

Norsk tidsskrift
for logopedi

Juni 2014
Årgang 60

Logo

PEDEN 214



ARTIKKEL/DEBATTINNLEGG

Norsk Tidsskrift for Logopedi er åpent for ulike faglige standpunkt. Meningsytringene som kommer frem i de ulike innleggene står dermed for forfatterens egen regning – og deles ikke automatisk av redaksjonen. Norsk Tidsskrift for Logopedi fungerer som meldingsblad for alle medlemmer av Norsk Logopedlag. Redaksjonen forbeholder seg retten til å bestemme utgivelsesdato for innlevert manuskript. Fra utgave 1-2013 vil alle fagartikler også publiseres på NLLs internettside. Der finner du også innholdsfortegnelse, redaktørens side, nytt fra styre og yrkesetisk råd.

Redaksjonen er svært glad for at du vil skrive i Logopeden. Hvis du følger noen praktiske og tekniske råd, sparer du redaksjonen for mye arbeid.

TEKNISKE RÅD

- 1) Artikkel inkludert overskrifter skal skrives i Times New Roman og enkel linjeavstand.
- 2) Ikke bruk bindestrek ved orddeling på slutten av en linje. Linjelengden i tidsskriftet er ikke det samme som i ditt dokument.
- 3) Avsnitt markeres med dobbelt linjeskift uten innrykk. Bruk linjeskift kun ved markering av avsnitt.

PRAKTISKE RÅD

- 4) Artikkelen innledes med hovedoverskrift.
- 5) Artikkelens overskrifter skal ikke være nummererte. I tillegg til hovedoverskriften skal det brukes overskrifter på to nivå.
- 6) Artikkelen skal ha en appetittvekker på ca. 50-70 ord. Bruk pkt. 12 og kursiv.
- 7) Kun litteratur som er brukt i artikkelen skal oppføres som kilde.
- 8) Lengden på artikkelen bør ikke overstige 5 sider i tidsskriftet. En side i tidsskriftet utgjør ca 830 ord. (5 sider utgjør ca 4200 ord). Trykkeriet gjør nødvendige tilpasninger.
- 9) Artikkelen skal ha en presentasjon av forfatter, faglig bakgrunn, nåværende arbeidssted, og epost-adresse, samt et bilde. Ca. 20-50 ord.
- 10) To eksemplarer av bladet sendes forfatteren(e) etter publisering. Adressen bladene skal sendes til må oppgis.
- 11) Bilder og logoer lagres i JPG, TIFF eller EPS i så stor oppløsning som mulig.
- 12) Alt sendes til redaktør på e-post logoped.m.kirmess@gmail.com

FAGFELLEVRURDERING

Norsk Tidsskrift for Logopedi er anerkjent som vitenskapelig tidsskrift. Dette innebærer at redaksjonen har system for fagfelleevaluering av vitenskapelige artikler. Fagfelleevaluering avtales med den enkelte artikkelforfatter. Materiellfrist for artikler som skal gjennom fagfelle er én måned før ordinær materiellfrist.

MATERIELLFRIST OG UTGIVELSER

1. februar, utgis 1. mars
1. mai, utgis 1. juni
1. september, utgis 1. oktober
1. november, utgis 1. desember

ANNONSEPRIS PR. 01.01.2013

1/1 (175 x 221 mm) side - s/hv – kr. 1.500,-
2/3 (175 x 145 mm - 2 sp. x 221 mm) side - s/hv – kr. 1.200
1/2 (175 x 109 mm - 3 sp. x 109 mm) side - s/hv – kr. 1.100
1/3 (175 x 72 mm - 1 sp. x 221 mm) side - s/hv – kr. 900,-
1/4 (175 x 53 mm - 86 x 109 mm) side - s/hv – kr. 700,-
- Fargetillegg kr. 700,-
Annonser fra regionslag i NLL er gratis.

Grafisk formgiver kan være behjelpelig med utforming av annonsens utsende (faktureres separat).
Annonsekontakt: lisabaal@hotmail.com



STYRET I NLL

Leder Elisabeth Berg
Kortbølgen 10, 9017 Tromsø
nll.norsklogopedlag@gmail.com
Tlf.: 77 67 68 35

Nestleder Sve, Bjørg Tulluan
Sve, 6200 Stranda
bjorgsve@online.no
Tlf.: 70 26 06 14

Kasserer Marianna Juujärvi
Midnattsolvegen 3
9024 Tomasjord
kassererNLL@gmail.com
Tlf.: 993 60 864

Sekretær Signhild Skogdal
Marielund 35, 9006 Tromsø
signhild.skogdal@gmail.com
Tlf.: 928 67 932

Styremedlem
Petersen Oftedal, Marit
Slupparmen 8, 4056 Tananger
mpo@online.no
Tlf.: 480 33 653

Varamedlem/nettansvarlig
Eliassen, Gunder
Sømnesåsen 20, 8920 Sømna
gundereliassen@online.com

Varamedlem Kvisgård, Katrine
Kvernfare 13, 0383 Oslo
Katvi@online.no
Tlf.: 482 69 236

YRKESETISK RÅD

Leder Reichmann, Erik
Knattenvegen 7 a,
2005 Rælingen
nll.yrkesetisk@gmail.com
Tlf.: 996 21 601
Medl. Haukeland, Ingjerd
Medl. Sørland, Brit
Varamedl. Dahl, Trine Lise

ORGANISASJONSUTV.

Leder Stine Brubak
Fetveien 2180
1910 Enebakkneset
Stine.brubak@gmail.com
Tlf. 476 78 087
Medl. Kristin Hovstein Vanebo
Medl. Jorunn Skartveit Lemvik
Varamedl. Beate Johansen

PEDAGOGISK UTVALG

Leder Højsgaard, Elsebeth
Sjøveien 36, 4120 Tau
elsebeth.hojsgaard@lyse.net
Tlf. privat: 51 74 66 18
Tlf. jobb: 51 74 30 20
Medl. Rankin, Louise
Medl. Lea, Inger
Varamedl. Ravndal, Kristin

FAGUTVALGET

Leder Rygvold, Anne-Lise
Grindbakken 26, 0764 Oslo
a.l.rygvold@isp.uio.no
Tlf.: 22 85 80 78
Medl. Knoph, Monica I. K.
Medl. Klem, Marianne
Varamedl. Gitte Gjerstad

NTL: NORSK TIDSSKRIFT FOR LOGOPEDI

Kirmess, Melanie
Lensmannsjordet 52,
1352 Kolsås, Tlf. 95129142
logoped.m.kirmess@gmail.com
Medl. Vøyne, Jannicke
Medl. Røste, Ingvild
Medl. Baal, Lisa

SALGSREPRESENTANT

Nakling, Monica
Sædalsvegen 71 A, 5099 Bergen,
mnakling@online.no
Tlf.: 55 27 05 10 / 474 48 601

ARKIVAR

Arkivar Tina Kaasa
Arkivar Moe, Marianne
marianne.moe@statped.no

PRIVAT UTVALG

Leder Andersen, Ole Petter
Marikosveien 20, 1715 Yven
opa@halden.net
Tlf.: 918 87 572
Medlem Jorunn Fiveland
Medlem Ole-Andreas Holmsen
Varamedlem Elin Sletten

VALGKOMITÉ

Leder Fossler, Randi
Anton Schjøthsg.18, 0454 Oslo
randifossler@logopedix.com
Tlf.: 412 84 393
Medl. Baumann, Vera
Medl. Gilleberg, Kristine
Varamedl. Lie, Bjarte
LEDERE I REGIONSLAG
Bu-Te-Ve Trovi, Inger Marie
inger.marie@stemmebruk.com
Tlf.: 990 16 351

Akershus Hauglund, Brit
brit.hauglund@online.no
Tlf.: 408 82 802

Oslo Bratfoss, Helmine
helmineb.oll@gmail.com
Tlf.: 934 99 535

Møre Roms Høydal, Bjarte
logopedlaget@gmail.com
Tlf.: 950 62 464

Agder Nordbø, Gro
grosnord@online.no
Tlf.: 37 26 15 00

Hedm.Oppl.
Nordsveen Sulen, Kristin
ksu@ringsaker.kommune.no
Tlf.: 62 33 65 00 / 976 90 542
Nordland Grepperud, Marit
marit.grepperud@gmail.com
Tlf.: 470 12 314

Troms Fin. Hallangen, Gørril
goerhh@online.no
Tlf.: 466 33 166

Østfold
Vinje, Cecilie E.
cecilie.vinje@hotmail.no
Tlf.: 996 37 211

Rogaland Lea, Inger Flatekvål
inger.lea@randaberg.kommune.no
Tlf.: 51 69 77 46

Trøndelag Dahl, Trine Lise
trinelised@gmail.com
Tlf.: 995 42 063

Hord. SognFj
Mohn, Cecilie
cecmohn@hotmail.com

Norsk Tidsskrift for Logopedi. Fagblad for medlemmer av Norsk Logopedlag.
Tidsskriftet har fire utgivelser pr. år, og sendes til alle medlemmer av Norsk Logopedlag.
Bladet er godkjent som vitenskapelig tidsskrift.

Redaktør:

Melanie Kirmess – Lensmannsjordet 52, 1352 Kolsås,
logoped.m.kirmess@gmail.com – Tlf. 95129142

Red.medl.:

Jannicke Vøyne – Tlf. 415 95 905 – jannicke.voyne@bsa.oslo.kommune.no

Red.medl.:

Ingvild Røste – Tlf. 480 57 974 – ingvildroste@hotmail.com

Red.medl/annonser:

Lisa Baal – Tlf. 911 78 201 – lisabaal@hotmail.com

Norsk Logopedlags web-side: www.norsklogopedlag.no

Nettansvarlig: Gunder Eliassen – gme.ls@nfk.no

Grafisk formgiver/Trykk:

Lura Trykkeri AS

Forside:

Harry Welten

Forsidefoto: Ketil Born/Samfoto

ISSN:

0332-7256

Logoped – verdens 10. beste yrke?



Ofte synes jeg at jeg har valgt verdens beste yrke. Andre ganger har jeg derimot tanker som: *Er det noen vits å drive med dette? Hjelper det egentlig? Får jeg brukt tida på det som virkelig er det viktigste i yrket?* Ofte skjer det når brukere ikke får forventningene sine innfridd, når jeg ikke synes at jeg klarer å komme fram til de rette tiltakene eller at tiden går med til oppgaver som mest sannsynlig havner i en skuff og er glemt straks etter at de er gjort. Det er noen ganger. Men for det meste har jeg altså tenkt at jeg har valgt verdens beste yrke, selv før jeg hadde noen statistikk til å underbygge det med. Men her en dag sendte en kollega meg en lenke fra den amerikanske arbeids- og karrieresiden CareerCast.com. De vurderer hvert år 200 yrker ut fra arbeidsmiljø, inntekt, jobbmuligheter og stress. Og i årets undersøkelse havner altså logoped på en 10. plass. Jeg hadde altså rett likevel :-)

Inntekt og jobbmuligheter blir vurdert som det viktigste i rangeringen. Men legg merke til at alle yrker over logoped på lista, har høyere gjennomsnittlig årslønn, og det har også svært mange av de som havner på de neste plassene. Det er tydeligvis noe annet som gir logopedyrket topp-10-plassering. Og selv om logopedfaget vel fortsett må sies å ha et utviklings-

potensial, når det gjelder kunnskap og ressurser for å dekke behovene hos brukerne, håper og tror jeg at de fleste av oss som regel kan gå fra jobben om ettermiddagen og tenke at vi har vært til nytte for noen.

En annen ting som øker yrkestoltheten min, er å være en del av redaksjonen i dette bladet. At dere som er medlemmer (sammen med andre) sender inn bokmeldinger, logopediske tips, referater og artikler, gjør at jeg minnes på hvor mange i denne lille organisasjonen som bryr seg om yrket vårt, og ønsker å være med å dele og utvikle logopedien videre.

I denne utgaven har vi to artikler om afasi og gester. Sonja Erlenkamp, Kristina Moltu Reinertsen og Frank Becker tar først for seg hva litteraturen forteller oss om hva gester er, og hvordan de kan brukes av afasirammede. I den neste artikkelen presenterer Erlenkamp og Becker et av Sunnaas' mange interessante prosjekter, nemlig SunnGest, som nettopp prøver ut bruk av gester i afasirehabiliteringen.

Øydis Hide har nettopp disputert for doktorgraden, og har skrevet en sammenfatning av avhandlingen, som handler om akustiske trekk i talen til barn med cochlea-implantat – viktig kunnskap for

mange logopeder som arbeider med taletrening for CI-barn.

I denne utgaven har vi for en gangs skyld også hele to artikler om stemme. Den første er skrevet av Ragnhild Skard som presenterer Fonasjon i rør som metode i stemmebehandling. Selv en god metode kan brukes feil, minner hun oss om. Den andre artikkelen har tidligere vært publisert i svenske Logopednytt. Johanna Hengen, Malin Peterson og Anita McAllister har brukt *Rösthandikappindex*, kjent i Norge som Voice Handicap Index (VHI), for å vurdere virkningen av stemmebehandling ved såkalte logopedmottagningar. VHI ble for øvrig oversatt til norsk i 2011, ved blant andre Tom Karlsen og Anne Rita Hella Grieg i Statped vest, og kan lastes ned gratis på statped.no.

Da gjenstår det bare å gratulere med å ha valgt verdens 10. beste yrke, samt å ønske god sommer og god lesing!

PS: Matematiker er det aller beste yrket, i følge CareerCast. Tømmerhogger er det verste...

Ingvild Røste

Nytt fra styret

Det nærmer seg nå Landsmøte og kurs i Tromsø. Byen er klar for å ta imot logopedene, og vi i styret gleder oss til å dele dagene 12.-15. juni med de som kommer til Tromsø. Fagutvalget og arrangementskomiteen har stått på for å få alle brikkene på plass, og de fortjener virkelig ros for dette. Vi i styret har hatt løpende kontakt og samarbeidet med *ildsjelene*, og vi tror at både kursprogram og øvrig gjennomføring av hele arrangementet vil bli meget bra.

Forberedelse til LM-2014 har akkurat nå stort fokus i styrets arbeid. Det er mye som skal klargjøres før saksliste og saksdokumenter sendes ut til medlemmene. Takket være godt samarbeid i styret, har denne prosessen gått meget bra, og vi overholder fristene som er satt for arbeidet.

Det har vært en hektisk vår, men styret har hatt mange spennende oppgaver. Etter utdanningskonferansen i januar, har vi gjennomført både styremøter og vårkonferanse, og vi har vært representert på danskenes etterutdanningskurs og deres generalforsamling i Nyborg. I Nyborg var vi representert på møte i Nordisk samarbeidsråd der vi utvekslet erfaringer med logopedkollegaer fra Island, Sverige og Danmark.

Evalueringsene fra vårkonferansen i mars var positive. Det var blant annet stor deltakelse og interesse under drøftingen av fremtiden for NLL som organisasjon. Dette temaet og behov for endringer, kom opp allerede på høstkonferansen og har vært diskutert i flere sammenhenger i denne styreperioden. Visjonære tanker og ideer som ble presentert på konferansen, dannet grunnlag for konstruktive drøftinger og endte opp med mange gode innspill som styret har jobbet videre med.

Styret har sendt brev til kunnskapsministeren med ønske om et møte for å drøfte mulige årsaker til at mange ikke får logopedhjelp. Vi har fått svar at dette møtet ikke lar seg gjennomføre *før* sommeren. Vi har sendt tilbakemelding og ytret ønske om at et slikt møte kan realiseres på høstparten.

I mars hadde vi møte med Helfo etter omorganiseringen der. Dette møtet kom i stand etter at mange medlemmer signaliserte svært uheldige konsekvenser både for klientene og logopedene. Avklaringene i møtet med Helfo var konstruktive og nødvendige, og førte til umiddelbar bedring i systemsvikten som hadde funnet sted under omleggingen. Helfo beklaget det inntrufne og de konsekvensene dette hadde medført for klientene og våre medlemmer.

Vi har jevnlig vært i kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for å følge opp autorisasjons-saken, senest i mai 2014. Behandlingen har tatt lang tid, men vi håper fortsatt på en positiv tilbakemelding og på en status fra HOD innen LM-2014. En autorisasjon under Helselovgivningen vil være positivt for oss som logopeder, men vil også stille nye krav til oss og vår profesjonalitet.

Etter LM-2014 vil et nytt styre overta. Det er positivt å få inn nye krefter, men også bra at noen blir igjen. Sittende styre vil takke alle medlemmene for tilliten og støtten dere har vist oss. Vi vil også takke tillitsvalgte for godt samarbeid i hele perioden, og til slutt ønske det nye styret og alle nye og 'gamle' tillitsvalgte lykke til med spennende oppgaver.

Beste hilsen fra styret i NLL 2012-2014



Elisabeth Berg

Leder



NORSK
LOGOPEDLAG

nll.norsklogopedlag@gmail.com

*Elisabeth Berg
Leder*



Statped 13. - 14. november 2014

Kursavgift:

Kr. 1500 (inkl. lunsj)
Kr. 250 (inkl. lunsj) for
logopedistudenter

Påmelding og fullstendig program:

www.statped.no/kurskalender

Eventuell avbestilling
belastes med kr. 500

Vel møtt til Afasidagene 2014!



Afasiteamet ved Statped sørøst, fagavdeling språk/tale, arrangerer sine årlige afasidager. For fjortende året på rad inviterer teamet logopeder og andre interesserte fagpersoner til et praksisrettet kurs om afasi.

Foreløpig program:

13. november, kl. 10-16:

- **Smittet av smerte?**

Hva gjør det med fagfolk å møte andres sorg?

v/ Knut Andersen, klinisk sosionom, Seksjon for sorgstøtte, Ahus.

- **Å leve med afasi – et familieperspektiv**

Betydningen av håp og motivasjon i afasirammedes møter med helsepersonell

v/ Gabriele Kitzmüller, Førsteamanuensis, Phd, Høgskolen i Narvik.

- **Afasi: hvordan kan det påvirke parrelasjonen og familieliv?**

v/ Sissel Ingvaldsen, spesialpsykolog, Statped sørøst.

Resten av programmet denne dagen er ikke fastsatt.

14. november, kl. 9-15:

- **Acquired brain injuries and cognitive-communication disorders** (foreløpig tittel)

v/ logoped Sheila MacDonald, Ontario, Canada.

Forelesningen vil foregå på engelsk.

Kontaktpersoner: Line Haaland-Johansen: line.haaland-johansen@statped.no
Ingvild Røste: ingvild.roste@statped.no



Gester og afasi – en litteraturoversikt

De siste tiårene har det blitt forsket stadig mer på bruk av gester i afasirehabiliteringen. Med denne litteraturbaserte forskningsartikkelen ønsker vi å gi en oversikt over status quo på bruk av gester hos afasirammede og på bruk av gester i rehabilitering av afasirammede sett i lys av nyere kunnskap om gester generelt. Kunnskap på disse områdene er viktig for norske logopeder som grunnlag for vellykket bruk av gester og kroppsspråk i afasirehabilitering.

BAKGRUNN OG MÅLSETTING

De siste tiårene har det internasjonalt vært økende fokus på bruk av gester hos afasirammede (Rose, 2006, 2013a). Oss bekjent finnes det ingen norske oppsummeringer på området. Det er således behov for en systematisk gjennomgang og tilgjengeliggjøring av nyere internasjonal kunnskap om bruk av gester i afasirehabiliteringen. Som en del av et større prosjekt «bruk av gester i afasirehabilitering» ved Sunnaas Sykehus HF¹ som hadde som formål å utvikle et nytt rehabiliteringsopplegg for afasirammede (SunnGest, Erlenkamp & Becker, 2014) ble denne litteraturgjennomgangen gjennomført mellom august 2012 og mars 2014.

Under gjennomgangen har det vist seg at begrepet «gester» brukes ulikt i studiene og det kan dermed bli vanskelig å sette ulike forskningsresultater i sammenheng med hverandre. Samtidig er kunnskap om hva gester er, hvilken funksjon de har i kommunikasjon og hvilke ulike typer gester som finnes, viktig for å forstå hvordan gester kan anvendes i afasirehabiliteringen. Som en konsekvens har vi valgt å innlede denne artikkelen med en kort oversikt over status quo i forskningen på gester generelt samt i forhold til afasirammede.

Videre var en viktig del av kartleggingen å få en oversikt over ulike typer intervensjoner for bruk av gester i afasirehabilitering.

METODE

I forbindelse med prosjektets litteraturstudie ble det mellom august 2012 og mars 2014 gjennomført søk i Medline og ved hjelp av Google Scholar med søkeordene «aphasia» og «gesture», inkludert utvidet søk utgående fra førstehåndstreff ved å bruke treffenes referanselister

og «sitere av»-funksjonen. Det ble ikke satt historiske begrensninger med tanke på tidspunkt for publisasjon, og alle relevante engelskspråklige artikler som omhandlet ulike aspekter ved bruk av gester i afasirehabilitering eller bruk av gester hos afasirammede publisert til og med 2013 er forsøkt inkludert. For publikasjoner direkte rettet mot bruk av gester hos afasirammede ble titlene og sammendragene vurdert med hensyn til deres relevans for denne studien; til sammen 41 artikler ble til slutt nøye gjennomgått av prosjektleder Sonja Erlenkamp og prosjektmedarbeider Kristina Moltu Reinertsen. I tillegg ble det trukket inn relevante publikasjoner om gester generelt og afasi generelt. Til sammen utgjør 61 publikasjoner, både bøker og artikler, grunnlaget for denne artikkelen (se litteraturlisten).

GESTER: DEFINISJON, KLASSEFIKASJON OG FUNKSJON

Gester er en del av mellommenneskelig ansikt-til-ansikt-kommunikasjon. Gesteforskningen begynte for alvor på 1960-tallet og har frem til i dag blitt et eget forskningsfelt med relativt omfattende litteratur (for eksempel: Beattie, 2004; Kendon, 2004; Kita, 2009; McNeill, 1992, 2000, 2005) som også berører ulike andre fagfelt, deriblant klinisk forskning inkludert afasirehabilitering. Imidlertid brukes begrepet *gester* nokså ulikt i forskningslitteraturen; noen bruker begrepet kun om håndgester, andre inkluderer også noen hodebevegelser. Dette gjør sammenligningen av ulike studier komplisert, spesielt også fordi en del studier ikke angir hvilken definisjon de følger.

En kjent definisjon fra Kendon og McNeill beskriver gester som ofte ubevisste bevegelser i ansiktet, hodet, armene og overkroppen som produseres samtidig med eller som del av en pågående kommunikasjonsprosess eller språklig interaksjon (Kendon, 2004; McNeill,

¹ Prosjektet ble finansiert av ExtraStiftelsen i perioden august 2012 – desember 2013.



Sonja Erlenkamp¹, Kristina Moltu Reinertsen², Frank Becker^{1,3}

¹ Sunnaas sykehus HF

² Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk

³ Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin

Sonja Erlenkamp er tidligere professor i tegnspråk og jobber nå som forsker og innovasjonsrådgiver ved Sunnaas sykehus. Hennes spesialfelt er visuell og alternativ kommunikasjon. E-post: sonja.erlenkamp@sunnaas.no

Kristina Moltu Reinertsen er adjunkt og i ferd med å avslutte videre studier i logopedi ved Universitetet i Oslo. Hun skriver sin masteroppgave om SunnGest og har fulgt det polikliniske gruppetilbudet ved Sunnaas sykehus vinteren 2014.

Frank Becker er medisinsk fagsjef ved Sunnaas sykehus, og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Han er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og har en Ph.D. på afasi. E-post: frank.becker@sunnaas.no

2005). Innenfor prosjektet forstås gester som «bevegelser i ansikt, hodet, armene og overkroppen som brukeren gjør *bevisst eller ubevisst med kommunikativ hensikt* eller som kan være et bidrag i kommunikasjonen» (Erlenkamp, 2013, s. 6). Definisjonen som vi bruker, innfører og vektlegger ordet «bevisst», da bevisstgjøring av gester kan være del av afasirehabiliteringen som i AmerInd-intervensjonen (Skelly & Schinsky 1979).

I motsetning til talte ord, kan ikke gester deles opp i mindre enheter. Gester oppfattes og tolkes som en helhet, og det er helheten som bestemmer meningen av den enkelte gesten (McNeill, 2005). Et nikk kan for eksempel bety både *ja* og *nei* avhengig av konteksten. Nikket forestiller da et uttrykk tilsvarende et talt ord. Imidlertid representerer en gest oftest en frase eller en hel setning (De Ruiter, 2000; Kendon, 1988). Eksempelvis kan gesten for *drikke*, å forme hånden som om den holder et glass og å føre hånden til munnen, forestille handlingen drikke, men mottaker kan tolke gesten som at avsender er tørst eller inviterer til å ta en drink, til og med som beskrivelse av en gjenstand. Den enkelte gesten *drikke* kan altså uttrykke ulikt innhold som «glass», «jeg er tørst» eller «skal vi ta en drink?».

Gester kan enten akkompagnere talen eller de kan produseres uavhengig av tale. De forstås i en kontekst, i en

sammenheng med ytringssituasjonen, samtidig som de gjør situasjonen mer tilgjengelig i den mentale forståelsen (McNeill, 1992, 2000, 2005). Gester blir ofte kategorisert etter form og funksjon; dette uavhengig av forståelsen av at gestbruk er kulturelt betinget (Kita, 2009). Gester ser ut til å være basert på de samme grunnleggende mentale prinsippene i ulike kulturer, selv om de kan variere i form.

Typer gester

Det finnes mange ulike tilnærminger til å dele gester inn i ulike typer, som mer eller mindre overlapper med hverandre. I det følgende fokuserer vi på den mest kjente inndelingen av McNeill. Etter inspirasjon fra Adam Kendon, plasserer McNeill (1992, 2000, 2005) gester langs et kontinuum, fra gestikulering i den ene enden, til tegnspråk i den andre enden. Langs dette kontinuumet finnes blant annet emblemer, som brukes tilsvarende faste uttrykk, og pantomime. Gestikulering er etter vår oppfatning den typen gester som har mest relevans for afasirehabilitering. Ifølge McNeill (2005) kan gestikulering deles inn i fire underkategorier avhengig av deres funksjon i kommunikasjonen og av meningsdanningsprinsippet som ligger til grunn for gesten:

- Deiktiske gester har som funksjon å henvise til noe. Prototypen er vanlig peking med pekefingeren rettet

mot en gjenstand, mens resten av hånden er knyttet. Dersom hånden er opptatt med noe annet, kan man peke ved å bevege eller rette hodet, nesen, albuen, foten, blikket og i noen kulturer leppene/tunge mot entiteten.

- Beatgester er korte, kjappe bevegelser, ofte bare et slag med hånden. Disse gestene brukes for å markere at noe er nytt eller viktig i diskursen. De understreker og/eller danner en rytme i uttrykket. Derfor kan de også markere en tidsdimensjon eller tidsforløpet i talen.
- Ikoniske gester viser en slags avbildning, en illustrasjon, av det som blir sagt. For eksempel kan en person som forteller om å kaste noe bak seg, samtidig bevege hånden på en måte som etterligner det å kaste noe bak seg.
- Metaforiske gester referer til noe abstrakt selv om de strengt tatt viser en avbildning av noe konkret. Man kan snakke om noe abstrakt og samtidig holde det i hånden som om det var en konkret entitet. Denne gruppen kan anses som en spesiell undergruppe av ikoniske gester.

Disse ulike kategoriene av gester har blitt observert og dokumentert av ulike forskere, dog omtalt med forskjellige termer. Uansett kan alle de ovennevnte gestetypene grovt deles inn i to grupper: meningsladede og abstrakte gester (Lanyon & Rose, 2009; Sekine m.fl., 2013). Meningsladede gester formidler eller indikerer konkrete betydninger. Disse gestene er emblemer, pantomimer, deiktiske og ikoniske gester. Beatgester og metaforiske gester er abstrakte gester som enten har en abstrakt betydning eller en strukturerende funksjon uten spesifikk betydning.

Ikoniske gester synes spesielt relevante for bruk i afasi-sammenheng. Erlenkamp (2009) har gjennom kognitiv-lingvistiske analyser av norske tegnspråklige tegn og norske gester identifisert tre underkategorier av ikoniske gester, basert på ulike mentale prosesser som synes å være så grunnleggende at vi kan finne dem igjen i ikke-språklige handlinger. Underkategoriene har hver sin funksjon i mellommenneskelig kommunikasjon:

- Manipulatorer, også kalt håndterere, der gesten illustrerer ikonisk hvordan man håndterer eller manipulerer et objekt. For eksempel kan det å holde et usynlig ratt referere til bilkjøring.
- Substitutorer, eller stedfortredere, der hele eller deler av hånden, armen eller hodet (eller en annen gjenstand) forestiller et objekt. Gesten avbilder objektet gjennom en stilisert form og spatial orientering av kroppsdelen. For eksempel kan hånden forestille et fly som letter ved at en flat hånd føres opp i luften.
- Deskriptorer, også kalt beskrivere, som benyttes for å gjengi et objekts utseende, form og materiale. Denne gestetypen går ut på å spore eller trekke opp omrisset eller ytterlinjene av et objekt. Verken hånden eller andre kroppsdeler illustrerer noe i seg selv. Et eksempel på dette er å holde håndflatene fra hverandre for å angi størrelsen på en fisk.

Gesters funksjon

Kroppsspråket har en viktig funksjon, noe som blant annet kan sees i viktigheten av å bruke såkalte emoticons (smilefjes) i internettkommunikasjon, der man skriver som om man kommuniserer muntlig, men på grunn av manglende tilgang til hverandres kroppsspråk kan det oppstå store misforståelser. Gester synes å være en viktig del av kommunikasjonen og meningsdanningen. Forsøk hvor visuelle gester som bevegelser av øyenbryn, blunk eller blick manipuleres bort, viser at mottaker oppfatter bedre når de naturlige gestene er til stede (Argyle & Cook, 1976; Krahmer & Swerts, 2007). Gestene har følgelig en viktig funksjon i kommunikasjonen. En mulig forklaring på sammenhengen mellom gester og meningsdanning er at gester som visuelle stimuli støtter andre språkrelaterte prosesser i hjernen. Denne antakelsen styrkes av forskning som viser at barn med ulike syndromer, slik som autisme, Downs syndrom eller Cri du Chat, har utbytte av å bruke visuelle tegn lånt fra et tegnspråk i sin kommunikasjon (for en innføring i emnet, se Erlenkamp & Kristoffersen, 2010).

Gester antas også å ha en viktig funksjon i forhold til mentale prosesser, fordi gester og språklige ytringer henger nært sammen og har sin opprinnelse i de samme kognitive prosessene. Det har blitt vist at mennesker bruker gester selv der forforståelsen mangler eller der

gestene ikke har visuell relevans. Blindfødte for eksempel, gestikulerer mens de babler på et førspråklig stadium (Woll, 1998), det samme gjør personer som snakker i telefon (Bavelas m.fl., 2008). Blinde voksne gestikulerer i samtale med andre blinde (McNeill, 2005). Disse observasjonene tolkes som uttrykk for en mental sammenheng mellom gester og språk/kommunikasjon. En av forklaringsmodellene er at det som skjer i hjernen før ytringen, kan ta form som en språklig ytring og/eller en gest.

Med bakgrunn i at noen typer tegnspråklige tegn og talespråklige gester er basert på de samme mentale meningsdanningsprosessene (Erlenkamp, 2009), kan det antas at både tegn og gester kan lette kommunikasjonen for personer med språkvansker. Bruk av tegn med småbarn uten språkvansker indikerer at tegn og gester kan trigge funksjonell kommunikasjon mellom barnet og omsorgspersonene tidligere enn ved bruk av kun talespråk (for mer informasjon: <http://www.babysignlanguage.com/basics/research>).

I forskningslitteraturen postuleres tre hypoteser for gesters funksjon. Den første påstanden er at gester har en kommunikatív hensikt (De Ruiter, 2000; McNeill, 2005; Melinger & Levelt, 2004). For at gestene skal kunne gjenkjennes av mottakeren, produserer avsenderen gester tilpasset mottakeren (Melingner & Levelt, 2004). Særlig ikoniske gester som angir et objekts eller en persons posisjon og størrelse, kan bidra til mottakerens forståelse (Beattie & Shovelton, 2002, 2006). Som hypotese nummer to hevder eksempelvis Bavelas m.fl. (2008) at gester også må ha en individuell, kognitiv funksjon for *avsenderen*. Det foreslås at gester kan hjelpe avsenderen med å finne ord dersom vedkommende har ordletingsvansker (Krauss m.fl., 2000). Hadar m.fl. (1998) hevder at gester fasiliterer tilgang til det mentale leksikonet, basert på sitt funn: at 70 % av afasirammedes gester oppstod i nølende pauser assosiert med ordleting. Lanyon & Rose (2009) fant at ordletingsvansker ble løst betydelig oftere når den afasirammede benyttet gester. I den tredje hypotesen anses gester som et verktøy for konseptuell prosessering (Kita, 2000; Kita & Davies, 2009). Det foreslås at gester bidrar i dannelsesprosessen av talen og til å organisere informasjonen som skal innkodes i en ytring.

Forskningen har ennå ikke konkludert med hva som er gesters eksakte funksjon, men det er grunn til å tro at de tre foreslåtte funksjonene ikke utelukker hverandre (Rose, 2013b) og gester dermed er viktige for både avsender og mottaker i en kommunikasjonsprosess.

GESTEBRUK VED AFASI

Afasirammedes bruk av gester

Ifølge Rose (2013a) baserer mye av dagens forskning seg på antagelser fra 1970-tallet. I disse tidlige studiene ble det foreslått at afasi påvirker en persons gestuelle kompetanse, og at graden av afasi var nært forbundet med graden av gestuell nedsettelse. Denne hypotesen har blitt utfordret. Flere forskergrupper har vist at gestuelle ferdigheter kan være bevart hos afasirammede, og at afasirammede ofte benytter flere gester enn personer uten språkvansker (Ahlsén, 1991; Carlomagno m.fl., 2005; Sekine & Rose, 2013). At tale- og gesteproduksjon ikke reduseres like mye, indikerer at de to prosessene er uavhengige, men samtidig koordinerte (De Ruiter, 2000). Hvis produksjon av gester og tale er nære, men samtidig selvstendige prosesser, er dette et viktig punkt, da det betyr at gester kan overta noe av funksjonen til talen hos afasirammede.

Personer med afasi med ikke-flytende talepreg har som regel normal gesteforståelse (Rose, 2006). Gestene som produseres er mange og varierte, men de er ofte mindre informative enn friske personers gester (Mol m.fl., 2013). Behrmann & Penn (1984) trekker frem ikoniske gester og beatgester som de mest fremtredende gester og ser dem i sammenheng med den afasirammedes evne til å møte kommunikasjonskontekstens krav. Ikoniske gester er informative og illustrerende, noe som kan hjelpe kommunikasjonspartneren til å forstå budskapet. Ifølge Behrmann & Penn (1984) vitner bruk av slike gester om at den afasirammede har forståelse for den kommunikative situasjonen. Carlomagno m.fl. (2005) presenterer funn som indikerer at afasirammede produserer fire ganger så mange ikoniske gester per talte ord som friske personer. Ikoniske gester produseres særlig når den afasirammede har vansker med å finne et ord (Cocks m.fl., 2013; Lanyon & Rose, 2009; Sekine m.fl., 2013b). I tillegg til ikoniske gester, understreker Sekine m.fl. (2013b) at både pantomimer, emblemer, deiktiske gester og tallgester også er representert i afasirammedes ytringer, og også disse i større grad enn hos friske personer.

Også hvordan afasirammede oppfatter talespråk presentert henholdsvis med eller uten gester er blitt undersøkt (Cocks m. fl. 2009), og det er funnet at kommunikasjonspartnerens bruk av gester kan bidra til økt forståelse hos den afasirammede (Power & Code, 2006; Rose, 2006).

Betydningen av tilleggsvansker for gesteproduksjon

Hvor mye apraksi, altså vansker med å kontrollere, igangsette og utføre motoriske programmer, påvirker afasirammedes muligheter til å bruke gester, har vært gjenstand for debatt over lengre tid (Ahlsén, 2008). Apraksi opptrer ofte sammen med afasi da den som regel forårsakes av skade nær språkområdene, men likevel er det foreløpig uklart hvordan og under hvilke omstendigheter apraksi påvirker afasirammedes gesteproduksjonen. Noen forskergrupper påviser sammenheng mellom apraksi og gesteproduksjon og andre ikke (Ahlsén, 2008; Rose, 2006). Vi vil nok en gang understreke at litteraturen er uoversiktlig blant annet fordi gester defineres ulikt.

Rothi & Heilman (1997) er blant dem som hevder at apraksi utgjør en kompliserende faktor i gesteproduksjon, og representerer en trussel mot gestenes kommunikative verdi. Lignende påstander finner en også hos Wang & Goodglass (1992), som mener at apraksi medfører vansker med både gesteproduksjon og gesteforståelse hos afasirammede. Videre finner Hogrefe m.fl. (2012) en sammenheng mellom apraksi og forståeligheten av gestene som den afasirammede produserer.

Lausberg m.fl. (2000) presenterer imidlertid funn som indikerer at det ikke er sammenheng mellom apraksi og gestekompetanse, eksemplifisert ved en afasirammet som benyttet venstre hånd i gesteproduksjon til tross for venstresidig apraksi. Også Rose & Douglas (2003) beskriver personer med alvorlig grad av apraksi som produserer mange meningsladede gester, og finner ingen signifikant sammenheng mellom afasirammedes resultater på en apraksitest og deres bruk av gester.

Også andre kognitive utfall kan tenkes å påvirke potensialet for bruk av gester i afasirehabiliteringen. Ifølge Purdy & Koch (2006) er det en signifikant forbindelse mellom skår i kognitiv fleksibilitet og evnen til å benytte strategier i kommunikasjon. Reduserte kognitive ferdigheter kan påvirke læring og bruk av gester og gestestrategier hos den afasirammede.

Både personer med og uten afasi produserer flest gester med én hånd (Ahlsén & Schwarz, 2013). Friske personer benytter oftest høyre hånd i gesteproduksjon, men høyresidige lammelser medfører ofte at personer med afasi kun har venstre arm, hånd eller bein tilgjengelig for å utføre gester. Venstrehåndsgester kan erstatte høyrehåndsgester, men gestene blir vanligvis enklere når det gjelder bevegelser av arm, hånd og fingre og semantisk innhold (Ahlsén & Schwarz, 2013).

BRUK AV GESTER I AFASIREHABILITERING

De siste fem til ti år har bruk av gester i afasirehabiliteringen vært et viktig felt innen afasiforskning (Rose, 2006, 2013a); dette har blant annet ført til et spesialnummer om temaet i tidsskriftet «Aphasiology» i september 2013 hvor en oversiktsartikkel konkluderer med at effekten av bruk av gester i afasirehabiliteringen virker lovende, uten at man kan konkludere entydig per dags dato (Rose m.fl., 2013). Blant årsakene er at det mangler en generell definisjon på gester, at studie-designene varierer og at det er vanskelig å sammenligne ulike pasienter pga. stor variasjon i språklige utfall.

Bruk av gester i rehabiliteringen kan være rettet mot å bedre den afasirammedes muntlige språkproduksjon. Slike tiltak er oftest basert på en antakelse om at gester kan fremme talen (Power & Code, 2006), og målet med behandlingen er å gjenvinne taleferdigheter gjennom bruk av gester. Rose (2013b) argumenterer for et multimodalt prinsipp, der en kobler en svekket modalitet (her; talen) sammen med en bevart modalitet (her; gester), slik at den bevarte modaliteten styrker den svekkede. Ifølge Rose (2013b) er dette i tråd med Lurias teori (1972) om intersystemisk fasilitering og reorganisering.

Flere studier viser bedring av taleproduksjon etter bruk av gester i rehabiliteringen (Boo & Rose, 2011; Marshall m.fl., 2012; Raymer m.fl., 2012; Rose & Sussmilch, 2008). For eksempel fant Marshall m.fl. (2012) en signifikant bedring i forhold til benevnning av substantiv, mens Boo & Rose (2011) registrerte økt benevnning av verb og økt verbproduksjon i narrative oppgaver og i konversationsoppgaver.

Gester som kompenserende strategi

Forskningslitteraturen reflekterer en overvekt av studier

på bruk av gester som kompenserende strategi. Kompensering baserer seg på antagelsen om at gester kan benyttes som erstatning for talen i tilfeller der tilstrekkelige taleferdigheter ikke kan gjenvinnes, for å bedre den totale kommunikasjonsnivåen. Ifølge Ahlsén (1991) kan personer med afasi utvikle gester spontant for å kompensere for reduserte ekspressive ferdigheter. Imidlertid er det mange afasirammede som ikke utnytter sitt fulle gestepotensial i kommunikasjon (Hogrefe m.fl., 2013). Disse personene kan ha behov for gestebasert rehabilitering for å effektivisere bruken av gester og optimalisere mulighetene for å oppnå best mulig kommunikasjon, i tråd med totalkommunikasjonsmetoden.

Fire typer gestebasert afasirehabilitering

Gestebasert afasirehabilitering fokuserer først og fremst på å bedre afasirammedes evne til å *produsere* gester (Rose, 2006), som kan gjøres på ulike måter basert på ulike prinsipper. Erlenkamp (2013) konkluderte med at gestebasert afasirehabilitering kan deles inn i fire grunnprinsipper basert på valg av læringsstrategi og kompleksitet i bruk av gester (Erlenkamp, 2013) (tabell 1). Knyttet til de ulike studiene funnet i litteraturgjennomgangen blir disse fire strategiene presentert i det følgende.

Tabell 1. Grunnprinsipper for bruk av gester og deres forekomst i forskningslitteraturen

	Leksikalisering	Strategilæring
Enkelt-gester	Dokumentert i en rekke studier, deriblant: Daumüller & Goldenberg, 2010 Marshall, 2006	Dokumentert i noen studier/ behandlingsformer, deriblant: Skelly & Schinsky, 1979 Marshall, 2012
Kombinasjon av gester	Skelly & Schinsky, 1979	?

Bruk av leksikaliserte enkeltgester

Leksikalisering av gester innebærer at en bruker gester som om de var faste leksikaliserte uttrykk på lik linje med ord i talespråk (Erlenkamp, 2013). Ifølge Kendon (1988) inntreffer leksikalisering av gester kun dersom

gester er eneste uttrykksform og talen ikke er tilgjengelig for å skape kontekst for gestene. I slike tilfeller blir gester omgjort til ord «in response to appropriate interactive or communicative demands» (Kendon, 1988, s. 139). For at den afasirammede skal kunne kommunisere, må gester overta rollen til de talte ordene.

Som behandlingsstrategi innebærer dette at den afasirammede øver inn gest for gest og dermed opparbeider seg et bestemt vokabular av gester. Gestene benyttes så enkeltvis eller i kombinasjon for å skape ytringer. På 1980-tallet ble det utført en rekke studier der afasirammede med ikke-flytende talepreg øvde inn gester for enkeltord, eksempelvis i form av Visual Action Therapy (VAT) (se Helm-Estabrooks m.fl., 2014). Behandlingen er rettet mot å øke den afasirammedes kommunikative ferdigheter, redusere apraksi og øke evnen til å produsere gester fra minnet (Helm-Estabrooks m.fl., 2014). VAT er fremdeles en aktuell metode, og den benyttes gjerne som utgangspunkt for opplæring i å kombinere gester.

Coelho & Duffy (1987) undersøkte tilegnelse og generalisering av 37 gester, og utviklet et gestetreningsprogram som innebar ulike nivåer av imitering, gjenkjennelse og produksjon av gester. De afasirammede tilegnet seg flere gester, men gestene ble i liten grad benyttet utenfor treningssituasjon (Coelho & Duffy, 1987; Purdy, Duffy, & Coelho, 1994). I et annet opplegg som tok utgangspunkt i bilder av et objekt eller en handling og hvor den afasirammede og logopedien utviklet gester i fellesskap, fant man økt gestekompetanse, økt selvillit og økt spontan gestuell kommunikasjon i sosial samhandling også utenfor terapissettingen (Cubelli m.fl., 1991). Daumüller & Goldenberg (2010) trente afasirammede i å bruke 24 gester som var relevante for bruk i hverdagen, slik som spise, ja/nei og gå, men innøvingen av gestene tok lang tid og studien viste begrenset generalisering fra trente til utrente gester. Også Marshall m.fl. (2012) trakk frem tidsaspektet i en treningsstudie med gester for enkeltord; 7,5 timer med gestetrening førte i gjennomsnitt til tilegnelse av om lag to nye gester. Det ble observert bedring av trente gester, men ingen generalisering til utrente gester. Imidlertid økte gestetreningen deltakernes evne til å formidle informasjon til kommunikasjonspartnere generelt, til tross for begrenset generalisering fra trente til utrente gester (Caute m.fl., 2013).

Bruk av leksikaliserte kombinasjoner av gester

Å anvende leksikaliserte kombinasjoner av gester innebærer å sette sammen flere gester som om de var enkeltord eller komplekse uttrykk. Gestene man danner skaper en sekvens. AmerInd er et eksempel på en metode som kan benyttes til å kombinere gester (Skelly, 1979). AmerInd er et gestuelt kommunikasjonssystem som er basert på Native American Hand Talk, tilpasset til personer med språkvansker. I stedet for å utgjøre et gitt vokabular, representerer gestene et repertoar som kan benyttes til å danne nye begreper. For eksempel danner man begrepet *bibliotek* gjennom å kombinere gestene for *husly* og *lese*. Til sammen inneholder systemet 236 begreper, og de fleste av disse kan produseres med én hånd (Rao, 2001). Fordi systemet er bygd opp av pantomime- og ikoniske gester, uten grammatiske regler, er det lett å lære og lett å forstå (Daniloff m.fl., 1986; Rao, 2001). Ifølge Daniloff m.fl. (1986) kan minst 50 % av begrepene forstås av en utrent mottaker.

Helm-Estabrooks m.fl. (2014) anser AmerInd som et naturlig steg videre etter Visual Action Therapy og beskriver et behandlingsforløp som går ut på å øve inn 30 funksjonelle AmerInd-gester, slik som drikke, sove, mann, kvinne. Etter at disse gestene er innøvd, får den afasirammede opplæring i å kombinere to og to gester, for eksempel mann-drikke, kvinne-sove. Til slutt legges det til rette for generalisering til hverdagskommunikasjon ved å involvere pårørende i behandlingen. Både AmerInd-kombinasjoner og bruk av leksikaliserte enkeltgester innebærer en utvelgelse av et visst antall gester. Imidlertid varierer kommunikasjonssituasjonene; for at gestene skal ha en reell kommunikativ funksjon, må derfor et relativt stort antall gester læres. Da det er begrenset hvor mange gester en kan lære seg, resulterer ofte leksikal gestetrening i et begrenset funksjonelt vokabular (Erlenkamp & Becker, 2013). Marshall (2006) trekker dessuten frem at bruk av leksikaliserte gester kan innskrenke viktige aspekter ved kommunikasjonen, som for eksempel humor, og etterlyser terapeutiske teknikker som legger til rette for at afasirammede kan kontrollere og bytte mellom registrene av gester. Dette innebærer en annen tilnærming enn kun å trene gester, nemlig strategilæring.

Strategilæring for bruk av gester enkeltvis

Strategilæring for bruk av gester enkeltvis innebærer

opplæring i strategier for å bruke enkelte gester i en helhetlig kommunikasjon (Erlenkamp, 2013). Den afasirammede får opplæring i strategier for når han eller hun skal benytte gester for å møte kommunikative krav på en mer hensiktsmessig måte. Strategilæringen er altså direkte forbundet med å utvikle den afasirammedes generelle kommunikasjonsferdigheter. I og med at kommunikasjon er en prosess mellom kommunikasjonsdeltagerne, inkluderes ofte den afasirammedes pårørende i strategilæringsmetoder. Strategilæring er med andre ord rettet mot generalisering til hverdagskommunikasjon, i større grad enn opplæring i bruk av leksikaliserte gester.

En metode der en benytter strategilæring er conversational coaching (Hopper m.fl., 2002). I denne metoden inngår bruk av gester som en av flere tiltak. Dersom den afasirammede synes å dra nytte av å bruke gester, rettes opplæringen mot å øve på å bruke gester i budskapsformidling. Både afasirammede og pårørende deltar i behandlingen, og den pårørende får opplæring i hvordan han eller hun kan utløse bruk av gester hos sin partner (Hopper m.fl., 2002).

I en lignende metode for strategilæring fikk deltakere som først gjennomgikk gestetrening i en annen studie (Marshall m.fl., 2012), opplæring i å videreutvikle bruken av gester i konversasjon, samt å integrere gester med andre kommunikasjonsstrategier (Caute m.fl., 2013). Studien vektla også å bedre pårørendes ferdigheter i å frembringe og tolke gester. Strategier for den afasirammede kunne være å bruke en gest for et objekt, et ord eller en kort frase. Ved studieslutt brukte deltakerne flere gester og benyttet oftere kommunikasjonspartnerens støtte slik at de oppnådde bedring når det gjaldt å formidle beskjeder, men ikke i narrative oppgaver (Caute m.fl., 2013). Strategilæring for bruk av enkeltstående gester, omhandler læring av strategier for *når*, altså i hvilke situasjoner, den afasirammede og hans eller hennes partner skal benytte gester.

Strategilæring for å kombinere gester

Strategilæring for å kombinere gester dreier seg om å lære *hvordan* man kan kombinere gester på en naturlig og effektiv måte. Denne typen gestebbruk har vist seg å være effektivt for andre brukergrupper enn afasirammede, deriblant i tegnspråk, men også hos barn med

språkvansker. Likevel har vi ikke kunnet identifisere et afasirehabiliteringsopplegg i denne kategorien.

Sammenfattet beskriver den eksisterende forskningslitteraturen altså tre av fire mulige måter å bruke gester i afasirehabilitering (jf. tabell 1).

OPPSUMMERING

Nyere forskning på afasi har hatt fokus på bruk av gester i afasirehabilitering, basert på en endret oppfatning av afasirammedes evne til å nyttiggjøre seg gester og kroppsspråk i kommunikasjon. Flere prinsipper for bruk av gester i afasirehabilitering har vært anvendt, og flere studier rapporterer om resultater som indikerer at denne typen tiltak fortjener videre oppmerksomhet.

Overføringen av studienes resultater til klinisk praksis er imidlertid konfrontert med flere utfordringer:

- det mangler en generell definisjon på gester i studiene som gjør sammenligning av resultater vanskelig, spesielt på studier som beskriver motstridende resultater,
- studiedesignene varierer, dette vanskeliggjør sammenligning og generalisering av resultater, spesielt av studier som beskriver motstridende resultater,
- intervensjonsprinsippene varierer, dette vanskeliggjør sammenligning og generalisering av resultater,
- stor variasjon i språklige utfall til pasientene som har deltatt i studiene, gjør overføring til klinisk praksis og generalisering av resultatene vanskelig.

Samtidig tegner gesteforskningen generelt et ganske tydelig bilde om gestenes ulike funksjoner og potensial i kommunikasjon så vel som mental støtte i tale- og kommunikasjonsproduksjon og organisering av kommunikasjonen. Nyere forskning på bruk av gester hos afasirammede ser ut til å følge dette bildet; den tyder på at afasirammede kan ha utbytte av bruk av gester i kommunikasjon.

For å løse utfordringene trengs det mer forskning og ikke minst mer systematisk forskning på området. Fremtidig forskning burde fokusere på å sammenligne ulike intervensjonstyper basert på samme forståelse av gester og kroppsspråk. Samtidig bør forskningen sikte mot å utrede ulike grupper av afasi med hensyn til deres evne til å nyttiggjøre seg gester i kommunikasjon. Funksjonsnivået hos mennesker med hjerneskade og påfølgende afasi varierer i stor grad og det er rimelig å anta at noen afasirammede har bedre utbytte av gester enn andre. Målet bør være å finne gode måter å identifisere hvilke utfall som egner seg for hvilken type intervensjon.

Foreliggende resultater finner at innøving av gester i liten grad fører til generalisering til økt gesteb bruk generelt eller til en bedring av pasientens totale kommunikasjonsfunksjon. Som et resultat av kartleggingen kom det også frem at det tilsynelatende ikke er utviklet en intervensjon basert på strategilæring for kombinasjon av gester, samtidig som andre brukergrupper ser ut til å ha nytte av et slikt opplegg. Vi bestemte oss derfor å utvikle en slik intervensjon som ble testet ut som en pilotbehandling med en gruppe afasirammede og deres pårørende i 2013. Utviklingen av intervensjonen og piloten beskrives nærmere i Erlenkamp & Becker (2014).

Elgen Svea

Ny bok!

av Odd Haugstad

Kjærlighets- historie mellom et dyr og et menneske

kr. 158,-

Pedagogisk Forlag (fraktfritt):
Tlf: 92662945/Fax: 38045552 – eller i bokhandel




LITTERATUR

- Ahlsén, Elisabeth. (1991). Body communication as compensation for speech in a Wernicke's aphasic—A longitudinal study. *Journal of communication disorders*, 24(1), 1-12.
- Ahlsén, Elisabeth. (2008). Embodiment in communication-aphasia, apraxia and the possible role of mirroring and imitation. *Clinical linguistics & phonetics*, 22(4-5), 311-315.
- Ahlsén, Elisabeth & Schwarz, Anneli. (2013). Features of aphasic gesturing—An exploratory study of features in gestures produced by persons with and without aphasia. *Clinical linguistics & phonetics*, 27(10-11), 823-836.
- Argyle, Michael & Cook Mark. (1976). *Gaze and mutual gaze*. London, New York, Melbourne: Cambridge University Press.
- Bavelas, Janet, Gerwing, Jennifer, Sutton, Chantelle & Prevost, Danielle. (2008). Gesturing on the telephone: Independent effects of dialogue and visibility. *Journal of Memory and Language*, 58, 495-520.
- Beattie, Geoffrey. (2004). *Visible thought. The new psychology of Body Language*. London, New York: Routledge.
- Beattie, Geoffrey & Shovelton, Heather. (2002). An experimental investigation of some properties of individual iconic gestures that mediate their communicative power. *British Journal of Psychology*, 93(2), 179-192.
- Beattie, Geoffrey & Shovelton, Heather. (2006). A critical appraisal of the relationship between speech and gesture and its implications for the treatment of aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 8, 134-9.
- Behrmann, Marlene & Penn, Claire. (1984). Notes and discussion papers: 1: Non-verbal communication of aphasic patients. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 19(2), 155-168.
- Boo, Michelle & Rose, Miranda L. (2011). The efficacy of repetition, semantic, and gesture treatments for verb retrieval and use in Broca's aphasia. *Aphasiology*, 25(2), 154-175.
- Carlomagno, Sergio, Pandolfi, Maria, Marini, Andrea, Di Iasi, Gabriella & Cristilli, Carla. (2005). Coverbal gestures in Alzheimer's type dementia. *Cortex*, 41(4), 535-546.
- Caute, Anna, Pring, Tim, Cocks, Naomi, Cruice, Madeline, Best, Wendy & Marshall, Jane. (2013). Enhancing communication through gesture and naming therapy. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 56(1), 337-351.
- Cocks, Naomi, Dipper, Lucy, Pritchard, Madeleine & Morgan, Gary. (2013). The impact of impaired semantic knowledge on spontaneous iconic gesture production. *Aphasiology*, 27(9), 1050-1069.
- Coelho, Carl A. & Duffy, Robert J. (1987). The relationship of the acquisition of manual signs to severity of aphasia: a training study. *Brain and Language*, 31(2), 328-345.
- Cubelli, Roberto, Trentini, Piera & Montagna, Carmelo G. (1991). Re-education of gestural communication in a case of chronic global aphasia and limb apraxia *Cognitive Neuropsychology*, 8(5), 369-380.
- Daniloff, Joanne Kelsch, Fritelli, Giovanna, Buckingham, Hugh W., Hoffman, Paul R. & Daniloff, Raymond G. (1986). Amer-Ind versus ASL: recognition and imitation in aphasic subjects. *Brain and language*, 28(1), 95-113.
- Daumüller, Maike & Goldenberg, Georg. (2010). Therapy to improve gestural expression in aphasia: a controlled clinical trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(1), 55-65.
- De Ruiter, Jan Peter. (2000). The production of gesture and speech. I: McNeill, D. (Red.), *Language and gesture*, 284-311.
- Erlenkamp, Sonja. (2009). «Gesture verbs». Cognitive-visual mechanism of «classifier verbs» in Norwegian Sign Language. *CogniTextes. Revue de l'Association française de linguistique cognitive* (Volume 3).
- Erlenkamp, Sonja & Becker, Frank (2014): SunnGest: et norsk prosjekt om bruk av gester i afasirehabilitering, *Norsk tidsskrift for logopedi*, dette nummeret.
- Erlenkamp, Sonja. (2013). Sluttrapport for prosjektet «Bruk av gester i afasirehabilitering», Sunnaas Sykehus HF.
- Erlenkamp, Sonja & Becker, Frank. (2013). A New Approach to the Use of Gestures in Aphasia Rehabilitation: Stimulating Spontaneous Gesturing and Body Language. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, 94, 265-266.
- Erlenkamp, Sonja & Kristoffersen, Kristian Emil. (2010). Sign communication in cri du chat syndrome. *Journal of communication disorders*, 43, 225-51.
- Hadar, Uri, Wenkert-Olenik, Dafna, Krauss, Robert & Soroker, Nachum. (1998). Gesture and the processing of speech: Neuropsychological evidence. *Brain and language*, 62(1), 107-126.
- Helm-Estabrooks, Nancy, Albert, Martin L & Nicholas, Marjorie (2014). *Manual of Aphasia and Aphasia Therapy* (3 utg.). Austin, TX: PRO-ED.
- Hogrefe, Katharina, Ziegler, Wolfram, Weidinger, Nicole & Goldenberg, Georg. (2012). Non-verbal communication in severe aphasia: Influence of aphasia, apraxia, or semantic processing? *Cortex*, 48(8), 952-962.
- Hogrefe, Katharina, Ziegler, Wolfram, Wiesmayer, Susanne, Weidinger, Nicole & Goldenberg, Georg. (2013). The actual

- and potential use of gestures for communication in aphasia. *Aphasiology*, 27(9), 1070-1089.
- Hopper, Tammy, Holland, Audrey & Rewega, Molly. (2002). Conversational coaching: Treatment outcomes and future directions. *Aphasiology*, 16(7), 745-761.
- Kendon, Adam. (1988). How Gesturs Can Become Like Words. I: F. Poyatos (Red.), *Cross-Cultural Perspectives in Nonverbal Communication* (131-141). New York: C. J. Hogrefe, Inc.
- Kendon, Adam. (2004). *Gesture, visible actions as utterance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kita, Sotaro. (2000). How representational gestures help speaking. I D. McNeill (Red.), *Language and gesture* (Vol. 2, 162-185). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kita, Sotaro. (2009). Cross-cultural variation of speech-accompanying gesture: A review. *Language and Cognitive Processes* 24.145-67.
- Kita, Sotaro & Davies, Thomas Stephen. (2009). Competing conceptual representations trigger co-speech representational gestures. *Language and Cognitive Processes*, 24(5), 761-775.
- Krahmer, Emiel & Swerts, Marc. (2007). The effects of visual beats on prosodic prominence: Acoustic analyses, auditory perception and visual perception. *Journal of Memory and Language*, 57, 396-414.
- Krauss, Robert M, Chen, Yihsiu & Gottesman, Rebecca F. (2000). Lexical gestures and lexical access: a process model. I D. McNeill (Red.), *Language and gesture* (Vol. 2, 261-283). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lanyon, Lucette & Rose, Miranda L. (2009). Do the hands have it? The facilitation effects of arm and hand gesture on word retrieval in aphasia. *Aphasiology*, 23, 809-22.
- Lausberg, Hedda, Davis, Martha & Rothenhäusler, Angela. (2000). Hemispheric specialization in spontaneous gesticulation in a patient with callosal disconnection. *Neuropsychologia*, 38(12), 1654-1663.
- Luria, Aleksandr Romanovich. (1972). Aphasia reconsidered. *Cortex* 8 (1), 34-40.
- Marshall, Jane. (2006). The roles of gesture in aphasia therapy. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 8(2), 110-114.
- Marshall, Jane, Best, Wendy, Cocks, Naomi, Cruice, Madeline, Pring, Tim, Bulcock, Gemma et al. (2012). Gesture and naming therapy for people with severe aphasia: A group study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 55(3), 726.
- McNeill, David. (1992). *Hand and mind: What gestures reveal about thought*. Chicago: University of Chicago Press.
- McNeill, David. (2000). Introduction. I D. McNeill (Red.), *Language and gesture* (Vol. 2, 1-10). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- McNeill, David. (2005). *Gesture and thought*. Chicago: University of Chicago Press.
- Melinger, Alissa & Levelt, Willem JM. (2004). Gesture and the communicative intention of the speaker. *Gesture*, 4(2), 119-141.
- Mol, Lisette, Krahmer, Emiel & van de Sandt-Koenderman, Mike. (2013). Gesturing by speakers with aphasia, how does it compare? *Journal of speech, language, and hearing research* 56 (4), 1224-1236.
- Power, Emma & Code, Chris. (2006). Waving not drowning: Utilising gesture in the treatment of aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 8(2), 115-119.
- Purdy, Mary, Duffy, Robert J. & Coelho, Carl A. (1994). An investigation of the communicative use of trained symbols following multimodality training. *Clinical aphasiology*, 22, 345-356.
- Purdy, Mary & Koch, Amy. (2006). Prediction of strategy usage by adults with aphasia. *Aphasiology*, 20(02-04), 337-348.
- Rao, Paul R. (2001). Use of Amer-ind code by persons with severe aphasia. I R. Chapey (Red.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (Vol 4, 688-702). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Raymer, Anastasia M., McHose, Beth, Smith, Kimberly G., Iman, Lisa, Ambrose, Alexis & Casselton, Colleen. (2012). Contrasting effects of errorless naming treatment and gestural facilitation for word retrieval in aphasia. *Neuropsychological rehabilitation*, 22(2), 235-266.
- Rose, Miranda L. (2006). The utility of arm and hand gestures in the treatment of aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 8(2), 92-109.
- Rose, Miranda L. (2013a). The emerging clarity of the roles of gesture in communication and interventions for people with aphasia. *Aphasiology*, 27(9), 1010-1014.
- Rose, Miranda L. (2013b). Releasing the Constraints on Aphasia Therapy: The Positive Impact of Gesture and Multimodality Treatments. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22(2), S227.

Rose, Miranda L., Raymer, Anastasia M., Lanyon, Lucie E. & Attard, Michelle C. (2013). A systematic review of gesture treatments for post-stroke aphasia. *Aphasiology*, 27, 1090-127.

Rose, Miranda L. & Douglas, Jacinta. (2003). Limb apraxia, pantomime, and lexical gesture in aphasic speakers: Preliminary findings. *Aphasiology*, 17(5), 453-464.

Rose, Miranda L. & Sussmilch, Grace. (2008). The effects of semantic and gesture treatments on verb retrieval and verb use in aphasia. *Aphasiology*, 22(7-8), 691-706.

Rothi, Leslie J. Gonzalez & Heilman, Kenneth M. (1997). Introduction to Limb Apraxia. I L. J. G. Rothi & K. M. Heilman (Red.), *Apraxia: The Neuropsychology of Action* (1-6). East Sussex, UK: Psychology Press.

Sekine, Kazuki & Rose, Miranda L. (2013). The relationship of aphasia type and gesture production in people with aphasia.

American Journal of Speech-Language Pathology, 22(4), 662-672.

Sekine, Kazuki, Rose, Miranda L., Foster, Abby M., Attard, Michelle C. & Lanyon, Lucette E. (2013). Gesture production patterns in aphasic discourse: In-depth description and preliminary predictions. *Aphasiology* 27(9), 1031-1049.

Skelly, Madge & Schinsky, Lorraine. (1979). *Amer-Ind gestural code based on universal American Indian hand talk*. New York: Elsevier.

Wang, Lizhao, & Goodglass, Harold. (1992). Pantomime, praxis, and aphasia. *Brain and language*, 42(4), 402-418.

Woll, Bencie. 1998. The development of signed and spoken languages. *Issues in Deaf Education*, ed. by Gregory, Susan, Knight, Pamela, McCracken, Wendy, Powers, Stephen & Watson, Linda. (58-68). London: Fulton.



Afasitreff

27. - 31. oktober 2014

Statped inviterer personer med afasi til kurs.

Kurset er beregnet for voksne som:

- fikk afasi for minst ett år siden
- har lyst til å treffe andre med afasi
- har lyst til å høre mer om hvordan andre lever med sin afasi
- har lyst til å lære mer om språk og kommunikasjon
- har utbytte av å delta i grupper med andre afasirammede

Maks. 8 afasirammede kan delta på afasitreffet. Hver deltaker kan ha med seg maks. én pårørende. For deltakere som ikke er selvhjulpne, må en pårørende (eller en annen hjelpeperson) være med under hele afasitreffet. De pårørende vil eventuelt få tilbud om å delta i ulike samtalegrupper.

Kurs og opphold er gratis

Påmelding innen 6. oktober 2014. NB! Påmelding bør skje via logoped. Kurset holdes i Bredtvetveien 4, Oslo. Evt. refusjon av reiseutgifter må avklares med Pasientreiser/hjemkommunen på forhånd.

Påmelding

Pr. e-post: sissel.ingvaldsen@statped.no eller anne.katherine.hvistendahl@statped.no

Pr. post: Statped sørøst, Postboks, 4416 Nydalen, 0403 Oslo. Merk konvolutten «Afasitreff»

Spørsmål? Spør etter Sissel Ingvaldsen eller Anne K. Hvistendahl i Statped sørøst på telefon 02196

Vel møtt!





Lingpilot

NYHET!

Lese- og skriveprogram for Mac.



Jobb enklere



Lingit

www.lingit.no

SunnGest: Et norsk prosjekt om bruk av gester i afasirehabiliteringen

Sunnaas sykehus HF har gjennomført et kartleggings- og utviklingsprosjekt om bruk av gester i afasirehabiliteringen med økonomisk støtte fra ExtraStiftelsen. Prosjektet kartla internasjonal forskning på området og bruk av gester hos norske afasirammede. På bakgrunn av dette ble det utviklet et nytt rehabiliteringstilbud for individuelt tilpasset og målrettet bruk av gester i rehabilitering av afasirammede. I denne artikkelen presenteres resultatene fra kartleggingen og grunnlaget for det nye tilbudet, samt hvordan den første utprøvingen av opplegget ble evaluert av pasienter, pårørende og logopeder.

BAKGRUNN OG MÅLSETTING

Basert på en endret oppfatning av afasirammedes evne til å nyttiggjøre seg gester og kroppsspråk i kommunikasjon har internasjonal afasiforskning de siste tiårene hatt økt fokus på bruk av gester hos afasirammede (Rose, 2006, 2013). Selv om resultater fra flere studier er oppløftende og antyder at gester og kroppsspråk bør spille en større rolle i afasirehabiliteringen (Erlenkamp, Reinertsen, & Becker, 2014), er overføring av de vitenskapelige forskningsresultatene til klinisk praksis en utfordring også på dette området. Det finnes per i dag i liten grad en entydig veiledning som kan støtte logopeder i deres daglige praksis når det gjelder bruk av gester i afasirehabilitering, selv om det finnes ulike systemer som har blitt utviklet som eksempelvis Amer-Ind (Skelly & Schinsky, 1979) og Visual Action Therapy (VAT) (Helm-Estabrooks m.fl., 2014).

Mellom august 2012 og desember 2013 ble det gjennomført et prosjekt ved Sunnaas sykehus HF om bruk av gester i afasirehabiliteringen. Prosjektets formål var å gi en oversikt over dagens status quo samt å utvikle



Sonja Erlenkamp¹, Frank Becker^{1,2}

¹ Sunnaas sykehus HF

² Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin

Sonja Erlenkamp er tidligere professor i tegnspråk og jobber nå som forsker og innovasjonsrådgiver ved Sunnaas sykehus. Hennes spesialfelt er visuell og alternativ kommunikasjon.

E-post: sonja.erlenkamp@sunnaas.no

Frank Becker er medisinsk fagsjef ved Sunnaas sykehus, og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Han er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og har en Ph.D. på afasi.

E-post: frank.becker@sunnaas.no

et system for individuelt tilpasset og målrettet bruk av gester i rehabilitering av afasirammede. Hensikten med å lage et nytt system for gestebuk var å bidra til bedre funksjonell kommunikasjon for mennesker med afasi. Systemet har fått navnet SunnGest og består av strategier, retningslinjer og informasjon om bruk av gester. Gjennom strategilæring på bruk av gester skal SunnGest sette afasirammede i stand til å kunne bruke gester og kroppsspråk på en mer hensiktsmessig måte og i større omfang i sin kommunikasjon.

PROSJEKTORGANISERING OG METODE

Organisering

Prosjektet ble gjennomført ved Forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus HF fra august 2012 til desember 2013 med støtte av Extra-midler fra ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering og var organisert i en styrings- og en prosjektgruppe. Styringsgruppen var tverrfaglig

sammensatt med logopeder, lingvist, lege (FB) og brukerrepresentant, samtlige med lang erfaring fra afasifeltet, mens prosjektgruppen besto av prosjektleder som er språkviter med ekspertise på bruk av kroppsspråk i kommunikasjon (SE), og en logoped som i hovedstilling arbeider klinisk med afasirammede på Sunnaas sykehus HF. Fra høsten 2013 ble også en masterstudent involvert i prosjektet for ytterligere systematisering av litteratur (jf. Erlenkamp, Reinertsen, & Becker, 2014).

Metode

For å oppnå prosjektets ulike delmål ble gjennomføringen delt i fire faser:

1. Kartleggings- og innsamlingsfase
2. Utviklings- og systemiseringsfase
3. Utprøvings- og offentliggjøringsfase
4. Justeringsfase

Prosjektgjennomføringen inkluderte ulike metoder i de ulike fasene. Den første fasen innebar kartlegging gjennom en systematisk gjennomgang av internasjonal forskningslitteratur samt en strukturert observasjon av afasirammedes bruk av gester og av eksisterende logopedisk praksis på Sunnaas sykehus HF. På basis av dette arbeidet ble det i den andre fasen gjennomført en utviklingsprosess som resulterte i et system for bruk av gester for rehabiliteringsformål. Den tredje fasen inneholdt en utprøving av SunnGest med afasirammede og deres pårørende samt med logopeder, inkludert en systematisk evaluering. I den avsluttende fjerde fasen ble det utviklede opplegget justert på bakgrunn av utprøvingen og tilbakemeldingene fra deltakerne. Dessuten var dokumentasjons- og offentliggjøringsarbeid vesentlige aktiviteter i de to siste to fasene.

Observasjon av gestebruk

Mellom august 2012 og februar 2013 observerte prosjektleder i samarbeid med logoped bruk av gester hos 32 afasirammede og samspillet mellom behandlende logoped og afasirammede. Prosjektet var godkjent av sykehusets personvernombud, og det ble innhentet informert samtykke fra de deltakende afasirammede. I startfasen av observasjonen (august til oktober 2012) var pasientutvalget kun basert på innleggelse ved Sunnaas sykehus HF og diagnosen afasi. I denne fasen ble det altså ikke anvendt noen videre kriterier for utvalget, men

man observerte fortløpende alle innlagte pasienter med diagnostisert afasi som ga sitt samtykke til observasjon. Etter den første observasjonsfasen ble dette justert ved at bruk av gester ble et ytterligere inkluderingskriterium. Behandlende logoped ble bedt om å vurdere om nyinnlagte afasipasienter brukte gester overhodet og disse pasientene ble så forespurt om deltakelse. Samtidig ble det drøftet mulige årsaker til mangel på gestuell kommunikasjon hos noen av pasientene. Det ble også sett på om logopeder, eksemplifisert gjennom logopedisk behandling ved Sunnaas sykehus HF, bruker gester bevisst som en del i rehabiliteringen.

Prosjektleder og logoped utviklet et skjema for dokumentasjon for bruk av gester i observasjonssituasjoner (se Erlenkamp, 2013). Dette visste seg å være nødvendig da gester og kroppsspråkbevegelser kom i så rask rekkefølge der de ble brukt, at det ikke var mulig å dokumentere dem ved rene skriftlige beskrivelser. Skjemaet ble utviklet først i august/september 2012 og senere revidert. Formålet med skjema var å gi en oversikt over:

- I hvilken type kommunikasjon observasjonen fant sted
- En grov inndeling i afasiens alvorlighetssgrad
- Hvordan gesten ble trigget (av logopeden, en gjenstand/bilde eller pasienten selv)
- Ulike typer gester basert på deres funksjon i kommunikasjonen (ifølge inndelingen til McNeill (2005) med videreutvikling av Erlenkamp (2009)), deres hyppighet og korrekte bruk
- Avvik fra forventet naturlig bruk av kroppsspråk og gester
- Eventuelt mønster på avvik

Alle observasjoner ble dokumentert anonymt inkludert egen kode med informasjon om dato for observasjon, situasjon som ble observert og observatør.

Utprøving og evaluering

En første utprøving av den utviklede rehabiliteringsformen SunnGest ble gjennomført i noen timer med to

brukerkonsulenter som begge har hatt afasi i en årrekke og som har mye erfaring med kommunikasjon basert på ulike metoder. I tillegg ble opplegget utprøvd med en pasient som var innlagt Sunnaas sykehus HF, det ble innhentet informert samtykke. Etter disse første utprøvingene ble opplegget justert. I prosjektets tredje fase ble det gjennomført pilotkurs for utprøving av den nyutviklede behandlingsformen, dette i form av to seminarer:

- et halvdagsseminar for seks afasirammede og deres pårørende som formidlet kunnskap om bruk av gester i kommunikasjonen og de afasirammede og pårørende prøvde ut den nye behandlingsformen SunnGest
- et dagsseminar med tolv interesserte logopeder som målgruppe som fikk formidlet kunnskap om gester og deres bruk i afasirehabiliteringen og den nye behandlingsformen SunnGest

Med utgangspunkt i vår oppfatning om at kommunikasjon inkluderer flere parter, valgte vi å gjennomføre halvdagsseminaret med både afasirammede og deres pårørende for å sikre at begge partene forstår og øver på kommunikasjonsformen. De pårørende på seminaret ble bedt om å bruke muntlig språk i minst mulig grad mens seminaret pågikk og ble oppfordret til å kommunisere med kroppen akkurat som de afasirammede. Evalueringen tyder på at dette også ga en større innsikt i hvordan det er å være afasirammet.

Erfaringen tilsier at lange økter kan bli for strevsomme for den afasirammede, slik at det ble arrangert et halvdagsseminar med mange pauser for pasientene og deres pårørende, mens det med logopedene ble gjennomført et heldagsseminar som også inkluderte en større andel med formidling av teoretisk bakgrunn. Formålet med seminarene var både å formidle informasjon og kunnskap om bruk av gester ved afasi, og å prøve ut seminarformen som opplæringsmetode; det sistnevnte som grunnlag for eventuell senere mer regulær opplæringsvirksomhet.

Strukturert evaluering ble gjennomført ved at et spørreskjema ble fylt ut av deltakerne direkte etter avsluttet seminar, samt ca 2,5 måneder etter seminarene som et

nettbasert spørreskjema (se Erlenkamp, 2013 for detaljer). Tilbakemeldingene ble analysert kvalitativt og ved hjelp av deskriptiv statistisk metode.

Opplæringsmateriell og formidling

For bruk under seminarene ble det laget informasjonsmateriell om gester og bruk av gester i afasirehabilitering. Erfaringene fra gjennomføringen av seminarene og evalueringen ble brukt som grunnlag for å justere materialet og deretter utvikle informasjonsmateriell i form av en nettside med illustrerende videoer. En utfordring for fremdriften av dette var at nettverkssystemet til Sunnaas sykehus HF på grunn av høye krav til data-sikkerhet i utgangspunkt sperrer for avspilling av videoer. Imidlertid ser dette ut til å løse seg i løpet av 2014 hvor nettsidene vil bli tilgjengeliggjort. Videre er hele prosjektet oppsummert i en sluttrapport til ExtraStiftelsen, som er tilgjengelig på Internett (Erlenkamp, 2013).

RESULTATER

Observasjoner av afasirammedes bruk av gester

Observasjonene av gestebuk hos 32 pasienter med afasi ga økt innsikt i norske afasirammedes bruk av gester og i variasjonsmønster. Det gjøres oppmerksom på at det kun er gjennomført en førstegangskartlegging. De viktigste observasjonene var:

- Noen pasienter brukte mange gester, noen brukte få, og andre brukte ingen – dette gjelder både spontant og etter oppfordring fra logoped. Denne observasjonen støttes av litteraturen (Ahlén & Schwarz, 2013); i tillegg bør man være klar over at også friske personer viser en relativ stor variasjon i bruk av spontane gester.
- Noen pasienter hadde tilsynelatende problemer med å forstå gester.
- Noen pasienter hadde problemer med å produsere gester.
- Det ble observert en viss tendens til et hierarki for ulike typer gester, der noen gester ser ut til å være mer grunnleggende enn andre; de afasirammede som brukte de mer spesielle gestene, brukte også de mer grunnleggende gestene (figur 1).

Figur 1

Metaforiske > ikoniske > strukturerende > deiktiske

Figur 1 leses slik:

- pasienter som produserte metaforiske gester (helt til venstre), brukte også de andre gesttypene
- pasienter som brukte ikoniske gester, brukte også deiktiske og strukturerende gester, men ikke nødvendigvis metaforiske
- pasienter som brukte strukturerende gester, brukte også deiktiske gester, men ikke nødvendigvis ikoniske og metaforiske
- noen pasienter brukte kun deiktiske gester

Vi avleder herfra som hypotese om gesters kognitive forankring generelt at noen typer gester er mer basale enn andre.

- Nesten alle observerte pasienter hadde en viss bruk av mimikk og hodebevegelser, spesielt bruk av øyekontakt og blinking, selv om ikke alle brukte håndgester.
- En viss gruppe afasirammede med relativ god forståelse, men med problemer med å uttrykke seg med flytende tale, deriblant noen med taleapraksi (og liten allmenn apraksi), så ut til å bruke gester i økt grad, men usystematisk og til dels lite effektivt.
- Ikoniske (eller avbildende gester) er gestetypen mange afasirammede prøver å bruke, men delvis lite effektivt.

Litteraturgjennomgang

Systematisk litteraturgjennomgang konkluderte med at studiene som har blitt gjennomført så langt er lite sammenlignbare og at forskningslitteraturen per i dag ikke er entydig på effekten av gester i afasirehabilitering (se Erlenkamp, Reinertsen & Becker, 2014). Av dette resulterer at en overføring av vitenskapelig kunnskap til klinisk praksis per dags dato er utfordrende. Samtidig er nettopp denne innsikten av stor verdi for videre systematisk arbeid med både forskning og bruk av gester i afasirehabilitering. Den systematiske gjennomgangen førte også til en oversikt over ulike typer intervensjoner som ble et viktig grunnlag for utviklingen av SunnGest.

Utvikling av nytt behandlingstilbud: SunnGest

Basert på litteraturgjennomgangen og observasjonen av norske afasirammedes bruk av gester spontant og i samspill med logoped, ble det utarbeidet et nytt system for bruk av gester i afasirehabilitering som fikk navnet SunnGest (Erlenkamp & Becker, 2013). Systemet er basert på viten om:

1. ulike typer intervensjoner og nytteverdien av gester i kommunikasjon med afasirammede basert på eksisterende forskningsresultater
2. kategorisering av gester og deres antatte funksjon i kommunikasjon i forhold til observasjonene gjort med afasirammede: hvilke gester brukes av afasirammede og hvordan?

Erlenkamp formulerte følgende hypoteser som grunnlag for det nye behandlingstilbudet (Erlenkamp, 2013):

1. En viss gruppe afasirammede kan ha nytte av mer systematisk bruk av gester som et kommunikasjonsredskap. Dette gjelder trolig spesielt afasirammede med lite eller ingen apraksi (unntatt eventuelt taleapraksi); og relativ god forståelse, men med utfordringer ved å produsere flytende tale.
2. Strategilæring for mer effektiv bruk av naturlig kroppsspråk kan gi økt kommunikasjonsevne når talen mangler eller er mangelfull, da den utnytter eksisterende kroppsspråk.

Mens forskningslitteraturen hovedsakelig beskriver tilnærminger basert på bruk av enkelte håndgester, ofte som erstatning for enkeltord¹, utviklet prosjektet et rehabiliteringsopplegg med hensikt om å utnytte potensialet som ligger i naturlig bruk av gester og kroppsspråk. Hensikten med denne strategilæringsmetoden er å lære personer med afasi og deres pårørende å bruke naturlig kroppsspråk mer effektivt, samt å lære seg strategier for hvordan gester kan brukes og kombineres mest mulig effektivt. Systemet tar utgangspunkt i de gester den enkelte allerede benytter i kommunikasjon, og en tar sikte på å bevisstgjøre, utvide og forbedre repertoaret. SunnGest baserer seg på følgende grunntanker/antagelser:

¹ Såkalt leksikalisering der enkelte gester med vid og kontekstavhengig betydning får tildelt en begrenset og kontekstuaavhengig betydning.

- De fleste mennesker har et velfungerende kroppsspråk som ubevisst del av sin kommunikasjon.
- I ansikt-til-ansikt kommunikasjon danner det talte ordet og den visuelle gesten hverandres kontekst og ofte danner de sammen en mening, slik som i uttrykket:

«Jeg synes den der *peker på en vase* var fin.»

Kun i samspillet mellom pekingen og ordene forstår vi hva det snakkes om og hva vedkommende mener om det.

- Afasirammede mangler i varierende grad en av de to delene i ansikt-til-ansikt kommunikasjon, nemlig det talespråklige uttrykket. For å kompensere for dette kan man bruk ulike metoder (jf. tabell 1).
- Naturlig gestuell kommunikasjon er ikke like effektiv som det talte ordet, men kan bli mer effektiv gjennom trening, spesielt med fokus på ansikt og bruk av ikoniske gester.

Evaluerings- og utprøvningsseminarene

En stor andel blant de afasirammede/pårørende og logopedene anga å ha brukt en del gester i kommunikasjonen sin, respektive behandlinger, allerede før seminarene. Likevel vurderte de afasirammede nytten av SunnGest for sin egen kommunikasjon umiddelbart etter seminaret som nokså høy, mens logopedene vurderte den for sine pasienter som moderat. En relativt høy andel av både de afasirammede og logopedene uttrykte et ønske om fremtidig bruk av SunnGest.

Ved oppfølgende spørreundersøkelse 2,5 måneder etter seminaret svarte halvparten av de responderende afasirammede/pårørende at de hadde prøvd SunnGest videre etter kurset og opplevde det som nyttig. Den andre halvparten oppga at de ikke hadde brukt SunnGest, og blant grunnene var at de ikke husket opplegget. Av de seks responderende logopedene svarte fem at de hadde brukt mer gester etter kurset, og fire av seks oppga å ha brukt SunnGest. Tre av disse syntes SunnGest var nyttig, til sammen fire ønsket mer opplæring i SunnGest.

DISKUSJON

Funnene fra litteraturgjennomgangen (Erlenkamp, Reinertsen & Becker, 2014) og observasjonene tyder på at det finnes et uutnyttet potensial i bruk av gester i afasirehabilitering. Dette støttes også av våre erfaringer med SunnGest og evalueringene etter utprøvingen. Det trengs imidlertid mer systematisk forskning på området, på enkelte intervensjoner og sammenligning av intervensjoner for å finne den best mulige metoden. Mest av alt trengs systematiske studier som har som formål å avdekke hvilke grupper afasirammede som vil kunne tjene på bruk av gester i sin rehabilitering og hvilke type intervensjoner som vil egne seg best for formålet.

Med sitt fokus på bruk av naturlig kroppsspråk hos afasirammede/pårørende og på opplæring i strategier for en mer effektiv bruk av naturlige og spontane gester, er SunnGest trolig den første intervensjonen av sitt slag. Som et konkret klinisk tiltak bidrar SunnGest til videreutvikling av klinisk praksis. Strategilæring krever imidlertid jevnlig gjentakelse over en lengre periode, noe som ikke ble prøvd ut i prosjektperioden. Likevel oppga de fleste deltakerne på seminaret at de opplevde allerede etter et halvdagsseminar tiltaket som nyttig.

Etter prosjektslutt bestemte Sunnaas sykehus HF derfor at SunnGest skulle videreføres vinteren 2014 som et poliklinisk gruppetilbud. Gjennomføringen ble ledsaget av et forsknings- og kvalitetssikringsprosjekt som basis for en ytterligere videreutvikling av SunnGest. Samtidig trengs det forskning på denne typen intervensjoner for å oppnå en bedre forståelse av bruk av gester i afasirehabilitering og til å sikre effektiv behandling. Skal vi lykkes med en god overføring mellom forskningsbasert kunnskap og afasirehabilitering i praksis må forskning og klinisk virksomhet gå hånd i hånd. Vi håper å få på plass et forskningsprosjekt i nærmere fremtid hvor SunnGest også kan være utgangspunkt for utarbeidelse av et norsk kartleggingsverktøy for afasirammedes bruk og forståelse av gester. Som konsekvens betyr dette at SunnGest vil være et tilbud som fremdeles er under utprøving og som blir justert i takt med videre erfaringer, vitenskapelige funn og brukerevalueringer.

OPPSUMMERING

Prosjektet har vært en spennende reise fra en systematisk gjennomgang av litteraturen frem til et nytt behand-

lingstilbud ved Sunnaas sykehus HF. Etter vår oppfatning har mer og strukturert bruk av gester i afasi-rehabilitering potensial til å bedre kommunikasjons-evnen til afasirammede. Prosjektets resultater har potensielt stor betydning for afasirehabiliteringen i Norge ved at de kan føre til en mer kunnskapsbasert og målrettet bruk av gester i afasirehabiliteringen. Det er lagt grunnlag for videre arbeid som eksempelvis forskning på enkelte aspekter av gestebruk, utvikling av kartleggings-

verktøy, videreutvikling av rehabiliteringsopplegg, og undersøkelser av deres effekt.

TAKK

Vi takker alle deltagende pasienter og pårørende, logopeden i prosjektgruppen (Liv Stabell Kulø) samt styringsgruppen (Line Haaland-Johansen, Melanie Kirmess, May Britt Kløverød og Marianne Lind) for deres bidrag til prosjektet.

LITTERATUR

- Ahlsén, Elisabeth & Schwarz, Anneli. (2013). Features of aphasic gesturing-An exploratory study of features in gestures produced by persons with and without aphasia. *Clinical linguistics & phonetics*, 27(10-11), 823-836.
- Erlenkamp, Sonja. (2009). «Gesture verbs». Cognitive-visual mechanism of «classifier verbs» in Norwegian Sign Language. *CogniTextes. Revue de l'Association française de linguistique cognitive* (Volume 3).
- Erlenkamp, Sonja. (2013). Sluttrapport for prosjektet «Bruk av gester i afasirehabilitering», Sunnaas Sykehus HF. http://srp.extrastiftelsen.no/Sluttrapport_2011_3_0404.pdf
- Erlenkamp, Sonja; Reinertsen Kristina M & Becker, Frank (2014): Gester og afasi – en litteraturoversikt, Norsk tidsskrift for logopedi, dette nummer).
- Erlenkamp, Sonja & Becker, Frank. (2013). A New Approach to the Use of Gestures in Aphasia Rehabilitation: Stimulating Spontaneous Gesturing and Body Language. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 94, 265-266.
- Helm-Estabrooks, Nancy, Albert, Martin L & Nicholas, Marjorie (2014). *Manual of Aphasia and Aphasia Therapy* (3 utg.). Austin, TX: PRO-ED.
- McNeill, David. (2005). *Gesture and thought*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rose, Miranda L. (2006). The utility of arm and hand gestures in the treatment of aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 8(2), 92-109.
- Rose, Miranda L. (2013). The emerging clarity of the roles of gesture in communication and interventions for people with aphasia. *Aphasiology*, 27(9), 1010-1014.
- Skelly, Madge & Schinsky, Lorraine. (1979). *Amer-Ind gestural code based on universal American Indian hand talk*. New York: Elsevier.

Ny utgivelse fra
Logoped Inger Marie Trovi, MNLL

LYDSPOR I MUNNEN Veiviser i artikulasjonsarbeidet

Kr. 325,-
+ ekspedisjonsgebyr

Send bestilling til:
inger.marie@stemmebruk.com

Samletilbud:
Lydspor i munnen/Å mestre rulle-r/
Joar og den spennende reisen
til sammen 499,- + ekspedisjonsgebyr

www.spraakbruket.net



Akustiske trekk i talen til barn med cochleaimplantat

– en sammenligning med normalt hørende barn og barn med høreapparat

Denne artikkelen er en sammenfatning av avhandlingen «Acoustic features of speech by young cochlear implant users - A comparison with normal-hearing and hearing-aided age mates» (Hide 2014).

God hørsel fra fødselen av er ikke bare viktig for oppfatelse av lyder i omgivelsene, men er også svært viktig for tale- og språkutviklingen hos små barn. Nedsatt hørsel kan føre til forsinket eller avvikende talespråkutvikling.

I mange tilfeller er høreapparat (HA) en god løsning for et barn som er født med nedsatt hørsel, men dersom hørselen er sterkt nedsatt eller barnet er helt døvt, kan cochleaimplantat (CI) være en bedre løsning. Ved innføring av neonatal hørselsscreening og bruk av cochleaimplantasjon har barn med sterkt nedsatt hørsel og døvhets fått tilgang til lydstimulering så tidlig som i bableperioden. Å høre ved hjelp av et cochleaimplantat gir ikke normal hørsel, men de fleste vil kunne oppfatte tale.

En rekke studier har vist at døde barn som har fått cochleaimplantasjon i løpet av første leveår, har oppnådd tale- og språkferdigheter som kan sammenlignes med dem vi finner hos barn med normal hørsel. Det er likevel indikasjoner på at kanskje ikke alle aspekter av talen fanges like bra opp av et cochleaimplantat som av et normalt øre. Denne forskningen omhandler nettopp slike aspekter, nemlig prosodien i talespråket.

Prosodi omhandler talespråkets tonehøyde, lydstyrke, kvantitet (vokal- og ytringslengde), trykk og intonasjon. I denne doktoravhandlingen var vi interessert i å finne ut hvorvidt slike prosodiske aspekter skiller seg fra prosodiske aspekter i talespråket til normalt hørende barn. Vi ville også sammenligne med de prosodiske aspektene i talespråket til barn med klassiske høreapparater (HA).

Vi startet med å undersøke prosodiske aspekter i barnas spontane bableproduksjon og fant ut at CI-barna har mindre tonehøyde-variasjon i bableproduksjonene,

sammenlignet med bableproduksjonene til normalt hørende barn. Dette betyr at f.eks. i en bablesekvens som «baba» vil CI-barnets bableproduksjon oppfattes noe mere monoton enn bableproduksjonen til det hørende barnet.

På bakgrunn av disse funnene ville vi undersøke hva som karakteriserer de prosodiske aspektene i talen til CI-barna i tidlig skolealder. Ville vi finne sammenlignbare trekk som i bableperioden, eller ville barna ha utviklet en tale med prosodiske trekk på linje med sine hørende klassekamerater? Som en tredje kontrollgruppe inkluderte vi også tunghørte barn med klassiske høreapparater, fordi vi ville undersøke hvordan denne gruppen artet seg i forhold til CI-barna.

Disse tre gruppene fikk oppgaver i både persepsjon og produksjon. Persepsjonsoppgaven besto i å lytte til et utvalg av tostavellesord (f.eks. 'lala') og bestemme om trykket lå på den første eller den andre stavelsen. Resultatene av denne undersøkelsen viste at både CI-barna og HA-barna hadde færre korrekte svar og lengre reaksjonstid enn barna med normal hørsel. HA-barna gjorde det faktisk bedre enn CI-barna, både når det gjaldt korrekt identifisering av trykk og reaksjonstid.

Produksjonsoppgaven bestod i at barna skulle imitere ord med ulike trykkmønster. Her ville vi undersøke om



Øydis Hide

jobber nå som seniorrådgiver ved team for leppe-, kjeve-, ganespalte ved Statped sørøst, fagavd. språk/tale (siden 1. sept 2012). Cand.philol fra NTNU (fransk, fonetikk, lingvistik, anvendt språkvitenskap).

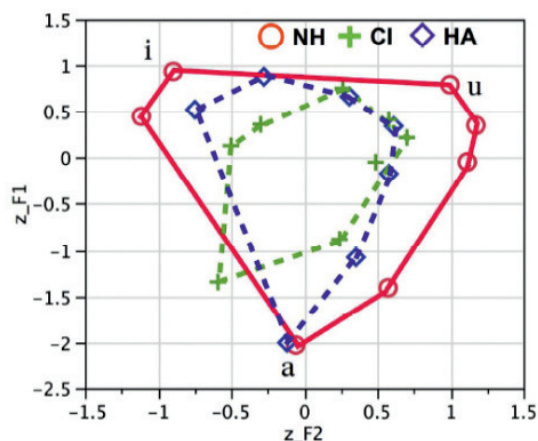
Jeg var stipendiat ved CLIPS (Computational Linguistics & Psycholinguistics) da jeg skrev avhandlingen. CLIPS er et forskningssenter under Lingvistisk Institutt ved Universitetet i Antwerpen, Belgia.

barna var i stand til å overbringe korrekt trykk. I denne undersøkelsen skåret CI-barna også dårligere enn både HA-barna og de hørende barna. I tillegg til at CI-barna hadde færrest korrekt imiterte ord (dvs. feil trykkplassering), fant vi forskjeller i de akustiske aspektene i barnas taleproduksjon. Resultatene viste at tonehøydestigningen i CI-barnas ytringer var mindre bratt og kortere i varighet, sammenlignet med tonehøydestigningen i ytringene til de normalt hørende barna og HA-barna. Dette betyr at den trykksterke stavelsen skiller seg mindre fra den trykksvake stavelsen i ytringen hos CI-barna. HA-barna, derimot, hadde resultater på linje med de hørende barna.

Disse resultatene antyder at den nødvendige akustiske informasjonen for identifisering av trykk er bedre tilgjengelig for HA-barn enn for CI-barn. Årsaken til at HA-barnas tonehøydeverdier er sammenlignbare med de hørende barnas verdier, mens CI-barna tonehøydeverdier avviker fra de hørende barnas verdier, kan skyldes at HA-barna har tilgang til tonehøyde-informasjon gjennom sin resthørsel. Denne resthørselen beholder barna når de får høreapparat og den forsterkes av høreapparatet. CI-barna, derimot, har sterkt nedsatt eller fullstendig manglende hørsel. De har derfor sjelden resthørsel og dersom de skulle ha det, er CI-apparatene ikke med på å forsterke og videreføre denne. CI-apparatene er heller ikke i stand til å fange opp disse tonehøydeforskjellene.

Dersom CI-barna har begrenset mulighet til å oppfatte tonehøydeforskjeller på grunn av begrensninger i implantatet, ville det være interessant å se hvordan de produserer vokaler. Når vi produserer ulike vokaler, forandrer vi form og størrelse på resonansrommet. Ulik form og størrelse gir ulike formanter. Formanter er frekvenstopper og hver vokal inneholder flere formanter. Ville CI-barna være i stand til å produsere slike formanter slik at vokalene ville høres likedan ut som vokalene produsert av normalt hørende barn? Og hvordan ville dette være i forhold til HA-barna?

I den siste studien undersøkte vi derfor vokalkvaliteten hos de samme tre gruppene, også denne gangen barn i tidlig skolealder. De største forskjellene mellom gruppene fant vi her. Både CI-barna og HA-barna hadde et mindre antall korrekt produserte vokaler enn de hørende



Figur 1

barna. Da vi analyserte vokalkvaliteten akustisk, oppdaget vi at begge de kliniske gruppene (CI-barna og HA-barna) hadde mindre vokalfirkanter og mere sentraliserte vokaler enn de hørende barna (se figur 1). Også her gjorde CI-barna det faktisk dårligere enn HA-barna. Dette innebærer at vokalene produsert av CI-barna kan oppfattes som mer nøytrale og mindre differensierte, sammenlignet med vokalene produsert av HA-barna og de normalt hørende barna. Begge de kliniske gruppene, og spesielt CI-barna, viste også en stor grad av overlapping mellom de ulike vokalene. Dette er også med på å forringe vokaltydigheten, som igjen påvirker taletydeligheten i negativ grad.

Sammenfattet: selv om litteraturen forteller at CI-barn på relativt kort tid presterer stor fremgang i tale- og språkutviklingen, viser resultatene fra denne doktoravhandlingen at visse prosodiske aspekter i CI-barnas tale avviker fra hørende barns verdier, og at barn med klassiske høreapparat faktisk presterer bedre enn barna med cochleaimplantat når det gjelder tonehøyde.

Disse forskjellene kan være forankret i implantatets manglende mulighet til å oppfatte de små nyanseforskjellene i tonehøyde. Lydsignalene som fanges opp av et cochleaimplantat blir mindre nøyaktige og noe grovere enn de som fanges opp av et friskt øre, fordi lydsignalene fordeles over færre frekvensområder i et CI. Barn med klassiske høreapparater, derimot, kan ha mulighet til å støtte seg på naturlige hørselsrester i de lave frekvensene som forsterkes ved hjelp av høreapparatet.

Röstbehandling: Kartläggning av patienter och utvärdering av interventionseffekt med Rösthandikappindex

Sammanfattning

Denna studie är ett samarbeidsprosjekt mellom fyra landsting i sydöstra och södra sjukvårdsregionen i Sverige. Syftet är att kartlägga patienter i röstbehandling samt jämföra patienternas RHI-skattningar före och efter genomgången röstbehandling för att undersöka effekten av interventionen. Utöver detta syftar studien till att undersöka huruvida ålder, kön samt antalet behandlingstillfällen påverkar resultatet. Studien bygger på 350 patienters självskattningar. Wilcoxon teckenrangtest visar en signifikant skillnad i RHI-poäng före och efter behandling med en minskning av 19 medianpoäng i RHI-index med stor effektstyrka (0,55). Kvinnor utgjorde en majoritet av patienterna (74,3 %) och medelåldern totalt var 55 år. Äldre patienter hade högre medianvärde på RHI vid behandlingsstart och behandlingsslut. En högre ålder påverkade dock inte den observerade skillnaden mellan skattningarna.

Bakgrund

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska behandling systematisk utviklas og sikras (HSL, SFS 1982:763). I ett samverkansprosjekt mellom Linköpings Universitet og fyra landsting i sydöstra sjukvårdsregionen deltog sex logopedmottagningar genom att låta patienter som erhöill röstbehandling fylla i självskattningsformulæret Rösthandikappindex, RHI, vid behandlingsstart og behandlingsslut med målet att identifisera framgångs- og riskfaktorer vid röstbehandling.

Flera tidligere studier indikerer att kvinner drabbas av røststørninger i høyre grad än män (e.g Coyle, et al. 2001; Hunter, Tanner & Smith, 2011). Detta skulle kunna förklaras av att kvinnors stämband vibrerar mer frekvent än mäns. Fler stämbandskollisioner kan innebära en ökad belastning på strukturerna (Hunter, et al. 2011). Kvinnors stämband innehåller även mindre av det stötdämpande ämnet hyaluron (Colton, et al. 2011). Klimakteriet, som för de flesta kvinnor sker vid cirka 50 års ålder (Sturdee, 2008), kan även påverka rösten då sjunkande nivåer av hormonet östrogen inverkar på larynxs slemhinna. Detta kan resultera i en opplevelse av att både røstens kvalitet og prestasjonsförmåga förändras (D'Haeseleer, et al. 2009).

Røsten förändras för både kvinner og män takt med att vi åldras, blandt annat som en konsekvens av att de muskler som bidrar till stämbandens rörlighet börjar atrofiere. De kollagena fibrer som stämbanden delvis består av minskar i antal og blir tunnare (Aronson & Bless, 2009). Brosken i larynx förkalkas (Linville, 2001) og elasticiteten i de ligament som återfinns i larynx förloras (Hammonds, Gray, Butler, Zho & Hammonds, 1998). Majoriteten av de røstförändringar som äldre personer opplever kan tillskrivas normalt åldrande. Det är dock viktig at som kliniker inte per automatik avfårda patientens förändrade røst som ett resultat av normalt åldrande då en faktisk røststørning givetvis kan förekomma i denna population (Rammage et al. 2001).

Stor røstbelastning, inom yrket eller på fritiden, är en bidragande faktor till att røstproblem utviklas (Roy, Ray, Gray & Smith, 2009; Fritzell, 1996). I litteraturen listas blandt annat følgende yrkesgrupper som røstkrävande: lærere, sangere, försäljare, terapeut, ingeniør, kontorsarbeite, teknik- og datavetenskap, serviceyrken, socialarbeidere, präst, advokat og vårdpersonal (Fritzell, 1996; Verdolini & Raming, 2001; Södersten & Lindhe, 2011).

I syfte att ta fram ett verktøy for att kvantifisere de psyko-sociala konsekvenserna av en røststørning utviklades



Johanna Hengen, logoped
arbeider som doktorand
vid Linköpings Universitet.

E-post:
johanna.hengen@gmail.com

Malin Peterson, logoped

E-post:
malpe250@student.liu.se

Anita McAllister, docent i logopedi

*Takk till deltagande logopedmottagningar
och chefslogoped.*

Voice Handicap Index, VHI. VHI är ett självskattnings-formulär med påståenden inom tre delområden relaterade till røsten. Påståenden som berør røststørningens påverkan på pasientens daglige liv inkluderes i delområdet «Funktionelt». Påståenden relaterede till de kànslomæssige reaktionerna en røststørning kan orsake tåcks under delområdet «Emotionelt», medan delområdet «Kroppsligt» berør hur halsen kànns samt pasienten egne oppfattninger av sin røstkalitè (Jacobson et al. 1997).

Den svenska versionen av VHI kallas Røsthandikapp-index, RHI, och øversattes av Ann-Kristin Ohlsson (2001). RHI modifierades och validerades senere av Ohlsson och Dotevall (2009) på røstfriske personer samt personer med røststørning. Resultatet visade att 87 % av de røstfriske deltagarna fikk en total RHI-poång under 20 medan 77 % av pasienterna med røststørning fikk øver 20 RHI-poång, varfor ett vårde på øver 20 RHI-poång kom att føreslås som grånsvårde for en røststørning. Genom att undersøka test-retest reliabilitet med Wilcoxon teckenrangtest beståmdes att en minskning på 13 poång totalt eller sex poång i något av de tre delområdena var tillræckligt for att faststålla en noterbar skillnad for pasienten efter genomgången intervention, att jåmføra med 18 poång i originalstudien (Jacobson, et al. 1997; Ohlsson & Dotevall, 2009).

Syfte

Syftet med studien år att kartlågga pasienter i røst-

behandling samt jåmføra pasienters RHI-skattninger føre respektive efter genomgången røstbehandling for att undersøka effekten av interventionen. Vidare undersøks om ålder, køn samt antalet behandlingstillfållen påverkar resultatet av skattningarna.

Metod

Deltagare: 350 pasienter som fullfølgt røstbehandling deltog med att fylla i RHI-formulår vid behandlingstart og behandlingsslut. Diagnoserna dysfoni og fonasteni utgjorde tillsammans 71,7 % av alla pasienters diagnoser.

Genomførande

Insamlandet utførdes på sex logopedmottagninger inom Kalmar, Østergøtland, Jønköping samt i Kronobergs lån. Behandlande logoped låt pasienten fylla i RHI vid første og siste besøket og matade sedan in resultatet i en excelfil. Prosjektet planerades att pågå tills varje medverkande klinik hade rapportert in minst 30 pasienter som fullfølgt røstbehandling. Studien har gjennomført i enlighet med rådande forskningsetiske prinsipper enligt Helsingforsdeklarasjonen (2008). For de deltagande pasienterna finns det ingen betydande risk att pasienternas identitet røjs i detta prosjekt.

Analysmetode

Pasienternas RHI-poång har analyserats i programmet IBM SPSS Statistics version 20 for analytisk ikke-parametrisk statistikk, då resultatet var snedførdelet og data bedømtes vara på ordinalskala. Testen som anvåndes var Wilcoxon teckenrangtest, Kruskal-Wallis og Mann-Whitney U-test og Spearmans rho. Signifikansnivåen har satts till 0,05. Effektstyrken tolkades efter Cohens (1988) riktlinjer (0,1 = liten effekt, 0,3 = måttlig effekt og > 0,5 = stor effekt).

Resultat

Åldersgruppene hadde signifikant annorlunda median-poång vid behandlingstart, $H(3) = 16,38, p < 0,001$. Parvisa jåmførelser visade att Åldersgruppe < 40 år ($Md = 36$) hadde ett medianvårde som var signifikant lågre ån for Åldersgruppe 41-64 år ($Md = 43$) og Åldersgruppe > 65 år ($Md = 48$). Ett svagt positivt samband existerade mellom ålder og startvårde på RHI vid behandlingstart. Medelåldern for samtliga pasienter var 55 år, att jåmføra med Sveriges totalpopulation där medelåldern år 41 år (SCB, 2012). Kønfordelingen

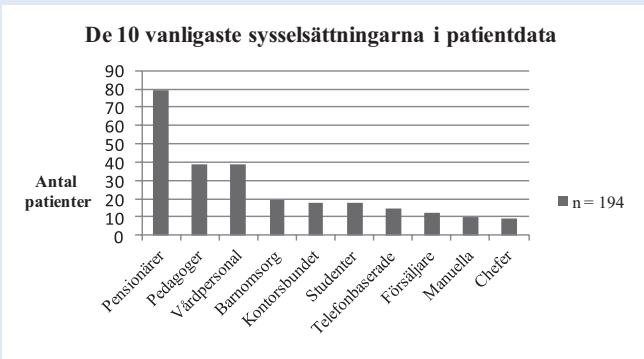
totalt samt fördelningen inom ålderskategorierna skilde sig även jämfört med Sveriges totalpopulation, se tabell 1 (SCB, 2012).

Majoriteten av patienterna i materialet var kvinnor. Totalt utgjorde de kvinnliga patienterna 74,3 % och männen 25,7 %. Patienterna delades in i följande åldersintervall: < 40 år, 41 - 64 år samt > 65 år, se tabell 1.

Tabell 1: Könsfördelningen totalt samt i ålders-kategorier (%). Medelålder med standardavvikelse (SD) för respektive kön och samtliga patienter.

Åldersgrupp	Män	Kvinnor	Totalt
< 40 år	26 (30 %)	65 (25 %)	91 (26 %)
41-64 år	36 (40 %)	133 (51 %)	169 (48 %)
> 65 år	28 (31 %)	62 (24 %)	90 (26 %)
Totalt	90 (26 %)	260 (74 %)	350 (100 %)
Medelålder	57.5 (SD = 17,45)	52 (SD = 16,2)	55 (SD = 16,55)

Sysselsättning angavs för 328 patienter i materialet. Sammanlagt 307 patienter hade yrken som grupperades i kategorier baserade på Fritzell (1996). Kvarvarande 21 patienter hade ett yrke som grupperades som övriga yrken.



Figur 1: De tio vanligaste sysselsättningskategorierna i materialet.

Den största patientgruppen utgjordes av pensionärer. Bland de yrkesaktiva utgjorde pedagoger och sjukvårdspersonal de två största grupperna med 39 patienter vardera, följt av 19 patienter som arbetade inom barn-

omsorg, se figur 1. Inom de yrkesgrupper som ej är representerade i figuren återfanns färre än sju patienter var. Dessa bestod av, i fallande ordning: tekniska yrken, serviceyrken, IT, präster/missionärer, egenföretagare, restaurangpersonal, hantverkare, frisörer, labbpersonal, fordonsyrken, rektorer och träningsinstruktörer.

Wilcoxon teckenrangtest användes för att jämföra patienternas skattningar före och efter behandling. Medianvärdet på RHI-indexet minskade med 19 poäng från före behandling (Md = 42, Q = 28,25) till efter behandling (Md = 23, Q = 25), se tabell 2.

Tabell 2: Medianpoäng, kvartilavstånd, z-värde och effektstyrka (r) på RHI inom delområdena funktionell, kroppslig och emotionell före och efter behandling.

Delområde	Före behandling; Median (kvartilavstånd).	Efter behandling; Median (kvartilavstånd).	z	r
Funktionell	12 (12,25)	6 (9)	12,91**	.49
Kroppslig	20 (7,25)	12 (9)	13,07**	.49
Emotionell	11 (10)	4 (8)	14,09**	.53
** = p<.001				
Wilcoxon teckenrangtest				

Det sker en genomsnittlig, signifikant minskning av röstproblem efter genomgången behandling, z = 14,80, p<0,001, med en observerad stor effektstyrka (r = 0,55). Skattningarna inom samtliga RHI:s delområden minskade signifikant efter behandling med stor effektstyrka.

Patienternas kön hade inte någon signifikant inverkan på deras resultat vid RHI-skattningarna eller skillnaden där emellan. Differensen påverkades inte av antalet behandlingstillfällen patienten fått, dock existerade ett svagt, positivt samband mellan värdet på första RHI-skattningen och antalet behandlingstillfällen (Rho = 0,18).

Diskussion

Majoriteten av patienterna skattade en minskning på

19 RHI-poäng efter behandling. Med stöd i riktlinjerna från Jacobson med medarbetare (1997) samt Ohlsson och Dotevall (2009) kan detta tolkas som att behandlingen överlag har varit effektiv. Vid behandlingsslut var medianpoängen för patienterna 23 RHI-poäng, att jämföra med medianvärdet vid behandlingsstart på 42 RHI-poäng. Detta innebär att majoriteten av röstpatienterna vid behandlingsavslut låg över det gränsvärde som enligt Ohlsson och Dotevall (2007) indikerar en röststörning. Symtomen av röststörningen har dock minskat signifikant efter genomgången röstbehandling. Resultatet skulle kunna tolkas som att behandlingen för dessa patienter misslyckats, men det kan också bero på att röstbehandling kanske avslutas när en tydlig förbättring observerats och logopeden anser att patienten har kunskapen och tekniken för att fortsätta röstträning på egen hand. Något överraskande fanns inga signifikanta skillnader i RHI-differens beroende på antalet behandlingstillfällen. Det kan bero på att patienter med allvarligare röstproblematik erhållit fler behandlingstillfällen än patienter med mindre allvarlig röstproblematik, vilket även stöds av ett svagt, positivt samband mellan antalet RHI-poäng vid behandlingsstart och antalet erhållna behandlingstillfällen.

Yrken som förekommer med hög frekvens i det insamlade patientdata är i många fall även yrken som nämns av ett flertal källor som röstkrävande. Hit hör exempelvis pedagogiska yrken, vårdyrken, barnomsorg, telefonbaserade yrken, försäljare samt kontorsarbete (Rammage et al. 2001; Södersten & Lindhe, 2011; Verdolini & Raming, 2001). Detta kan anses vara en ytterligare indikator på att ett röstkrävande yrke innebär en ökad risk för utvecklandet av en röststörning. Den största patientgruppen utgjordes dock av pensionärer vilket är ett stöd för tidigare observationer av åldersrelaterade röstförändringar (Linville, 2001).

Kvinnor var överrepresenterade i materialet jämfört med den svenska totalpopulationen. En förklaring till detta kan vara strukturella skillnader i vuxna män och kvinnors stämband som medför en ökad sårbarhet för röststörningar hos kvinnor (Aronson & Bless, 2009; Colton, et al. 2011; Hunter et al. 2011). Även hormonella skillnader könen emellan är en faktor som kan påverka uppkomsten av en röststörning (Abitbol, et al. 1999; Hunter, et al. 2011). Bland annat kan de hormon-

förändringar som sker under menopausen inverka på röstkvaliteten (D'haeseleer, et al. 2009). Menopausen sker oftast kring 50 års ålder (Sturdee, 2008). I patientmaterial var medelåldern för de kvinnliga patienterna 52 år, vilket skulle kunna indikera att menopausen inverkar på utvecklandet av en röststörning. Skevheten i materialet kan även möjligtvis bero på att kvinnor är överrepresenterade i yrken som är röstkrävande.

Jämförelser av män och kvinnors RHI-poäng vid behandlingsstart visade inte på några signifikanta skillnader vare sig för den totala RHI-poängen eller inom något delområde. Det fanns inte heller någon signifikant skillnad i hur män och kvinnors RHI-värde minskar efter genomgången behandling. Sannolikt är anledningen till könsskillnader i utvecklandet av röststörningar mer multifaktoriell än vad ett flertal tidigare publikationer föreslagit, där främst de anatomiska skillnaderna har stått i fokus (Aronson & Bless, 2009; Colton et al. 2011; Hunter et al. 2011; Hammonds, et al. 1989).

Åldersspridningen i materialet skilde sig från den som hade kunnat vara förväntad om patientdata hade speglat Sveriges totalpopulation. I förhållande till totalpopulationen var personer över 41 överrepresenterade i patientdata. Patienter över 65 hade ett signifikant högre start- och slutvärde på RHI än de yngre patienterna. Det förelåg en signifikant skillnad i RHI-median mellan de olika åldersgrupperna. Att värdet på RHI-medianen vid behandlingsstart konsekvent blev högre i takt med att patienterna blev äldre skulle kunna förklaras av att förutsättningar för att producera rösten försämras i och med att vi åldras (Aronson & Bless, 2009; Lindblad, 1992; Linville, 2001). Något överraskande är att behandlingseffekt inte är beroende av patientens ålder. Patienter inom den äldre åldersgruppen startar och slutar på ett högre RHI-median värde än patienter inom de övriga åldersgrupperna, men RHI-differensen skiljer sig inte åt. Detta tolkas som att patienter inom samtliga åldersgrupper är likvärdigt hjälpta av röstbehandling.

Vår slutsats är att patienterna i patientdata har haft en behandling som överlag kan beskrivas som effektiv, men majoriteten av skattningarna vid behandlingsslut låg fortfarande över föreslagna gränsvärden för en röststörning.

Medelåldern i patientdata var høyere enn innen den svenske totalpopulationen. Eldre personer hadde ett høyere RHI-värde ved både skattningarna. RHI-differensen mellom de to skattningstillfällena var likverdig mellom de ulike aldersgruppene.

RHI-differensen påverkades inte av deltagarens kön eller antalet behandlingstillfällen. Det fanns ett svagt, positivt samband mellom ett høyere startvärde på RHI och antalet behandlingstillfällen.

REFERENSER

- Aronson, A. E., & Bless, D. M. (2009). *Clinical voice disorders* (4th ed.). New York: Thieme.
- Colton, R. H., Casper, J. K., & Leonard, R. (2006). *Understanding voice problems*. Enskede: Tpb.
- Coyle, S. M., Weinrich, B. D., & Stemple, J. C. (2001). Shifts in relative prevalence of laryngeal pathology in a treatment-seeking population. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 15, 424-440. doi:10.1016/S0892-1997(01)00043-1
- D'haeseleer, E., Depypere, H., Claeys, S., Van Borsel, J., & Van Lierde, K. (2009). The menopause and the female larynx, clinical aspects and therapeutic options: A literature review. *Maturitas*, 64, 27-32. doi:10.1016/j.maturitas.2009.06.009; 10.1016/j.maturitas.2009.06.009
- Fritzell, B. (1996). Röstproblem følger yrket: Lärare, socialarbetare, jurister och präster bör tidigt få skadeförebyggende röstvård. *Läkartidningen*, 93, 1325-1328.
- Hammond, T. H., Gray, S. D., Butler, J., Zhou, R., & Hammond, E. (1998). Age- and gender-related elastin distribution changes in human vocal folds. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 119, 314-322.
- Hunter, E. J., Tanner, K., & Smith, M. E. (2011). Gender differences affecting vocal health of women in vocally demanding careers. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 36, 128-136. doi:10.3109/14015439.2011.587447; 10.3109/14015439.2011.587447
- Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M. S., & Newman, C. W. (1997). The voice handicap index (VHI): Development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 63, 66-70.
- Linville, S. E. (2001). *Vocal aging*. Australia; San Diego: Singular Thomson Learning.
- Ohlsson, A. C., & Dotevall, H. (2009). Voice handicap index in Swedish. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 34, 60-66. doi:10.1080/14015430902839185; 10.1080/14015430902839185
- Rammage, L., Morrison, M., & Nichol, H. (2001). *Management of the voice and its disorders* (2nd ed.). San Diego, Calif.: Singular Thomson Learning.
- Roy, N., Merrill, R. M., Gray, S. D., & Smith, E. M. (2005). Voice disorders in the general population: Prevalence, risk factors, and occupational impact. *The Laryngoscope*, 115, 1988-1995. doi:10.1097/01.mlg.0000179174.32345.41
- Statistiska centralbyrån (2012) Befolkningsstatistik, 2012. Hämtad från http://www.scb.se/Pages/Product____25785.aspx, 19/3/2013 10:05.
- Sturdee, D. W. (2008). Menopause. I International Encyclopedia of Public Health. Hämtad från <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123739605004792>, 2/2/2013 16:15.
- Södersten, M och Lindhe, C. SOU 2011:6. Kunskapsöversikt. Yrkesrelaterade röststörningar och röstergonomi. Hämtad från http://www.av.se/dokument/aktuellt/kunskapsoversikt/RAP2011_06.pdf, 31/1/2013 14:20.
- Verdolini, K., & Ramig, L. O. (2001). Review: Occupational risks for voice problems. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 26, 37-46.

Fonasjon i rør

I løpet av en lang logopedisk yrkesutøvelse «med stemmen i fokus» har vel metoden Fonasjon i rør vært den teknikken som raskest og enklest har gitt gode resultater.

Spøkefullt har det vært sagt «Gi folket et rør, og du vil overflødiggjøre deg selv som stemmebehandler!»

Fullt så enkelt ønsker vi ikke å fremstille metoden. For selv en god metode kan brukes feil. Sånn sett er nedenforstående veiledning ment å hjelpe oss alle til å gi en fullgod sikringskost for stemmebrukere. Dette gjelder både «sykegymnastikk» for de som har et stemmeproblem, og friskgymnastikk for å forebygge, styrke og vidreutvikle stemmen, og også gi hjelp så den profesjonelle stemmebruker skal kunne yte maks med hensyn til tale og sang.

Utstyret er enkelt

1. En flaske med ca 4-5 cm vann (f. eks en colaflaske med vann til første innsving).
2. En fleksibel silikon- eller plastslange, 9 til 12 mm i diameter, og med relativt tynne vegger. Den skal gjerne være 35 cm lang. (Tess selger slanger i store kveiler, og rørene er godkjent for oppbevaring og inntak av mat og drikke.)

Instruksjon

Røret skal inn mellom tennene (ikke bit i røret!). Tungen skal ligge avspenning i hvilestilling, fram mot tennene nede i underkjeven. Leppene skal være litt framskutte, og skal mykt omslutte røret.

- Før røret ned i vannflasken, og start med å blåse bobler i vannet. Kjenn at kraftkilden for å blåse boblene er nede i magen (bruk buken og flankene). Ha bevissthet på hvor uanstrengt det er å blåse bobler i flasken, og behold den samme uanstrengte holdningen, men blås nå en LYD ned i flasken, mens du opprettholder boblingen. Det blir en myk, boblende fonasjon, som skal føles behagelig, og høres ut nærmest som en /o/-lyd.



Ragnhild Skard

er utdannet logoped og cand. paed. spes. med nesten 20 års erfaring fra stemmeseksjonen på Bredtvet. I privat praksis ved Logopedisk institutt siden 1995.

E-post: rkorens@online.no

- Lyden skal være løs, dyp og doven. Kinnene skal være avspente og delta i boblingen, med en svak vibrasjon som kan føles og synes.
- Lydene skal ikke på dette trinnet vare lenge. Sørg for å ha god tid, og doven, dyp og uanstrengt innpust.
- Selv synes jeg det er godt å «dvele» i denne upretensjose boblefasen, der lyden nærmest kommer av seg selv.
- Men selv dette første trinnet kan være vanskelig. Så stopp litt og kjenn etter hvordan det hele føles. La hovedoverskriften være «kose-blåsing» med lyd. Hvis klienten blir antydningssvis svimmel, ør eller anpusten, har blåsing vært for intens med hensyn til fonasjonslengde, styrke eller hastighet.
- Og hvis klienten er antydningssvis sliten, så tar vi pause, og drøfter litt hva som kan ha vært uheldig.
- Hvis det er store kjevespenninger kan det faktisk gi økte spenninger å ha røret mellom tennene. Da kan man heller ha røret utenfor tennene i startfasen (og inkludere øvelser for kjeveavspenning). Vår målsetning er å få til mest mulig avspenning strupefunksjon og avspenning kjeve.
- Det er bra hvis nesa er så åpen at innpusten går gjennom nesa, så luften blir fuktet, varmet og renses, før den blåses ned i flasken. Det vil si at leppene mykt omslutter røret hele tiden.
- Selv går jeg aldri videre med variasjoner i pitch, styrke og lengde, før denne første lyden er godt etablert. Det

kan være lurt å forsikre deg om at den føles tilnærmet like uanstrengt som når du blåser bare bobler. Lyden ligger nær bunnen av stemmeomfanget, den er ikke «dyttet ned», og heller ikke «løftet opp», den bare hviler. Lyden gir en lett romling i brystkassen, som klienten kan føle med hånden som en lett vibrasjon av brystresonans ved brystbenet.

- Når denne lyden er godt etablert og stabil, og alle de gode fornemmelsene av velbehag er der, kan vi gå videre til små variasjoner.
- FORLENGELSE av fonasjonstiden på en og samme utånding.
- STYRKEVARIASJONER kan innføres som om vi «ruser» bilen. Lyden behøver fortsatt ikke å være langvarig. Men vi gjentar mange ganger. Når aksentueringen kommer, er det ikke så uvanlig at den utrente stemmen stiger i stemmeleie (dvs at stemmen øker i pitch når styrken øker). Det kan være verdifullt å dvel litt ved dette. Det økte trykket skal komme nedenfra, og strupen skal være avspennt – altså såkalt nullstilt – mens vi varierer styrken. Vi kan gjennomføre crescendo, decrescendo flere ganger på en og samme stabile grunntone.
- (Rørmunnningens dybde i vannet kan selvsagt også varieres.)
- VARIASJONER I PITCH. Gli på tonen fra det maks avspente og i små variasjoner opp og ned igjen, som en liten brannbil, og utvid etterhvert til større variasjoner ettersom fremgangen tilsier det. Målet er å beholde den gode fornemmelsen av avspenning i halsen, mens man gjør glideøvelser opp og ned, og stadig ender opp med den avspente fullregistertonen.
- Det er ikke grenser for hvordan man kan variere øvelsene her, fra å synge små enkle sanger med boblelyd, til å gjennomføre arier med krevende sprang. Hele tiden med det avspente kose-preget som følgesvenn.

OVERFØRING til tale kommer inn som et vesentlig element underveis hele tiden, etter at grunntonen er stabilisert og automatisert. Klienten skal søke å opprett-

holde den samme innstillingen i lepper, tunge, kjeve og strupe, mens han langsomt trekker røret ut av munnen og opprettholder fonasjonen. Når dette gjennomføres riktig, «glir» boblelyden over til en normal god fonasjon. Dette har store likhetspunkter med tyggemetoden, der vi har overgangen fra tygging på /m/-lyd og overføring til tygging med vokalinnslag, og hvor målet er at kvaliteten opprettholdes. Man skal altså blåse ut /o/-lyd, trekke røret og få en /o/-a. Etterhvert kan vokalene varieres. Deretter kommer små setninger, der boblelyden glir over i normal tale: «ooooordan føles det?»

NB: når røret trekkes ut, er det mange klienter som løfter haken samtidig, dvs de trekker hodet litt opp og får en liten innsnevring av resonansen, rett og slett ved at hodestillingen endres.

Sånn sett er det et poeng å slå fast at hodestillingen når man holder flasken foran seg er ganske ideell med hensyn til strupens «nullstilling» i halsen. Haken er lett senket i forhold til å være parallell med gulvet. Man kan gjerne eksperimentere med hode/hake-stillinger. Mange vil kunne kjenne at det er lettere å få stemmen på plass når haken er litt senket.

Parallelt med dette kan det være greit å slå fast at når øynene er lukket og øyenbrynene er senket (dvs at pannen er glatt) er det lettest å få stemmen til å hvile. (Hvis øyenbrynene er høyt hevet, har også strupen fått et lite løft oppover.) Det er også alltid lettere å oppdage indre fornemmelser, spenninger og innstillinger når øynene er løst lukket, og verden er stengt ute. Så skal du raskt oppnå maksimal effekt av stemmeøvelser, så la øynene hvile bak løst lukkede øyelokk.

Vel. Dette ble noen små variasjoner på bruk av metoden. Bruk den nennsomt, selv en god metode kan brukes feil og brukes for lenge, for kraftig/intenst, så lytt godt underveis, og drøft utførelsen i forhold til hvordan det føles. Det er heldigvis sånn at det som føles godt muskulært, oftest utføres helt riktig. Og metoden er enkel og upretensiøs, alt strev kan legges vekk, og de fleste lykkes raskt, og «blir glad i Flaska!»

Lykke til!

Fagkveld OLL; fonasteni og qigong

24. mars var det tid for Oslo logopedlags første fagkveld dette året, og temaet denne gangen var Fonasteni og Qigong. Logoped Jorid Løvbakk fra Statped sørøst snakket om fonasteni/stemmetretthet, et tema hun gjennom 18 år på fagavdeling for språk/tale har fått mye erfaring med. Logoped Ingeborg Watne fra Oslo Voksenopplæring Skullerud instruerte oss i qigong-øvelser, og satte dette i sammenheng med stemme.

Jorid Løvbakk snakket blant annet om utfordringer for enkelte yrkesgrupper, hvor stemmen er selve arbeidsredskapet (prester, lærere etc.). Når det er vanskelig å la være å bruke stemmen i det daglige virke, er det dessverre lett å kompensere for ubehaget ved å bruke stemmen og musklene i halsmuskulaturen på en lite hensiktsmessig måte. Dette er med på å forsterke stemmeproblematikken, og kan også «sette seg» andre steder i kroppen. Ved fonasteni vil den det gjelder kunne oppleve varierende grad av smerte og ubehag i hals og halsmuskulatur, og stemmekvaliteten påvirkes av belastning/bruk, men øre-nese-hals-undersøkelser vil stort sett vise normale forhold i strupen.

Løvbakk snakket om forskjellige tiltak i stemmebehandlingsarbeidet, og viste oss flere øvelser – som bildene viser kan vi logopeder dra nytte av både plastrør og kulepennar i arbeidet vårt! Løvbakk snakket videre om betydningen av avspennings- og pusteøvelser i stemmearbeidet, og anbefalte å begynne med grovmotoriske øvelser før man går over på finmotoriske øvelser. Deretter var det tid for neste innslag, hvor Ingeborg Watne viste oss nettopp grovmotoriske avspenningsøvelser innenfor qigong.

Lokalet ble ryddet slik at vi alle kunne gjøre qigong-øvelser under veiledning fra Watne, som fremhevet betydningen av både pust, fokus og bevegelser. Øvelsene kan gjøres sammen med klienter, eller alene av klientene etter en innføring, og slik kan klienter med stemmetretthet ha et avspenningsverktøy som alltid er tilgjengelig.

Jannicke Vøyne



**n o r d i c
a p h a s i a
conference 15**
the spectrum of rehabilitation

Oslo 11.-13. juni 2015



Sunnaas sykehus HF



Statped

www.nac2015.no

Disputas i Antwerpen

Fredag 14.02.2014 disputerte vår kollega Øydis Hide for sin doktorgrad ved Universitetet i Antwerpen, Belgia. Tittelen på avhandlingen er «Acoustic features of speech by young cochlear implant users. A comparison with normal-hearing and hearing-aided age mates», og er omtalt i denne utgaven av Logopeden.

Bakgrunnen for at Øydis disputerte i Antwerpen er at hun begynte å arbeide der etter studiene, traff en kjekk mann, fikk to barn, og ble boende der i mange år.

Hele familien, både fra Norge og Belgia, var til stede under disputasen, som foregikk i høytidelige former i en vakker, gammel universitetsbygning. De to sønnene hennes, Theus og Simon fulgte spent med både mens mamma snakket, og da hun etterpå måtte svare på mange spørsmål fra opponentene. Guttene imponerte alle med å sitte i ro så lenge, og var fornøyde da de endelig kunne gå opp til mamma på podiet.

Vi var fire ansatte fra Statped sørøst, fagavdeling språk/tale som var til stede på disputasen, og vi var stolte og imponerte både over Øydis sin presentasjon og prestasjon. I tillegg hadde vi noen fine dager i Antwerpen, en vakker gammel by som har mye flott å by på, og som faktisk også er verdens tredje største havneby.

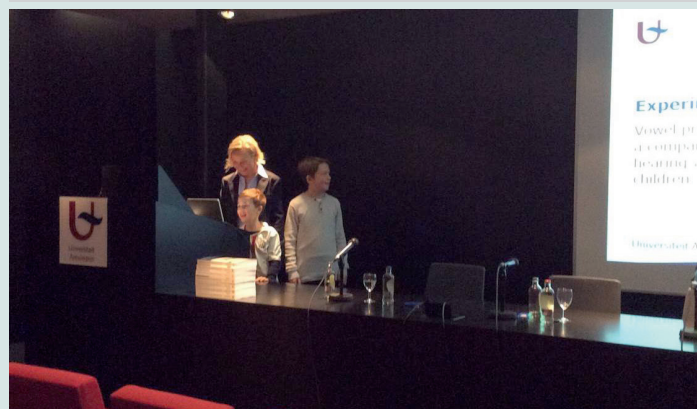
Vi besøkte blant annet Katedralen, som er Belgias største gotiske kirke. Og vi måtte selvsagt besøke huset til maleren Ruben, som levde og virket i Antwerpen for ca. 400 år siden. Ellers var det trivelig bare å rusle rundt i gamlebyen med sine smale gater, gamle hus og historiske stemning. Og overalt var det syklist, vaffelutsalg og de lekreste sjokoladebutikker!

Absolutt en trivelig by som vi kan tenke oss å dra tilbake til!

*Tone Særvold og Ragnhild Aukner,
logopeder ved Statped sørøst,
avdeling språk/tale, LKG-teamet*



Velkommen til disputas.



Gutta på podiet sammen med mamma.



Antwerpen.

vi trenger ditt tips!

Forslag til gode apper

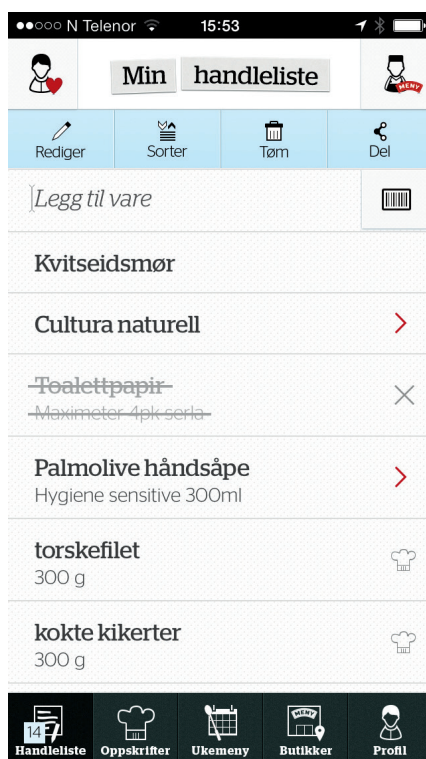
I en artikkel i Logopeden 4/13 presenterte vi noen apper som vi har erfaringer med, som var nyttige for en person med afasi. Utviklingen og tilbudet av apper er overveldende, og det kan være vanskelig å orientere seg i mengden. Hva er det som fungerer godt? Det å dele erfaringer er derfor både nyttig og inspirerende.

Vi ønsker å fortelle om to nye apper, som vi så langt har gode erfaringer med.

Handleapp – lage handleliste: MinMeny (iPhone og Android – gratis)

I forrige artikkel presenterte vi handle-appen fra Rema 1000. Vi har nå lastet ned handleappen fra Meny, og mener at denne er enda enklere å bruke. Her velges det på en enkel måte varer fra en liste. Når man har skrevet første bokstav, kommer det opp en rekke forslag til varer. Når man har funnet rett vare, kan man i tillegg få opp en liste over type og mengde innen den aktuelle varekategorien. I tillegg til å kunne legge inn varer ved oppslag på navn, kan man legge inn varer ved å skanne strekkoden. Når man er i butikken, er det enkelt å trykke bort (strekke over) varene etter hvert som de havner i handlevognen.

Om det er ønskelig å dele handlelisten med andre, gjøres det ved å trykke på «del», og deretter velge SMS eller e-post. Det er også mulighet til å få forslag til ukemenyer og handlelister. Dette har vi så langt ikke brukt.



Les mere om appen:

<http://www.meny.no/MinMeny-handleliste/>

Lese- skriveapp:

– IntoWords (kr 84)

IntoWords blir presentert som et «personlig og intuitivt lese- og skriveverktøy for alle», som gir enkel og effektiv støtte til lesing og skriving.

Programmet leser opp teksten på bokmål, nynorsk eller engelsk og gir skrivehjelp i form av relevante ordforslag. I innstillingene kan man foreta ulike valg som: opplesning, foreslå neste ord, lengde på ordene m.m. Etter man har skrevet en tekst har man også valget mellom å sende med SMS eller e-post.

En av våre elever som har afasi, har gode erfaringer med å bruke denne appen til å lage notater og huskeliste. Denne appen kan f.eks. brukes til å skrive ned adresse til seg selv og andre kjente, skrive hva andre i familien jobber med, huskeliste over passord, noe man skal huske å spørre f.eks. legen om osv. Hvert enkelt dokument blir laget i en egen mappe, som er lett å finne frem i.

Vil du lese mer om appen se hjemmesiden til IntoWords: <https://www.mv-nordic.com/no/produkter/intowords>

Med vennlig hilsen Randi Gunnerød og Lisbeth Schødt Sørensen, spesialpedagoger Molde voksenopplærings-senter.

Randi Gunnerød og Lisbeth Schødt Sørensen



Presentasjon av ph.d. prosjekter

Logopedi i Norge har hatt et rykte om at det forskes for lite på høyere nivå. Derfor vil vi gjerne synliggjøre noe av det stadig økende mangfold av doktorgradsprosjekter som gjennomføres og forskes på av logopeder og andre innen tilknyttede fagområder. På denne siden vil vi derfor fortløpende presentere doktorgradsstudenter. Holder du på med forskning på doktorgradsnivå eller kjenner en logoped som gjør det – ta gjerne kontakt med redaksjonen.



Navn:
Hanne Næss Hjetland

E-postadresse:
h.n.hjetland@isp.uio.no

Bakgrunn:
Master i spesialpedagogikk,
fordypning i spesifikke
læreversker

Tilknyttet:

Institutt for spesialpedagogikk,
Utdanningsvitenskapelig fakultet, UiO
Doktorgradsprosjektets varighet: 2013-2017

Tittel:

Språklige ferdigheter i førskolealder og deres betydning
for senere leseferdigheter (Preschool predictors of later
reading comprehension ability)

Tema og formål:

Hovedtema for mitt doktorgradsprosjekt er språk-
ferdigheter i førskolealder og senere leseforståelse.
Formålet med prosjektet er å generere mer kunnskap
om variasjonen i barns språk- og leseutvikling, samt
hvilke språklige og kognitive prosesser som har størst
betydning for senere leseferdigheter. På denne måten
kan vi sette inn fokuserte tiltak tidlig for å forebygge
senere vansker med leseferdigheter.

Oppbygning:

Prosjektet er delt inn i to ulike studier hvor to ulike
metodiske tilnærminger blir benyttet. Avhandlingen er
artikkelbasert og vil bestå av tre artikler, en artikkel

blir skrevet ut i fra studie 1 og to med utgangspunkt
i studie 2.

Studie 1 er en kunnskapsoversikt (systematic review)
hvor vi skal sammenfatte funnene fra studier som har
fulgt typiske, enspråklige barn fra barnehagealder og
over i skolen. Studiene som skal inkluderes må ha
kartlagt språkforståelse i førskolealder og leseforståelse
i skolealder. I tillegg vil vi også se på andre ferdigheter
som tidligere forskning har vist har betydning for
senere leseferdigheter som: fonologisk bevissthet,
bokstavkunnskap, grammatikk, arbeidsminne,
benevningshastighet og avkoding.

Studie 2 er en substudie av «Longitudinell studie av
språkutviklingen til en kohort av typiske norske barn»
gjennomført av forskergruppen 'Child Language and
Learning' ved Institutt for Spesialpedagogikk. Denne
seks år lange studien har fulgt over 200 barn fra de var
fire år og til de var ni år. Barna har blitt kartlagt årlig
med et bredt spekter av språk- og leserelaterte tester.
Dette er en studie som jeg har arbeidet med først som
masterstudent og senere som forskningsassistent.
Studien er viktig da det er få andre norske studier som
har kartlagt et så stort utvalg over så lang tid.

Veileder:

Professor Monica Melby-Lervåg
Institutt for spesialpedagogikk, Universitet i Oslo

Forskergruppe:

Child Language and Learning
Ledet av: Professor Bente Eriksen Hagtvogt og Professor
Solveig-Alma Halaas Lyster. <http://www.uv.uio.no/english/research/groups/cll/index.html>



Navn:
Anette Andresen

E-postadresse:
anette.andresen@isp.uio.no

Bakgrunn:
Master i spesialpedagogikk,
fordypning i logopedi,
Universitetet i Oslo

PhD-stipendiat Institutt for spesialpedagogikk,
Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet
i Oslo. Avsluttes i februar 2018.

Digitale innfødte med lesevansker

Prosjektet undersøker hvordan ungdom med dysleksi bruker Internett i læringsaktiviteter. Læring fra Internett er i økende grad et krav både i skole- og dagliglivet. Selv om det er nærliggende å tenke at det er lettere for dyslektikere å forstå det de leser på Internett, fordi man der kan støtte seg til bilder og video, tyder forskning på at det å integrere informasjon på tvers av bilder, videoer og tekst, kan medføre en sterk belastning på arbeidsminnet (Gil, Bråten, Vidal-Abarca & Strømsø, 2010; Chan & Unsworth, 2011). Vi vet lite om hvordan dyslektiske lesere takler denne utfordringen.

Det overordnede forskningsspørsmålet er derfor i hvilken grad det er forskjell på hvordan dyslektiske og ikke-dyslektiske elever prosesserer informasjon når de leser om motstridende faginformasjon på Internett, og hvilke individuelle faktorer som eventuelt kan predikere slike forskjeller.

Informantene er tiendeklassinger med norsk som morsmål. Det vil være ca. 60 informanter til sammen, som skal deles inn i tre grupper:

- a) én gruppe som ikke har dysleksi
- b) én gruppe som har dysleksi, men som til tross for lesevanskene gjør det bra på skolen,

- c) én gruppe som har dysleksi og som har mer omfattende akademiske vansker.

Forskningsspørsmålet blir undersøkt gjennom 3 delstudier hver med sine egne forskningsspørsmål:

- 1) I hvilken grad er det forskjeller i hvordan dyslektiske og ikke-dyslektiske studenter prosesserer informasjon når de leser motstridende informasjon på Internett?
- 2) I hvilken grad predikerer strategisk prosessering, lesemotivasjon og forhåndskunnskap dyslektiske ungdommers forståelse av Internett-sider med motstridende informasjon?
- 3) I hvilken grad modererer arbeidsminnekapasitet og avkodingsferdigheter den kognitive belastningen når dyslektiske ungdommer leser motstridende informasjon på Internett?

Det er planlagt tre-fire artikler basert på disse forskningsspørsmålene.

Veiledere:

- Hovedveileder: Øistein Anmarkrud, Institutt for spesialpedagogikk
- Biveileder: Ivar Bråten, Institutt for pedagogikk

Forskergruppe:

TextDIM ved UiO

Referanser:

- Chan, E. & Unsworth, L. (2011). Image-language interaction in online reading environments: challenges for students' reading comprehension. *Australian Educational Researcher*, 38, 181-202
- Gil, L., Bråten, I., Vidal-Abarca, E. & Strømsø, H. I. (2010) Understanding and Integrating Multiple Science Texts: Summary Tasks are Sometimes Better Than Argument Tasks. *Reading Psychology*, 31(1), 30-68

Tittel(mis)bruk

Vi lever i en tid hvor de fleste av oss har lagt bort titlene for lengst. I de fleste sammenhenger oppleves tittelbruk gammeldags, og vi er ikke særlig opptatt av hvilken tittel den vi møter har. Men når vi går til legen, forutsetter vi at den vi møter har adekvat kompetanse, og det er når vedkommende presenterer seg som nettopp lege, at vi vet at vi har kommet til riktig person. Det samme gjelder selvsagt også når vi oppsøker fagpersoner med annen kompetanse enn legens. Når tittelen blir brukt, vet vi om vi har truffet den vi skulle til eller ikke. Når man oppsøker en tjeneste, fungerer altså tittelen som et kvalitetsstempel som viser hva den vi oppsøker, kan forventes å kunne.

Tittelen logoped er derfor ikke uvesentlig. Dessverre er den ikke beskyttet, noe som faktisk betyr at hvem som helst kan bruke den helt ustraffet. Noen kan altså gi seg ut for å ha den logopediske kompetansen uten egentlig å ha den. Hvordan skal en person med språk-, tale-, stemme- eller svelgvansker kunne avsløre det??? Ingen, ikke engang Norsk logopedlag, kan hindre slik misbruk av tittelen vår. Lagets utrettelige arbeid for autorisasjon må sees på delvis på bakgrunn av dette. Den dagen vi får autorisasjon, vil tittelmisbruk fra andre være historie, og hvis noen allikevel fortsetter å misbruke tittelen, finnes det sanksjonsmuligheter som vi i dagens situasjon fortsatt mangler.

Vi vet ikke om eller i hvilken grad andre misbruker tittelen vår, men det er altså fullt mulig det skjer.

Bruk av logopedtittelen er av og til gjenstand for spørsmål og refleksjon også i våre egne rekker. Yrkesetisk råd har fått noen henvendelser fra studenter som lurte på om de kan kalle seg logoped eller ikke. De har fått hele logopedstudiet sitt godkjent, inklusiv praksis, men ennå ikke fått levert masteroppgaven. Kompetansemessig og i relasjon til klienter skulle bruk av tittelen logoped da være helt i orden, kan man synes. Men bruk av tittelen logoped forutsetter etter lagets vedtekter at hele studieløpet er gjennomført og godkjent, og for studier fra og med 2005 betyr dette at også masteroppgaven skal være godkjent. Den som har fått hele den logopediske kompetansen etter år 2005, men mangler master, kan selvsagt gjøre en strålende innsats for klientene, men kan i henhold til lagets vedtekter ikke kalle seg logoped.

Et annet eksempel: Når man deltar i den offentlige debatten, er det i høyeste grad relevant å bruke tittelen sin hvis man uttaler seg om noe som vi som logopeder har kompetanse på. Da er det på grunnlag av nettopp den logopediske kompetansen vi uttaler oss, og da gir tittelen tyngde til budskapet.

Likevel kan det være vanskelig å holde tungen rett i munnen. Den offentlige debatten er sjelden fri for personlig synsing, og det vanlige er kanskje at vi tar utgangspunkt i faglig kompetanse og bruker denne som grunnlag for personlige meninger om det som debatten handler om. For publikum kan det da bli uklart hvilke deler av innlegget som gjenspeiler fakta og hvilke som gjenspeiler logopedens personlige (ikke faglige) meninger. Når hele innlegget er underskrevet med navn og tittelen logoped, blir det naturlig nok ikke enklere for leseren å skjelne fakta fra meninger. I slike sammenhenger bør man tenke gjennom bruken av tittelen, og det skal ikke være tvil om hva som er logopediske fakta og hva som ikke er det.

Enhver person i Norge har menings- og ytringsfrihet, og dette er noe vi er stolte av. Skal demokratiet vårt være levende og dynamisk, er det viktig at den offentlige debatten får leve. Det er mye vi kan være med å diskutere, enten det er faglige ting eller annet, og deltakelse i den offentlige debatten oppmuntres. Men bruken av tittelen logoped må være gjennomtenkt.

Tittelen logoped burde være et godt kvalitetsstempel, og bruken av tittelen burde vise andre hvilken kompetanse logopeden har. Slik er det ikke nødvendigvis nå, mye fordi tittelen ikke er beskyttet. Hovedmedlemskap i Norsk logopedlag forutsetter fullt gjennomført utdanning, og laget gir ikke dette til dem som ikke svarer til kravene. Tittelen Logoped MNLL kan selvfølgelig bare brukes av den som er medlem av Norsk logopedlag, og det er her vi har kvalitetsstempelet vårt. Mens tittelen logoped kan brukes av hvem som helst, er det bare vi som kan kalle oss Logoped MNLL, og dette bør vi altså gjøre. Da er det tydelig at en faglig organisasjon har vurdert og godkjent kompetansen, og klientene vet at de får det de har krav på.

Erik Reichmann
Leder, Yrkesetisk råd

Inkluderende praksis – Gode erfaringer fra barnehage, skole og fritid

Lise Lundh, Herlaug Hjelmbrekke, Signhild Skogdal (red). Universitetsforlaget 2013

Med boka ønsker redaktørene Herlaug Hjelmbrekke, Signhild Skogdal (tidligere redaktør i Norsk tidsskrift for logopedi) og Lise Lundh å bygge bro mellom ideologi og praksis når det gjelder å skape inkluderende miljøer for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

De har kjente navn med på laget: forord av Likestillings- og diskrimineringsombud Sunniva Ørstavik, og kapitler skrevet av filosof Lars Fr. H. Svendsen, advokat Geir Lippestad og professor Edvard Befring. Men det er praksis-eksemplene som er boka bærende element. «Det gode eksempelets makt skal ikke undervurderes» skriver forfatterne i innledningen, og eksemplene kommer fra forskjellige arenaer: barnehage, grunnskole, videregående, kulturskole og boksing (!).

Erfaringene med inkludering og deltakelse som beskrives i boka handler om barn og unge med ulike typer funksjonsnedsettelse, medelever, fagpersoner og foreldre. Målet er å bidra til kunnskapsutvikling som fører til at barn og unge med funksjonsnedsettelse opplever seg inkludert og deltagende i fellesskap med jevnaldrende.

Boka tar naturlig nok opp den gamle debatten om begrepene inkludering og integrering. Basert på eksemplene blir jeg fortsatt ikke helt klok på hva som er den saliggjørende forskjellen på å kalle praksisen inkluderende heller enn integrerende, når man ser hvilken helt konkret innsats og tilrettelegging som må til for at elevene med funksjonsnedsettelse skal få utbytte av å være i for eksempel klasserommet. Men jeg har sans for at inkludering ikke behandles bare som en holdning, eller noe som kan «vedtas» på en skole, men at det handler om å stadig lete etter mulige inkluderende situasjoner i hverdagen, at det er ressurs- og arbeidskrevende, og som regel må registreres av personalet.

Thor Sandmel sitt kapittel «Fordommer og inkludering» er det bidraget som setter tankene mest i sving når det gjelder våre ofte velmenende begreper og holdninger. Blant mange interessante poenger påpeker han at «person med funksjonsnedsettelse» snart vil være like belastet som betegnelse som «krøpling». Slik fungerer språket, hevder han. Han foreslår også en interessant «fake it till you make it»-tilnærming til å se forbi hverandres funksjonsnedsettelse:

Hvis vi later som vi ikke bedømmer folk vi møter etter en normalitetsskala, kan det etter hvert bli en vane å ikke gjøre det, og oppfatningen av normalitet blir mer avslappet.

For alle som jobber med disse brukergruppene, må jordnære beskrivelser av hvilke praktiske ting andre faktisk har gjort for å oppnå inkluderende praksis i de forskjellige tilfellene, være en gullgrube. For logopeder og spesialpedagoger som arbeider med elever med mindre omfattende vansker, trengs stadig en bevisstgjøring, for eksempel om balansen mellom å være en del av klassefellesskapet, og samtidig kunne få mulighet til å arbeide for seg selv med en assistent i fred og ro. Og for oss som arbeider med personer som forlot skoleverket for lenge siden, gir de mer overordnede kapitlene om for eksempel likestilling, diagnoser og begrepsbruk næring for tanken.

Ingvild Røste



Lesetrening for svake lesere

– veiledning til et intensivt opplegg: Vi utforsker det skrevne ordet!

Marit P. Oftedal, 2013. Infovest forlag.

Forskning har vist at intensive lesetreningsopplegg har god effekt på bedring av leseferdigheter hos svake lesere, som av en eller annen grunn strever med leseinnlæringen eller som har stagnert i sin leseutvikling.

Mange lærere, lesepedagoger og logopeder som arbeider med lese- og skrivesvake elever har også selv erfart god effekt av intensive opplegg, samtidig som det er vanskelig å velge oppgaver som er evidensbaserte – det finnes flere tilnærmingsmetoder og valgene er mange: Hvordan skal treningen organiseres? Hva slags trening gir best effekt? Hva skal fokusområdene være? Og hvordan kan effekten måles?

Marit P. Oftedals lille oversiktlige bok gir deg svarene. Nå er det ingen unnskyldning lenger for å utsette intensiv lesetrening for svake lesere. Tvert i mot, det må være vanskelig å begrunne hvorfor en ikke kan organisere og gjennomføre undervisningen på denne måten, når dokumentert effekt er så god!

Oftedals intensive lesekurs går over 4-5 uker, med 4 treningsøkter á 15-20 minutter pr uke, totalt 16 treningsøkter, til sammen ca 5 timers undervisning. Undervisningen er organisert fortrinnsvis som en-til-en undervisning. Noen elever vil ha behov for flere runder.

Pedagogiske konsekvenser av forskningsarbeid er tatt på alvor og prøvd ut over lang tid. Forfatteren har utelatt tung forskningslitteratur og stoffet blir formidlet på en klar, tydelig og lett forståelig måte.

Innvendingene kan være at boka har ingen referanser nyere enn 10 år, unntatt noen av forfatterens egne artikler.

Dette er en hendig bok på 80 sider. De første 40 sidene beskriver selve treningsopplegget, mens de siste sidene inneholder 3 relevante artikler tidligere publisert i Norsk

tidsskrift for logopedi (2008, nr 3, 2012, nr 2, 2012, nr 3). Spiralformatet gjør at det er lett å la aktuell side ligge oppslått.

Opplegget som beskrives er konkret og gjennomførbart. Det bygger på Oftedals doktoravhandling fra 2000 og hennes mangeårige interesse for forskning og direkte praktisk arbeid med lesesvake elever, både gjennom kommunale prosjekter og direkte undervisning.

Målgruppen er altså elever som av ulike årsaker strever med lesing. Opplegget beskrevet er ikke primært rettet mot begynneropplæringen. Forfatteren foreslår imidlertid at innholdet kan tilpasses den første lese- og skriveopplæringen i et forebyggingsperspektiv. Treningsopplegget kan også tilpasses eldre elever og personer som strever med ordlesing og anbefales spesielt for barn med språkvansker.

I det første kapitlet, «Omtale av treningsopplegget», beskrives innholdet og målsettingen. Det som primært er treningsprogrammets styrke er fokuset på språklige prosesser gjennom aktivisering av både ortografiske, fonologiske og semantiske prosesser i ordlesingsprosessen. Utforskning av det skrevne ord gir elevene innsikt i ulike måter å lese på. Dialogen mellom lærer og elev er sentral. Elevens ståsted er utgangspunkt for treningen. Dialog om tilnærmingen til ordene tilpasses hver enkelt elev, for optimal læring og bevissthet. Kommunikasjonen mellom lærer og elev er vektlagt gjennom hele opplegget og hensikten med de ulike oppgavene skal grundig forklares.

Hovedmålet er at eleven skal mestre både fonologisk og ortografisk ordgjenkjenning for å kunne tilpasse leseferdighetene sine til ordavkodning av ulikt lesestoff, kjente eller ukjente ord. Gjennom utforskning av det skrevne ord på en grundig og systematisk måte skal eleven nå målet om en bedre leseflyt og leseforståelse.

De neste fire kapitlene beskriver treningsprogrammene og bygger på leseprosessens utvikling: «Fonologisk lesing og ordgjenkjenning» og «Ortografisk lesing og ordgjenkjenning». Deretter kommer et kapittel om «Setningslesing og tekstlesing» og ett om «Hjemmelesing».

Det anbefales at det gjøres en kartlegging av eleven før og etter treningsperioden. Spesielle kartleggingsverktøy som kan brukes er ikke spesifisert. Også positiv kvalitativ forbedring skal registreres.

Etter hvert kapittel er det en detaljert veiledning til pedagogen om hvordan opplegget kan gjennomføres. En styrke er de mange eksemplene på hvordan man kan samtale med elevene, og om hva. Eksemplene er skrevet i «direkte tale», altså konkret hva en kan si til elevene og hva de skal være fokusert på for å skape forståelse hele veien.

Det er sjeldent å finne en så detaljert beskrivelse av et praktisk leseopplegg som i denne boken. Dette er en klar styrke og det er tydelig at forfatteren selv har god innsikt og erfaring med et slikt leseopplegg.

Etter at leseopplegget er beskrevet, presenteres «Teoretiske og pedagogiske refleksjoner» i et eget kapittel. Her forklares lesemodellen som lesetreningsopplegget er bygget på. Vi gjenkjenner lesemodeller som Lesesenteret i Stavanger bygger sin forskning på, blant annet gjennom utvikling av ulike lesetester.

Enkle forslag til avkrysningsskjemaer for gjennomført trening på skolen og for lesing hjemme er inkludert, samt et eget vedlegg for kriterier for valg av treningsord. Her kommer forfatterens bakgrunn som logoped frem, slik hele boken gjennomsyres av at det språklige og kommunikative aspektet alltid må ivaretas i utforsking av det skrevne ord.



Dette lesetreningsopplegget egner seg godt for logopeder som enten arbeider direkte med lese- og skrivesvake elever, eller som har veiledning av pedagoger som en del av stillingen sin.

Marit P. Oftedal har greid å sette forskning om leseprosesser inn i et praktisk perspektiv slik at det gjøres tilgjengelig og gjennomførbart i en skolehverdag.

Boken kan trygt anbefales alle som er interessert i å hjelpe svake lesere å komme inn i en positiv leseutvikling.

Trine Lise Dahl

Evidensbasert praksis i logopedi

Evidensbasert praksis spiller en stadig større rolle også i logopedifeltet. Samtidig kan begrepet oppleves av logopeder både for medisinsk rettet og «langt fra praksisfeltet». Hazel Roddam foreleste om tema evidensbasert praksis i logopedi på logopedlagets vinterkurs i 2013 og er invitert tilbake også til årets landsmøte i Tromsø, noe som reflekterer aktualiteten av temaet.

Hazel Roddam har sammen med Jemma Skeat vært redaktør og medforfatter av boken «*Embedding evidence-based practice in speech-language therapy*». Boken har blitt oversatt til dansk av Helle Iben Bylander og Trine Kjær Krogh. Bøkene er identiske i den generelle oppbyggingen og innholdet, men den danske utgaven har en kort introduksjon som søker å forklare oversettelsen og betydning av anvendte engelske termer for vår nordiske språkbruk.



Boken åpner med tre kapitler av redaktørene om hva evidensbasert praksis er, dens fremvekst fra evidensbasert medisin og hva som er formålet med boken. I den danske utgaven oversettes definisjonen av evidensbasert praksis som følgende: «*Evidensbaseret medicin er samvittighedsfuld, velovervejet og eksplicit anvendelse af den eksplicit bedste, aktuelle evidens for at træffe den rette beslutning for de enkelte klienter. Denne praksis indebærer at integrere individuel, klinisk ekspertise med den bedst tilgængelige evidens fra systematisk forskning.*» (side 22).

Formålet med boken er å gi eksempler til hvordan evidensbasert praksis kan implementeres i logopedens svært varierte arbeidsfelt og oppgaver, samt forslag til kunnskapsoppbygging om tema både for studenter og som videreutdanning. Boken er bygget opp i følgende seks deler, eller utfordringer som forfattere kaller det:

1. Forståelse av evidensbasert praksis og barrierer for implementering for logopeder
2. Utvikling av ferdigheter og kunnskap innen evidensbasert praksis
3. Å skape et støttende arbeidsmiljø/kontekst for evidensbasert praksis
4. Å la evidensen jobbe for oss
5. Forståelse for hvordan evidens kan anvendes til å oppfylle de kliniske utfordringer
6. Fremtidige retninger for evidensbasert praksis

I de ulike delene presenteres nokså forskjellige sider av logopedfeltet, hvor logopeder og fagfeller fra hele verden beskriver helt konkrete utfordringer med evidensbasert praksis på sin arbeidsplass, hvilke spørsmål og arbeidsmetoder det krevde å komme frem til en løsning og hvordan valgene og resultatene fungerte i hverdagen. For å nevne noen tilfeldige kapitler: «Undervisning i at blive kritiske og effektive logopæder» (Bea Spek, Holland), «Anvendelse af evidensbasert praksis i supervision» (Hannah Crawford, England), «Vigtigheden af at lytte til klienternes synspunkter» (Pirkko Rautakoski, Finland), «Netværksoppbygning og støtte til en bredspektret evidensbaseret praksis» (Tracy Kelly, Rachel Miles Kingma og Rachelle Robinson, Australia), «Evidensbaseret diagnosticering af tale-, sprog- og

synkevanskeligheter etter pædriatiske apopleksitilfeller» (Angela Morgan, Australia), «Arbeidet med en flersproget treårig med stammen» (Patricia Oksenberg, Frankrike) og «Intervention i prosodi rettet mot barn» (Christina Samuelsson, Sverige).

Redaktørene har skrevet første del, samt kommentert de ulike andre delene etter hvert avsnitt. Med dette binder de boken sammen og løfter frem viktige problemstillinger og spørsmål for videre arbeid. En av hovedkonklusjonene i boken er at evidensbasert praksis er en vedvarende prosess, fordi hver nye metode, teknikk, materiell vi logopeder får i møte med nye klienter og deres unike problem krever refleksjon over hva som er beste evidens for akkurat dette tilfelle. Sagt på en annen måte kan evidensbasert praksis heller beskrives som en arbeidsmetode enn som en oppskrift.

Med unntak av innledningskapitlene som gir forståelsesrammen for evidensbasert praksis, kan boken leses i tilfeldig rekkefølge og brukes som oppslagsverk for å hente ideer og erfaringer basert på ens egne behov. Boken byr

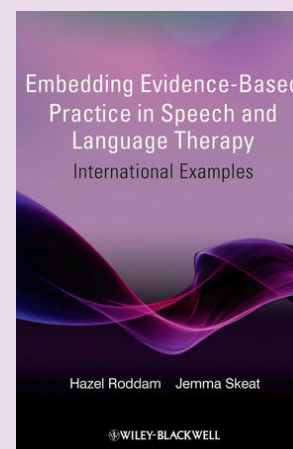
med andre ord på noe for både praktiseren, forskeren, ledere, undervisere med mer – både innen logopedi, tilstøtende fagfelt og ikke minst tverrfaglig samarbeid på ulike arbeidsplasser.

Referanser:

Roddam, H. & Skeat, J. (ed.) (2010). *Embedding evidence-based practice in speech-language therapy*. John Wiley & Sons Ltd. ISBN: 978-0-470-74329-4

Dansk oversettelse:

Roddam, H. & Skeat, J. (red.) (2013). *Implementering af evidensbaseret praksis – i det logopædiske arbejdsfelt*. Hofgrefe, Psykologisk Forlag. ISBN 978-87-7135-015-9



Melanie Kirmess

Klar for PP-Tjenesten? PP-klinisk videreutdanning

Samlingsbasert over 3 semestre (august 2014 - oktober 2015)

MÅLGRUPPE:

Tilsatte i PP-tjenesten, logopeder og spesialpedagoger. 30 studiepoeng.

FORELESERE:

Dr. Carol S. Lidz (fra USA), dr. Andreas Hansen, psykologspesialist Bjørn Einar Bjørge, seniorrådgiver Gunvor Sønnesyn m. flere.

MÅLSETTING:

Rett kompetanse for arbeid i PP-tjenesten: sakkyndig vurdering, kartlegging og tiltak/systemarbeid, sertifisering for CAS og ACFS. Tolkingskurs i WISC-IV

En uke-samling og fem todagers samlinger. Studiested Voss.

Fortløpende studieopptak fram til studiestart.
Maksimum 15 studieplasser.

Be om søknadsskjema fra
Pedverket Kompetanse, Uttrågata 12, 5700 Voss.
post@pedverket.no – tlf. 56 52 18 20 – www.pedverket.no

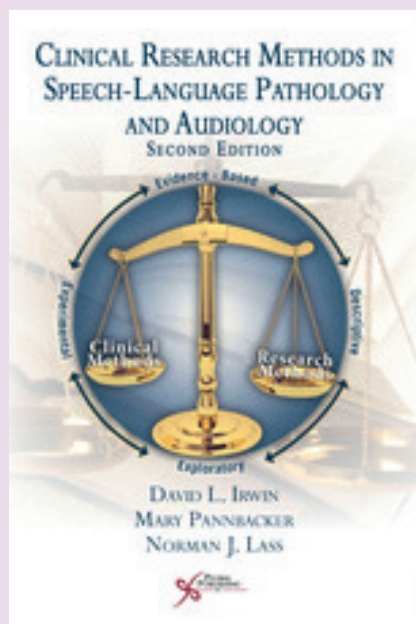
Studiet tilbys i samarbeid med Høgskolen i Lillehammer.



Klinisk forskningsmetode for logopeder og audiopedagoger

Skal du i gang med å skrive masteroppgave eller trenger bare litt oppfrisking av forskningsmetode? Trenger du tips for hvordan man går frem for å finne den rette informasjonen for å kunne tolke og anvende andres forskning, skrive en artikkel eller være fagfelle som vurderer andres vitenskapelig arbeid? Etter hvilke prinsipper? Og alt fra et logopedisk perspektiv?

David L. Irwin, Mary Pannbacker og Norman J. Lass har utgitt en revidert andreutgave av boken «Clinical research methods in speech-language pathology and audiology» (2014). Som tittelbildet illustrerer ønsker boken å vise sammenhenger og avveininger mellom kliniske metoder og forskningsmetode, og dens interaksjon med utforskende versus evidensbasert praksis, samt eksperimentelle versus deskriptive metoder. Å finne frem til den beste praksis påvirkes av gode forskningsspørsmål, og ulike typer spørsmål og problemstillinger krever ulike metoder og valg med tilhørende etiske vurderinger.



Det finnes mange gode innføringsbøker i forskningsmetode, men det som kanskje gjør denne boken mer relevant for logopeder er dens direkte tilknytting til fagfeltet vårt med for eksempel retningslinjer til den amerikanske logopedforeningen ASHA, drøftinger av ulike metoder innen logopedi-

feltet og henvisninger til nyttige nettsider og videre lesing. Irwin og Pannbacker er begge selv logopeder. Forfattere har et tydelig fokus på etiske utfordringer logopeder og audiopedagoger kan møte i forskningsøyemed. I tråd med økende krav til evidensbasert praksis formidles det i denne boken hvordan kliniske problemstillinger kan omsettes i forskningsprosjekter og omvendt, hvordan forståelse av forskningsresultater påvirker praksis.

Boken inneholder følgende kapitler:

1. Introduction to research
2. Ethics of research in speech-language pathology and audiology
3. Research problems
4. Locating, accessing, and assessing information
5. Literature review
6. Measurement
7. Research design and strategy
8. Quantitative research
9. Qualitative research methods
10. Multimethod research
11. Reporting and disseminating research
12. Evaluating tests and treatments
13. Evidence-based practice: application of research to clinical practice
14. Research grants

Hvert kapittel følger en strukturert oppbygning med læringsformål, en kort gjennomgang av kapittelets ulike begreper og tema, en oppsummering, forslag til diskusjon og refleksjon, samt omfattende referanselister. Man behøver derfor ikke lese boken fra perm til perm, men kan bruke den som et oppslagsverk, selv om en viss grunnforståelse fra de tidligere kapitlene vil påvirke utbytte av de senere kapitlene. I boken brukes figurer og tabeller for å illustrere sammenhenger og forskjeller, samt visualisere fremgangsmåter. For å gi noen tilfeldige eksempler: Tabell 9-2 Skille mellom kvalitativ og

kvantitativ metode; Figur 4-1 Strategier for suksessrik litteratursøk; Tabell 8-7 Retningslinjer for å velge en statistisk test; eller Figur 11-3 Eksempelbrev for å sende inn et manuskript.

Boken er en innføringsbok og i hovedsak rettet mot personer med lite kjennskap til gjennomføring og formidling av forskningsmetoder. Det vil si at begrepsdefinisjoner og forklaringer er korte og konsise for å gi leseren den mest grunnleggende kunnskapen, og det visualiseres gjerne i form av oppskrifter. Ønsker man mer dybde eller mer spesifikke forklaringer og drøftinger, kan man ta utgangspunkt i referanselisten for å finne videre lesestoff.

Referanse:

Irwin, D.L., Pannbacker, M. og Lass, N.J. (2014). *Clinical research methods in speech-language pathology and audiology*. 2nd Edition. Plural Publishing. ISBN-13:978-1-59756-508-0

Andre kjente forskningsmetodebøker for logopeder:

Ball, M.J., Müller, N. & Nelson, R. L. (2013). *Handbook of qualitative research in communication disorders*. Psychology Press

Orlikoff, R.F., Schiavetti, N. E. & Metz, D.E. (2014). *Evaluating research in communication disorders (7th edition)*. Pearsons communication sciences and disorders

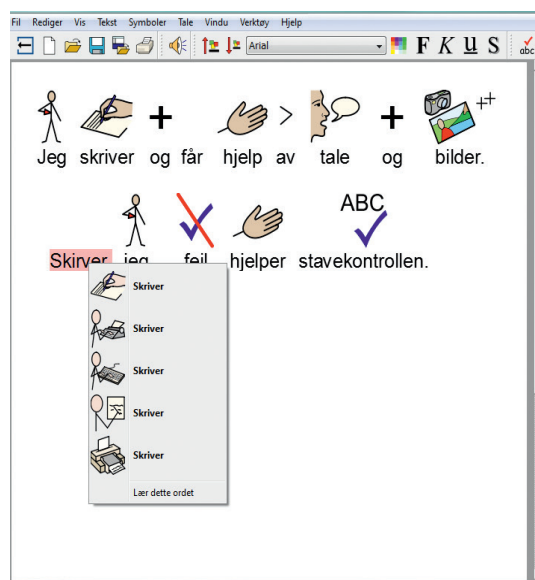
Pring, T. (2004). *Research methods in communication disorders*. Wiley

Melanie Kirmess



SymWriter og In Print for lese- og skriveopplæring

- For personer med lese- og skrivevansker
- For personer med norsk som andrespråk
- For personer som er ASK-brukere
- Automatisk bildevisning når du skriver
- **Tale av bokstavlyd, ord og setninger**
- Stavekontroll med bilder
- Skjermtastatur: Skriv med helord + setninger
- Demoversjon for nedlasting (SymWriter)
- Lag trykt materiale med In Print
 - Lotto for matching
 - Lese- og skriveoppgaver
 - Dags-/timeplaner, handlelister osv.
 - Bøker med symbolisert tekst
 - og veldig mye mer...!



Tlf. 66 91 54 40 kontakt@normedia.no

Besøk www.normedia.no - der du finner mye mer informasjon.

FONOMAGIKA

En historie- og sangbasert tilnærming til lydlek i barnehagen

Utgitt av Pedagogisk fagsenter Laksevåg
For bestilling kontakt: fonomagika@gmail.com
Pris 350,-

Pedagogisk utvalg har fått eksemplar av materialet til gjennomsyn. Materialet består av en CD med sanger og spiralhefte med fortellinger med fargebilder og sangtekster med noter.

Fonomagika er tenkt brukt for alle barn i barnehagen i samlingsstund eller smågrupper. Hensikten er fokus på språklyd for å stimulere oppmerksomhet mot lyder i talen som barn kan streve med å mestre. Fonomagika er lekbasert og barna vil ikke oppleve at dette er trening. Forfatterne tenker at systematisk bruk av Fonomagika over tid vil kunne hjelpe barn til å få bevissthet rundt lydsystemet i talen. Det vil da kunne forebygge at feiluttale hos småbarn blir automatisert og konsistent.

Fonomagika har fortellinger og sanger om de lydene som er vanskeligst for barn og de som oftest er årsaken til at barn blir henvist til logoped. Det er lydene L, F, K, G, R og S i konsonantforbindelser. Det er fine fortellinger som er lette å formidle/dramatisere for barn. En har holdepunkter i fargebildene til hver fortelling som kan kopieres opp og brukes i formidlingen. Det anbefales også å bruke konkrete og til hver fortelling er det forslag til type konkrete og hvordan en eventuelt kan fremstille disse. For å ha rekvisittene lett tilgjengelig kan barnehagen lage esker/poser med utstyr til hver lyd.

Til hver lyd hører det tre sanger. Disse kan en lytte til på CD og synge i kor med sangene der. Hver sang finns



både med og uten vokal på CD'en, slik at en kan ha støtte kun i musikken når barna begynner å lære teksten. Til hver av sangene er det konkrete tips til hvordan en kan engasjere barna til å være med vokalt og med bevegelser. Det er mange gjentakelser i sangene som gjør at barna fort vil lære dem og bli aktive i deler av sangene fort. Det er også forslag til hvordan en kan bruke begrepene i sangene til videre samtale med barna.

En fremgangsmåte for opplegg rundt lydleken blir utførlig beskrevet. Det anbefales å jobbe med en lyd intensivt i en to ukers periode og legge opp til åtte samlinger om lyden. Flere av lydfortellingene har elementer i seg som kan passes inn i tema det jobbes med på avdelingen.

Pedagogisk utvalg tenker at logoped vil ha nytte av Fonomagika i veiledningen til barnehager om arbeid med språklyd i leks form generelt. Fonomagika kan også brukes som et supplerende tiltak i barnehagen for barn med språklydsvansker som en oppfølging av direkte logopedhjelp.

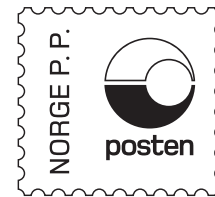
Fonomagika er et samarbeidsprosjekt mellom musikkterapeut Anita Barsnes og logopedene Stine Olsen og Eli Sørheim.

For Pedagogisk utvalg
Elsebeth Højsgaard

KURS & KONFERANSER

Tidspunkt	Tema	Sted	Nettadresse
Fortløpende	Alle logopediske emner		http://www.statped.no/Kurskalender/
14. - 16. juli 2014	Den 2. internasjonale konferanse om løpsk tale	Eindhoven, Nederland	http://associations.missouristate.edu/ica/
19. - 24. juli 2014	The 16th Biennial Conference of ISAAC	Lisboa, Portugal	https://www.isaac-online.org/english/conference-2014/call-for-papers/
14. - 16. august 2014	Svenska Dyslexistiftelsens sjunde nordiska kongress om dyslexipedagogik	Stockholm	http://www.dyslexiforeningen.se
2. september 2014	Karlstadmodellen. Introduksjonskurs.	Gjøvik	statped.no/kurskalender
3. september 2014	Begrepslæring	Oslo	statped.no/kurskalender
5. september 2014	Stuttering treatment and research. STUREN's symposium.	Reykjavik, Island	Reykjavik, Island
5. - 7. oktober 2014	52. Meeting of the Academy of Aphasia	Miami, USA	http://www2.academyofaphasia.org/
23. - 25. oktober 2014	European Society of Swallowing Disorders (ESSD). Hovedtemaet for kongressen er dysfagi over mange alderspenn fra nyfødt til eldre.	Belgia	http://www.essd2014.org
13. - 14. november 2014	Afasidagene Statped	Oslo	statped.no/kurskalender
11. - 13. desember 2014	14th Symposium on cochlear implants in children	Nashville, Tennessee USA	http://www.ci2014usa.com
11. - 13. juni 2015	Nordic Aphasia Conference	Oslo	http://nac2015.no/
21. - 25. august 2016	30. World Congress of the International association of logopedics and phoniatrics	Dublin	http://www.ialp.info/

Informasjon om Kurs/konferanser skal innholde
Dato/Tema/Sted/Kontaktpersoner



Avsender: NLL v/ Ingvild Røste, Statped sørøst, postboks 13 Kalbakken, 0951 Oslo

INNHold

Redaktøren <i>Ingvild Røste</i>	s. 3
Nytt fra styret <i>Elisabeth Berg</i>	s. 4
Gester og afasi – en litteraturoversikt <i>Sonja Erlenkamp, Kristina Moltu Reinertsen, Frank Becker</i>	s. 6
SunnGest: Et norsk prosjekt om bruk av gester i afasirehabiliteringen <i>Sonja Erlenkamp og Frank Becker</i>	s. 18
Akustiske trekk i talen til barn med cochleaimplantat – en sammenligning med normalt hørende barn og barn med høreapparat <i>Øydis Hide</i>	s. 24
Röstbehandling: Kartläggning av patienter och utvärdering av interventionseffekt med Rösthandikappindex <i>Johanna Hengen, Malin Peterson og Anita McAllister</i>	s. 26
Fonasjon i rør <i>Ragnhild Skard</i>	s. 31
Fagkveld OLL; fonasteni og qigong <i>Jannicke Vøyne</i>	s. 33
Disputas i Antwerpen <i>Tone Særvold og Ragnhild Aukner</i>	s. 34
Logopedisk tips: Forslag til gode apper <i>Randi Gunnerød og Lisbeth Schødt Sørensen</i>	s. 35
Presentasjon av ph.d. prosjekter <i>Hanne Næss Hjetland og Anette Andresen</i>	s. 36
Yrkesetikk: Tittel(mis)bruk <i>Erik Reichmann</i>	s. 38
Bokanmeldelse: Inkluderende praksis – Gode erfaringer fra barnehage, skole og fritid <i>Ingvild Røste</i>	s. 39
Bokanmeldelse: Lesetrening for svake lesere – veiledning til et intensivt opplegg: Vi utforsker det skrevne ordet! <i>Trine Lise Dahl</i>	s. 40
Bokanmeldelse: Evidensbasert praksis i logopedi <i>Melanie Kirmess</i>	s. 42
Bokanmeldelse: Klinisk forskningsmetode for logopeder og audiopedagoger <i>Melanie Kirmess</i>	s. 44
Pedagogisk utvalg: Fonomagika En historie- og sangbasert tilnærming til lydlek i barnehagen <i>Elsebeth Højsgaard</i>	s. 46
Kurs & Konferanser	s. 47