- Hvilke konkrete aktiviteter tenker du kan være forebyggende for å utvikle diagnosen?

Forskningsspørsmål 2. Hvordan samarbeider barnehagelærere med andre voksne rundt barnet (foreldre/PPT og andre instanser)?

- Har du konkrete erfaringer knyttet til avdekking/kartlegging av selektiv mutisme hos barn i barnehagen?
- Når fikk barnet diagnosen, og hvilke tiltak var tilstede før barnet ble utredet og hvilke tiltak kom til etter diagnosen var satt?
- Kan du si noe om samarbeidet med andre instanser knyttet til den konkrete oppfølgingen av barn med selektiv mutisme?
- Hvordan videreformidles informasjon og kunnskap om diagnosen innad i barnehagen?

Forskningsspørsmål 3. Hvilke utfordringer og holdninger opplever barnehagelærere i møte tilrettelegging for med barn med selektiv mutisme?

- Opplever du spesifikke holdninger eller fordommer knyttet til arbeidet med barn med selektiv mutisme (egne og/eller andres)?
- Hvilke utfordringer vil du si dominerer arbeidet med tilrettelegging for barn med selektiv mutisme?
- Noe annet du tenker er viktig å tilføye problematikken?

Vedlegg 3.

Svar på søknad til NSD

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 07.10.2021. Behandlingen kan starte, men vi ber om at dere nøye leser avsnittet om ansattes taushetsplikt under.

Ansatte i barnehagen sin taushetsplikt

Barnehageansatte har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltbarn, deres foreldre eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at du er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, navn på barnehage, opprinnelsesland, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Studenten og den ansatte har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Vi anbefaler derfor at studenten minner om taushetsplikten før intervjuet starter.

Del prosjektet med prosjektansvarlig

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet.

Type opplysninger og varighet

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 18.05.2022.

Lovlig grunnlag

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

Personvernprinsipper

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - data minimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagrings begrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE

Registrertes rettigheter

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

Følg din institusjons retningslinjer

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf.

art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

Med vesentlige endringer

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

Oppfølging av prosjektet

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1).